

Universidad del Valle de Guatemala

Facultad de Educación



Desarrollo de estrategias que permitan el fortalecimiento de las mujeres gestantes en la demanda de servicios prenatales y del parto para asegurar el bienestar infantil

Trabajo de graduación presentado por **Mónica Susana Méndez Conlledo** para optar el grado académico de Licenciada en Psicopedagogía.

**Guatemala
2010**

Desarrollo de estrategias que permitan el fortalecimiento de las mujeres gestantes en la demanda de servicios prenatales y del parto para asegurar el bienestar infantil

Universidad del Valle de Guatemala

Facultad de Educación



Desarrollo de estrategias que permitan el fortalecimiento de las mujeres gestantes en la demanda de servicios prenatales y del parto para asegurar el bienestar infantil

Trabajo de graduación presentado por **Mónica Susana Méndez Conledo** para optar el grado académico de Licenciada en Psicopedagogía.

**Guatemala
2010**

Vo. Bo.

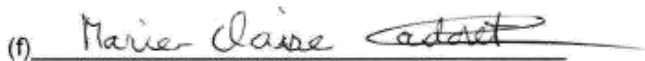


Licenciada Eva Sazo de Méndez, Asesora

Tribunal Examinador:

(f) 

Doctora Violeta García Rodríguez, Decana

(f) 

Licenciada Marie Claire Cadoret

(f) 

M. A. Anabela Molina Marroquín

(f) 

Licenciada Eva Sazo de Méndez

Fecha de aprobación: Guatemala 16 de junio de 2010

PREFACIO

A Dios por darme la oportunidad de realizar cada uno de mis sueños, por tenerme siempre de su mano y darme miles de ángeles que me protegen, me guían y me orientan, gracias por amarme tanto y llenarme siempre de felicidad.

A mis padres, a mi papá, Otto Méndez por dar todo su ser para que lográramos tener las oportunidades de crecer y ser profesionales, gracias por enseñarme a ser una mujer fuerte, decidida y a no rendirme nunca, gracias papá por siempre confiar en mí y ayudarme cuando me sentía débil. A mi mamá, Nury de Méndez por romper tantas cadenas y darnos todo su amor, dedicación y paciencia, gracias por estar siempre a mi lado y ayudarme en cada momento de mi vida, gracias por enseñarme a ser perseverante y a dar lo mejor de mí en los momentos de crisis.

A mis hermanos por acompañarme en cada momento, dándome apoyo, orientación y llenándome de momentos de felicidad. Gracias Otto Méndez por darme siempre la oportunidad de contar con usted siempre que lo necesitaba, por sus chistes y sus risas interminables; gracias Pablo Méndez por enseñarme a dedicarme a mi carrera y a esforzarme para lograr mi meta, por enseñarme a tener paciencia y amar mi profesión; Martín Enríquez gracias por tus consejos, por enseñarme a tomar riesgos y brindarme siempre tu orientación, gracias; Álvaro Enríquez por enseñarme a relajarme y a dedicarme un poco más a mí misma; Wilian García gracias por estar siempre a mi lado, por su confianza, cariño, dedicación, por darme la seguridad que necesitaba en los momentos de desesperación, por darme herramientas para superar los obstáculos y por enseñarme a ser mejor persona tanto en lo profesional como en lo espiritual, gracias por formar parte de mi vida.

A mis abuelos por sus consejos y orientación, a la Yeya que con sus oraciones me ha fortalecido y apoyado durante mi carrera.

A mis tíos que son ejemplo de vida, gracias Eugenia Conlledo por apoyarme siempre y darme el amor al igual que mi madre, Ubén Bracamonte gracias por su confianza por estar siempre presente en cada año de mi carrera y por su orientación que fueron de gran utilidad todos estos años. Un agradecimiento especial a mi tía

Sandra Méndez porque sin su apoyo esta tesis no se hubiera llevado a cabo, gracias por darme la oportunidad de conocer tu trabajo y por brindarme la oportunidad de realizar mi tesis a tu lado.

Gracias Alberto Lemus por estar a mi lado en el final de este proceso, gracias por tus detalles, ánimo, cariño, tus palabras de aliento y tu apoyo incondicional. A mi cuñada Laura por sus consejos, orientación y apoyo incondicional.

A mi asesora de tesis Licenciada Eva Sazo de Méndez por ser mi ejemplo, por exigir lo mejor de mí, por su orientación, cariño, cuidado, gracias porque fue un soporte en los momentos de angustia y desesperación, por abrir mis ojos hacia nuevos conocimientos, por su paciencia y guía para corregir mis errores. Agradezco a Dios por ponerla en mi camino.

Agradezco a todas las personas que estuvieron a mi lado y que me apoyaron siempre durante mi carrera, a instituciones como el IGSS que abrió sus puertas para realizar este estudio y a mi querida Universidad por hacer de mí una profesional y ser parte de una generación que lucha por la “excelencia que trasciende”.

TABLA DE CONTENIDO

PREFACIO	v
LISTA DE GRÁFICAS	viii
LISTA DE TABLAS	ix
RESUMEN	x
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO CONTEXTUAL	
A. Marco nacional	4
B. Descripción general de la institución a investigar	6
C. Selección del tema y variables o aspectos a tratar	8
D. Justificación	9
III. MARCO CONCEPTUAL	
A. Atención prenatal	11
B. Cambios físicos en la madre	12
C. Cambios emocionales en la madre	13
D. Atención temprana y principios básicos	13
1. Atención temprana	14
2. Intervención en atención temprana	15
3. Principios básicos en atención temprana	16
4. Desarrollo a nivel cerebral	16
5. Dimensiones de la intervención temprana	17
6. Procedimientos básicos de la atención temprana	19
IV. MÉTODO	
A. Metodología de la investigación social	21
1. Modelos, conceptos y métodos de investigación cuantitativa	21
2. Modelos, conceptos y métodos de investigación cualitativa	21
3. Diagnóstico y línea base	22
B. Diseño del estudio	23
1. Problema	
2. Preguntas central y secundarias	
a. Pregunta central	
b. Preguntas secundarias	
C. Objetivo general y específicos	25
D. Definición de la muestra y sus variables	26
E. Definición de variables y elaboración de indicadores cualitativos	27
F. Desarrollo de instrumentos y definición de procedimientos de aplicación	32
V. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	
1. Resultados de instrumentos de evaluación	37
2. Resultados de indicadores	49
VI. CONCLUSIONES	57
VII. RECOMENDACIONES	59
VIII. REFERENCIAS	61
IX. ANEXOS	66

LISTA DE GRÁFICAS

- Gráfica 1** Porcentaje de niños que presentan algún tipo de dificultad en las diferentes etapas de desarrollo en una muestra de niños atendidos de 0 a 3 años en los primeros tres meses del año 2009 en la periférica del IGSS de la zona 5. 51
- Gráfica 2** Comparación de porcentaje de niños diagnosticados y niños que no presentan dificultad en los primeros tres meses del año 2009. 52
- Gráfica 3** Evaluación del programa educativo para madres del IGSS por medio de una escala. 55

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Lista de cotejo para la primera visita al obstetra	37
Tabla 2 Lista de cotejo para la segunda visita al obstetra	38
Tabla 3 Lista de cotejo para la tercera visita al obstetra	39
Tabla 4 Lista de cotejo para la cuarta visita al obstetra	40
Tabla 5 Lista de cotejo para mujeres en labor de parto	40
Tabla 6 Lista de cotejo de cuidados del recién nacido	41
Tabla 7 Lista de cotejo para la primera visita al pediatra	42
Tabla 8 Lista de cotejo para la visita al pediatra (primer mes)	43
Tabla 9 Lista de cotejo para la visita al pediatra (después del primer mes en adelante)	43
Tabla 10 Escala de evaluación	44
Tabla 11 Escala de calificación	45
Tabla 12 Entrevista	47
Tabla 13 Escala de calificación	48
Tabla 14 Total de personas que trabajan en el área de obstetricia y pediatría de la periférica de la zona 5	49
Tabla 15 Total de pediatras que laboran en la periférica del IGSS en las diferentes jornadas	50
Tabla 16 Total de niños atendidos en las edades de 0 a 3 años en la periférica del IGSS de la zona 5 durante el mes de enero, febrero y marzo del año 2009	50
Tabla 17 Número de escalas utilizadas por los médicos para diagnosticar estado de salud del paciente	52
Tabla 18 Lineamientos sugeridos por la OMS en las cuatro visitas al obstetra	54
Tabla 19 Lineamientos sugeridos por la OMS en la sala de partos	54
Tabla 20 Lineamientos utilizados por el IGSS	55

RESUMEN

Se realizó un estudio para verificar el cumplimiento del procedimiento básico sugerido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en sala de partos, obstetricia y pediatría aplicados en una unidad del IGSS. Se observó el programa de salud, evaluando la participación de las pacientes que asisten al programa, el nivel de desempeño de la educadora de la salud y los procedimientos implementados. Se entrevistó a médicos y especialistas con el fin de evaluar el cumplimiento de la atención a las necesidades de la población. A partir de los resultados, se elaboró un manual de apoyo y una escala de desarrollo para madres de niños de cero a tres años.

Se encontró que en la sala de partos se cumple con algunos lineamientos propuestos por la OMS, pero no con los más importantes, por ejemplo: la aplicación de la escala de Apgar. En el área de obstetricia, hay ausencia de los procedimientos sugeridos. En el área de pediatría, se encontró que los lineamientos sugeridos por la OMS están presentes y son practicados en forma correcta. Los programas de salud proporcionados por la institución dedican más énfasis a las áreas de enfermedad, invalidez y vejez; existe ausencia de información y material necesario para cada sesión destinada a mujeres en gestación y madres de recién nacidos.

I. INTRODUCCIÓN

La capacidad de cada individuo, a nivel de funciones neuronales, de adaptarse a una situación de lesión, presenta mejor pronóstico si se atiende durante los primeros años de vida. Montano, Jesús (2007) infiere que las dificultades de desarrollo que son detectadas y diagnosticadas en la etapa de gestación o en los primeros meses de vida, brindan la oportunidad de una intervención oportuna. La orientación de los pediatras y la disposición de la madre, a realizar los cambios necesarios para la estimulación de su hijo con una dificultad específica, son esenciales para potenciar las habilidades y destrezas que están presentes y evitar un mayor deterioro.

En las instituciones educativas se encuentran diversos casos de niños con diagnósticos tardíos de dificultades en su desarrollo que afectan su capacidad para aprender, su estado emocional, su rendimiento académico y desenvolvimiento social. Las causas identificadas para cada uno de los diagnósticos varían, las más frecuentes son las que ocurren durante la gestación, el nacimiento y los tres primeros años de vida.

Las consecuencias de un diagnóstico tardío son diversas, una de las más significativas es que las destrezas que se adquieren después de la edad esperada son más difíciles de alcanzar y, sobre todo, de rehabilitar. Las madres son elementos esenciales para detectar cualquier anomalía ya que son el vínculo afectivo entre el bebé y su entorno.

Por tal motivo, como proyecto profesional se decidió trabajar el tema: *“Desarrollo de estrategias que permitan el fortalecimiento en las mujeres gestantes de la demanda de servicios prenatales y del parto para asegurar el bienestar infantil.”* El fin del proyecto es contribuir a la disminución de riesgos para la madre y el niño.

En la Ley de protección integral de la niñez y la adolescencia en el decreto 27-2003 del Congreso de la República de Guatemala, capítulo II, derechos sociales artículos del 25 al 28, se establece que: los niños, niñas y adolescentes tienen un derecho de vida y de salud, de lactancia materna adecuadas, **en donde las instituciones de salud velen por la salud de los mismos, brinden información a los padres de familia y realicen las pruebas pertinentes en caso de anomalías en su desarrollo.**

Como objetivo general, de este estudio se definió: Facilitar estrategias a mujeres gestantes que fortalezcan la demanda de servicios apropiados prenatales y del parto. Entre los objetivos específicos están:

- Observar la aplicación de los protocolos de atención de la mujer embarazada, atención al parto y atención pediátrica.
- Identificar las deficiencias de desarrollo del niño o niña de 0 a 3 años.
- Informar a las madres de familia sobre las etapas de desarrollo de sus hijos; y motivar a las madres a resolver sus dudas;

Para el desarrollo del estudio, se hizo trabajo de gabinete centrado en revisión bibliográfica y trabajo de campo para verificar el cumplimiento de los procedimientos básicos sugeridos por la OMS en sala de partos, obstetricia y pediatría aplicados en una unidad del IGSS. Se observaron los procedimientos practicados por tres obstetras, cuatro pediatras, una educadora de la salud. Así también, se evaluó el nivel de desempeño de seis grupos de mujeres participantes en el programa de la salud y se entrevistó a diez mujeres del mismo programa. Los instrumentos que se utilizaron en el estudio fueron: entrevistas, listas de cotejo y escalas de calificación que fueron administrados a las unidades de análisis ya definidas.

Durante los primeros meses de 2009, se realizó la verificación del cumplimiento de los procedimientos recomendados por la OMS en las áreas de obstetricia, pediatría y sala de partos; en junio del mismo año se elaboró una escala

de desarrollo contextualizada para facilitar su aplicación a las madres afiliadas al IGSS. La observación del programa de salud y la elaboración del manual de apoyo para madres se realizaron de febrero a mayo del 2010.

Como todo estudio, se encontraron algunas limitantes que no impidieron llevar a buen término la investigación, entre ellas la falta de información proporcionada por las autoridades de la institución; el cambio de fechas por alerta anaranjada que surgió por la influenza H1N1; y la falta de disponibilidad de un lugar cerrado para la validación de la escala con las madres afiliadas.

La completación de este trabajo brinda aportes que beneficiarán tanto a las madres como a sus hijos al facilitarles una herramienta para observar en forma sistemática los logros alcanzados en cada etapa de desarrollo, previniendo dificultades que afecten la integridad de los niños y buscando el desarrollo emocional, cognitivo y social oportuno.

Otro aporte del estudio es fortalecer la demanda de las madres para solicitar la información necesaria que favorezca el buen crecimiento de sus hijos. Se espera que ellas pregunten a su gineco-obstetra y pediatra sus dudas acerca de la gestación y las etapas de desarrollo de sus hijos, que identifiquen signos de alarma y actúen en base a sus conocimientos previos.

A nivel de institución, los aportes se relacionan con la inquietud dejada en el personal para evaluar los procedimientos en los servicios materno infantil del IGSS, sugiriendo una evaluación de los protocolos de atención y una supervisión constante de los procedimientos; la búsqueda de nuevas formas de prevención y el diseño de programas que brinden a las madres la información necesaria para favorecer el buen desarrollo de sus hijos.

II. MARCO CONTEXTUAL

A.Marco Nacional

La Constitución Política de la República de Guatemala, en el capítulo II, Derechos Sociales; sección séptima; salud; seguridad y asistencia social, establece en sus artículos 93, 94 y 95 derechos a la salud, obligación del estado sobre salud y asistencia social y la salud un bien público.

El Código de Salud, libro I, título único, capítulo II, el sector salud, artículo 8, define al sector salud como “*conjunto de organismos e instituciones públicas centralizadas y descentralizadas, autónomas, semiautónomas, municipales, instituciones privadas, organizaciones gubernamentales y comunitarias, cuya competencia u objeto es la administración de acciones de salud*”. Congreso de la República de Guatemala, decreto 90-97. (1997: 2)

Los encargados de la salud en el país están conformados por el Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS), el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), el sector privado, Sanidad Militar y medicina comunitaria tradicional (Cottom, 2004). El MSPAS tiene como función y responsabilidad la rectoría del sector salud quien conduce, regula, vigila, coordina y evalúa las acciones e instituciones de salud a nivel nacional. Formula, organiza, dirige la ejecución de políticas, planes, programas y proyectos de servicio de salud a la población. (Código de Salud, 1997).

Dentro de los proyectos de servicio de salud pública gratuitos, se encuentra el Hospital General San Juan de Dios cuya misión es ser “*un hospital general Nacional docente asistencial, de referencias y cobertura nacional, responsable de brindar atención integral en salud, con calidez y calidad, mediante la promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación de usuarios contando con recurso humano calificado y tecnología moderna para el mejoramiento de calidad de vida*”. (Disponible en: pp.centramerica.com 1996-2010:1).

Entre los servicios que el hospital San Juan de Dios brinda están: anestesiología, cirugía de día, consulta externa de adultos, cuidados intensivos, consulta externa de adultos, cuidados intensivos, emergencia, estomatología, cirugía general, gineco-obstetricia, medicina interna, neurología y neurocirugía, pediatría, traumatología, ortopedia y servicios técnicos de apoyo, todos gratuitos. (Disponible en pp.centramerica.com 1996-2010:1)

Otro hospital de referencia nacional gratuito es el Hospital Roosevelt que ofrece atención hospitalaria especializada, servicios médicos, medicina interna, cirugía, ortopedia, traumatología y sub especialidades, tiene como misión brindar servicios de acuerdo a las necesidades de cada paciente de forma oportuna, con calidad, trato cálido y humanizado. Da oportunidad a: “*estudiantes de ciencias de la salud, conocimientos, habilidades y herramientas necesarias para formarlos, como profesionales especialistas*”. (Disponible en hospitalroosevelt.gob.gt 2009-2010:1)

El IGSS, institución que desarrolla acciones de salud dentro del régimen de seguridad social del país, según su reglamento y leyes propias, tiene dos funciones primordiales: la atención médica, promoviendo la protección a la vida, prestación de servicios médico hospitalarios; y la previsión social, para proteger a los afiliados de riesgos que “*los privan de la capacidad de ganarse la vida..., o en amparar a determinados familiares, en caso de muerte de la persona que velaba por su subsistencia*”. (Disponible en igssgt.org 2008-2009:1).

Otras entidades que participan en el sector de la salud son las municipalidades en coordinación con otras instituciones del área, en la administración de programas y servicios de salud; las universidades e instituciones que forman recursos humanos que en coordinación con el Estado investigan en materia de salud, la formación y capacitación de profesionales y técnicos. Las entidades privadas, organizaciones no gubernamentales, comunitarias y agencias de cooperación intervienen en la solución de problemas de salud. (Código de Salud, 1997).

B.Descripción general de la institución a investigar

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) fue creado en 1946 como una institución pública, autónoma con derechos y obligaciones, la cual tiene como finalidad principal beneficiar al pueblo guatemalteco. Tiene como misión “*Garantizar servicios de seguridad social a los trabajadores guatemaltecos y sus familias orientados a elevar su nivel de vida*” y su visión es “*un país con trabajadores sanos, respaldados por servicios de salud y previsión, efectivos y modernos que contribuyan al bienestar integral del trabajador y su familia*”. (Disponible en igssgt.org 2008-2009:1).

Programas: En el área de prestaciones en salud cuenta con programas de enfermedad y maternidad, atención materno infantil, programas de accidentes, áreas de rehabilitación por accidente o enfermedad, invalidez, vejez y sobrevivencia (IVS).

El programa de enfermedad, maternidad y accidentes está orientado a brindar atención e información general, asistencia médica, programa de enfermedad y maternidad, atención materno infantil, programa de accidentes, área de rehabilitación por accidente o enfermedad.

El programa de invalidez, vejez y sobrevivencia tiene como objetivos brindar información general, atender a las personas por invalidez o por vejez, control de requisitos y papelería por sobrevivencia, cuota mortuoria y programa voluntario.

Actualmente (2009), el IGSS tiene una cobertura en 19 de los 22 departamentos de la República. Los departamentos pendientes de extender la cobertura son: El Progreso, Petén y Santa Rosa.

Cada departamento, cuenta con hospital, consultorio y clínica, para la consulta externa. En el área metropolitana, cuenta con hospital general de enfermedades y

especialidades (medicina interna, gastroenterología, hematología-oncología, neurología, cardiología, dermatología, endocrinología, reumatología, nutriología, infectología, nefrología, diálisis, peritoneal hemodiálisis, cirugía general y especializada, cirugía de tórax, cirugía de abdomen, cirugía de colon y recto, neurocirugía, cirugía plástica, oncológica, vascular y unidad de trasplante renal).

Los servicios que brinda son: consulta externa en policlínicas, unidades periféricas y consultorios. Estos cuentan con medicina general, medicina interna, gastroenterología, neurología, audiología, oftalmología, dermatología, reumatología, cirugía general, urología, traumatología y ortopedia. Con servicios de apoyo de rayos X, laboratorios y ultrasonografía.

En el área específica de estudio (atención materno infantil) brinda servicios de encamamiento, consulta externa ginecología, consulta externa en obstetricia, control prenatal, servicio de labor y partos, quirófanos, servicio de diagnóstico (ultrasonido obstétrico, pruebas de bienestar fetal, rayos X, laboratorios), servicio de neonatología (intensivo), tecnología avanzada.

La sostenibilidad del Instituto se establece en la Ley Orgánica del mismo; en el artículo 1118 de la Junta directiva del IGSS se considera que “todos los habitantes de Guatemala que sean parte activa del proceso de producción de bienes y servicios, están obligados a contribuir al sostenimiento del Régimen de Seguridad Social, en proporción a sus ingresos”. Instituto guatemalteco de seguridad social (2008)

La deducción y el descuento de la cuota del IGSS a los trabajadores sobre su salario se realiza de la siguiente forma: Los trabajadores de los departamentos de Sololá, Totonicapán, Suchitepéquez, Sacatepéquez, Guatemala, Baja Verapaz, Quiché, Escuintla, Zacapa, Chiquimula, Jalapa, Huehuetenango, Quetzaltenango, San Marcos, Retalhuleu, Chimaltenango, Alta Verapaz, Izabal y Jutiapa el patrono paga un 10.67% y el trabajador un 4.83%. Incluyendo accidentes, enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y sobrevivencia. Infomipyme (2008).

Según Infomipyme (2008) en los departamentos de Petén, Santa Rosa, El Progreso el patrono paga un 6.67% y el trabajador un 2.83%, en este régimen no cubren maternidad, ni enfermedad.

Al 31 de diciembre de 2007 el Estado de Guatemala posee una deuda al IGSS de Q11.7 millardos, en concepto de cuota estatal, y Q1.4 millardos, en términos de cuota patronal, en total la deuda asciende a Q. 13.1 millardos. (El Periódico Guatemala, Opinión, del Editor, 18 de septiembre de 2008).

En el acuerdo 1230 de la Junta directiva del IGSS (enero 2009) se establece que el Estado como abono a la deuda de la “Cuota del Estado” financiará el programa de invalidez, vejez y sobrevivencia por la cantidad de Q. 1, 528, 641,865.00.

C. Selección del tema y variables o aspectos a tratar o evaluar

Se seleccionó como trabajo de graduación la elaboración de un manual de apoyo para orientar a madres de familia sobre los cuidados durante su período de gestación y las acciones y cuidados específicos de desarrollo del niño o niña hasta los dos años con la guía de una escala de desarrollo para madres. Previo a la elaboración del manual se realizó una observación en los cuidados pre, peri y post-natales (0 a 3 años) de las madres y los niños de la periférica del IGSS de la zona 5, y una observación de los programas educativos para las madres con el fin de determinar los indicadores y ejecutar un informe detallado de los mismos.

El tema seleccionado es *“Desarrollo de estrategias que permitan el fortalecimiento de las mujeres gestantes en la demanda de servicios prenatales y del parto para asegurar el bienestar infantil.”*

1. Variables o aspectos a tratar:

- a. Los programas de orientación a madres afiliadas al IGSS

Funcionamiento: (¿Quién lo imparte?, ¿Qué información se brinda?)

Asistencia al programa (control de asistencia)

Satisfacción de los procesos

Evaluación del proceso

b. Los programas de control pre-natal, perinatal y postnatal

Funcionamiento (desde la inscripción hasta el parto)

Asistencia a cada cita (fechas establecidas)

Seguimiento (expedientes y quién realiza el mismo)

c. Los programas de control de 0 a 3 años

Funcionamiento

Asistencia a cada cita

Seguimiento

d. Escalas de desarrollo utilizadas en el IGSS

Funcionamiento

Seguimiento

D. Justificación

Dentro del control prenatal, peri-natal y post-natal existen ciertos factores que son indicadores de dificultades en el desarrollo, causantes de mortalidad infantil o dificultades que se presenten posteriormente en el aprendizaje. Un control deficiente puede tener como consecuencia la mortalidad infantil o un diagnóstico tardío de dificultades en el desarrollo. Según el censo de discapacidad (INE 2004) entre el 10% y 12% de la población es discapacitada física, síquica o sensorial. Por lo tanto, el control pre-natal, peri-natal y post-natal es indispensable para la prevención, detección, diagnóstico y rehabilitación de las dificultades que puedan presentarse en la infancia.

“El mejoramiento de la atención del recién nacido en el primer mes de vida es esencial para reducir la tasa de mortalidad infantil”. Informe Mundial sobre los Objetivos del Milenio (ODM) Ginebra, 2010. Los cuidados de la madre y el niño en la etapa de gestación son indispensables para evitar riesgos de vida y de desarrollo para ambos.

En la etapa escolar, algunos niños presentan dificultades en el desarrollo de sus habilidades, en su adaptación social y en muchos casos se da la repetición o el abandono escolar. Los niños que presentan dificultad y que son referidos por las maestras a un psicólogo escolar, son observados y evaluados; en la mayoría de los casos, se detecta que la causa puede encontrarse en la concepción, el nacimiento o en las etapas posteriores, por factores de herencia, ambiente o maduración.

Para poder detectar a temprana edad que existen dificultades en el desarrollo, el pediatra lleva un control o registro de cada niño, en el cual se presentan los aspectos necesarios para determinar cualquier anomalía. Sin embargo, estos aspectos no se dan a conocer a los padres y cuando el niño llega a la escuela se manifiestan dificultades en el aprendizaje que podrían haberse detectado desde temprana edad, según su historial médico.

III. MARCO CONCEPTUAL

<<“La maternidad saludable se promueve fomentando condiciones que permitan a la madre ser lo que es, fuente de vida, donación y gratuidad”.>> Campaña 2008 de Manos Unidas, España

Para la realización de la propuesta de trabajo profesional, se hará una consulta bibliográfica acerca de los temas siguientes: Atención Prenatal, cambios físicos en la madre, cambios emocionales, atención temprana y principios básicos, etapas de desarrollo del sistema nervioso; intervención y sus dimensiones; procedimientos básicos en atención temprana, describiéndolos a continuación.

A. Atención Prenatal

Ishihara (2003) define la atención prenatal como una serie de visitas o entrevistas programadas de la madre gestante con un equipo de especialistas en salud, cuyo objetivo principal es el control de la evolución del embarazo, la preparación para el parto y la maternidad saludable. En un informe de la secretaría de salud del Estado de México (2006) “Atención Prenatal con Enfoque de riesgo”, la atención prenatal se establece como el seguimiento periódico de la mujer embarazada previniendo, detectando y controlando factores de riesgo obstétrico y perinatal.

Para la Secretaría de Salud Pública de México (2006), son todas las: “*acciones y procedimientos sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.*” La secretaría hace referencia de las condiciones básicas para ofrecer servicios adecuados: área física para desarrollo de actividades educativas, privacidad para cada consulta, pruebas ginecológicas y clínicas, espacio para el archivo de los expedientes. Cárdenas, Carrillo (2006:1)

Camarena y Von Glascoe (2007) mencionan dos “*dimensiones*” en su modelo de atención prenatal, la primera es la técnica que se basa en la ciencia que busca lograr los mejores resultados de salud y la interpersonal o calidez de la atención

que se basa en la interacción con el paciente, el cual es tratado con respeto, como un ser humano integral para la búsqueda de su confianza y satisfacción. En ambas los especialistas y el personal de atención son los encargados de ofrecer los mejores servicios a la mujer en estado de gestación. Camarena, Von Glascoe (2007:3)

B.Cambios físicos en la madre

Rivero (2008) menciona que durante el embarazo la gestante percibe una serie de cambios fisiológicos y anatómicos provocados y regulados por cambios hormonales que abarcan en un porcentaje alto todos los órganos y sistemas. Estos cambios ocurren con el fin de *“cubrir la necesidad de espacio, para el desarrollo del huevo, y posteriormente permitir el crecimiento fetal y al mismo tiempo prepararse para el momento del parto y la lactancia”*. Rivero (Disponible en: aspame.net 2008:3).

En los primeros meses de embarazo, se elevan los valores de las hormonas, sobre todo de estrógenos y progesterona, provocando cambios físicos como la hinchazón de mamas, náuseas y vómitos. *“El embarazo modifica la función de prácticamente todas las glándulas del organismo”*. (Disponible en: msd.es 2005:3). Existen diferentes cambios durante el embarazo tanto físicos como psíquicos, físicamente el cuerpo de la madre sufre cambios paulatinos e imperceptibles, los cambios hormonales se hacen evidentes tanto en la gestación como en todo el cuerpo. (Giusti, 2009).

Roizen, Araya y Faivovich (2009) mencionan que los cambios durante el embarazo a nivel fisiológico son complejos e importantes, algunos son producidos por la producción de distintas hormonas, la actividad elevada de glándulas suprarrenales, hipófisis y tiroides. La predisposición a modificaciones patológicas, fisiológicas o cutáneas puede ocurrir por cambios en el sistema vascular, metabólico e inmunológico.

C.Cambios emocionales en la madre

“Parentificación o parentalidad” es cuando la mujer psicológicamente se convierte en madre, al nacer el bebé nace también la madre. Durante la gestación, la madre sufre una serie de modificaciones y ajustes a nivel de pensamiento, sentimientos y en su estilo de vida. Desde el inicio surge el apego entre la madre y el hijo que surgen con diferentes sentimientos. (Maldonado, Saucedo y Lartigue, 2008:7).

Santelices (2006) define el embarazo como un período de cambios psicopatológicos y físicos, como proceso de transición, en el que la mujer realiza ajustes en su vida personal y familiar. En este período, existe un aumento de la sensibilidad a interacciones con el ambiente. La inestabilidad emocional se debe a cambios biológicos y corporales, transformándose en un período “*dinámico de mayor permeabilidad y vulnerabilidad.*” Un aspecto importante es la ambivalencia que implica crisis y cambios considerados “*normales*” en el embarazo. (Santelices 2006:2).

Olza (2006) considera un cambio emocional particular la ansiedad, considera que puede ser considerada como un síndrome generalizado ya que puede afectar al feto y producir cambios neuroendocrinos en el embarazo. Existen tres factores específicos: el miedo al parto, al niño enfermo y a la imagen corporal de la madre. **Considera que el estrés materno durante el período de gestación condiciona la evolución conductual y emocional del niño incluyendo la edad adulta.**

D.Atención temprana y principios básicos

Según la “*Guía de Orientación y Sensibilización sobre Desarrollo Infantil y Atención Temprana para pediatría*” de la Consejería de Sanidad, atención al ciudadano y orientación sanitaria y drogodependencia de la Región de Murcia, España, **los primeros años de desarrollo del niño son fundamentales por la configuración del sistema nervioso, de aquí la insistencia de la importancia de la detección precoz para la prevención de las anomalías de desarrollo infantil**

y el requisito previo de desarrollo óptimo de un modelo integral de intervención en atención temprana.

1.La atención temprana. Es *“un conjunto de actuaciones que se desarrollan indistinta y simultáneamente sobre el niño de 0 a 6 años, su familia e incluso su entorno”* (García Sánchez y Mendieta García, 2002:45). Estos autores mencionan que existen dos tipos de riesgo que se pueden detectar en la atención temprana, los que se dan en el nacimiento y los que se dan a lo largo de la primera infancia. **Dentro de estas dos grandes categorías, la atención temprana de los pediatras debe cubrir todos los riesgos tanto biológicos como situaciones de riesgo ambiental, maltrato infantil, entre otros.**

En la atención y el desarrollo de la primera infancia, Evans, .Myers e Ilfeld (2000) consideran que **es un campo en el que los diferentes ámbitos como la estimulación infantil, la salud y la nutrición, la educación, el desarrollo comunitario, el desarrollo de la mujer, la psicología, la economía, entre otros, son elementos cruciales que permiten que un individuo se desenvuelva con eficacia, se adapte al éxito y que impulse las transformaciones.**

Dentro de la atención temprana a infantes es fundamental asegurar las condiciones óptimas para el desarrollo de todas sus destrezas, con la acción coordinada de un equipo multidisciplinario que incluya desde psicólogos, pedagogos, educadores, pediatras y neuropediatras que realicen un programa individualizado enfocado en el desarrollo integral del infante. (García y Mendieta, 2002).

En investigaciones internacionales de neurología definen la primera infancia como una *“comprensión del desarrollo prenatal y se extiende hasta la fase inicial de la escuela primaria”*. (Mustard, 1998; Carnegie, 1994, Banco Mundial). Se concibe así una atención temprana que incluya desde los primeros años de vida el desarrollo de las funciones intelectuales, emocionales, físico-inmunológicas y sociales.

Aldana (UNICEF, 2007) menciona el desarrollo integral de la primera infancia como *“un derecho universal básico e inalienable, de todos y todas los menores de 6 años garantizado por el estado, la sociedad y la familia...”*

2. Intervención en atención temprana. Según García y Mendieta (2002), para que pueda entenderse la importancia de la intervención temprana es necesario saber los objetivos principales de la misma: Potenciar las habilidades sociales, cognitivas y personales del niño, mejorando su calidad de vida. **Llevar un historial de desarrollo temprano que sirva como diagnóstico inicial de cualquier alteración médica, observando su ambiente y buscando un desarrollo global armónico.** En este sentido, es necesario tomar en cuenta el ritmo evolutivo del niño y su sistema nervioso, dentro del desarrollo físico y dentro de su desarrollo social; esto tiene que estar siempre presente en la integración socio-educativa.

Myers (1995) menciona dos dimensiones que están presentes para potenciar las habilidades de los niños, la expresión gradual de rasgos determinados biológicamente y las *“lecciones”* que el niño experimenta del ambiente. El crecimiento físico, mental y emocional es fundamental en el desarrollo del infante. Otro de los elementos que participan en la intervención temprana es el aprendizaje, un elemento central del proceso de desarrollo que depende de la calidad de cuidado que recibe un niño desde antes de su nacimiento (Levinger, 1992).

Un elemento más es alcanzar la integración socio-educativa y la independencia del niño; entendiendo la integración como niño, familia, escuela y medio social. Esto se puede lograr sensibilizando a los padres de familia, fomentando el apego y la seguridad, tomando en cuenta el temperamento, los rasgos de personalidad, las actitudes, las capacidades individuales, la higiene y la salud entre otros. (García y Mendieta, 2002).

“El desarrollo es un proceso de carácter holístico, fruto de una serie de factores relacionados entre sí”, todos los elementos que integran la vida de un niño se desarrollan simultáneamente produciendo cambios significativos (Evans, Myers e Iffeld del Banco Mundial, 2000)

Es importante lograr una intervención efectiva en la familia, buscando la interacción afectiva y comunicativa dentro de la misma, favoreciendo los vínculos de apego, otorgando premisas fundamentales para el desarrollo de un ambiente, físico, afectivo y social necesario para asegurar la salud y la seguridad del niño. (García y Mendieta, 2002)

Para establecer vínculos y comunicación afectiva, hay que crear un ambiente de experimentación, descubrimiento y exploración. El papel de los adultos es esencial en esto porque permite desarrollar un entorno protegido que brinda afecto y guía. (Myers, 1995).

3.Principios básicos en atención temprana. Estos parten del concepto de niño como unidad, según sus necesidades, intereses y entorno; su cercanía a la familia y si los servicios médicos están descentralizados, se toma en cuenta el tiempo en que los padres de familia están con sus hijos y si los servicios médicos se encuentran dentro del entorno del niño.(García y Mendieta, 2002).

Evans, Myers e Ilfelds presentan al desarrollo del niño como un proceso de diversos factores que dependen del contexto sociocultural del niño, de la genética y la nutrición, entre otros.

4.Desarrollo a nivel cerebral. Los resultados obtenidos en diversos estudios demuestran que el estado de salud, la nutrición, las relaciones interpersonales y el ambiente que rodea al niño influyen directamente en el proceso del crecimiento neuronal y las conexiones sinápticas entre neuronas que surge desde el nacimiento hasta los 2 ó 3 años de edad. (Chungani, Universidad del Estado de Wayne).

Al finalizar la infancia temprana, el sistema nervioso es relativamente estable, lográndose la habilidad para adquirir y retener información nueva de las experiencias nuevas. (García y Mendieta, 2002)

Una de las características de la primera infancia descritas por la Convención sobre los derechos del niño (2005) **es su maduración corporal y del sistema**

nervioso, su capacidad de comunicación y las aptitudes intelectuales que se reflejan en cambios de intereses y aptitudes.

Torrado, Reyes y Duran (2005) mencionan argumentos científicos en los que las capacidades emocionales, sociales, cognitivas y, especialmente, las físicas promueven un cambio crítico en cada individuo, en los primeros años de vida, e incluso durante el período prenatal por las oportunidades que surgen en esta etapa de desarrollo y sobre todo por la plasticidad cerebral.

Las células crecen en los primeros tres años de vida, se aumentan las conexiones neuronales que dependen del estado de salud, del ambiente, de las relaciones con los demás y de la nutrición, entre otras. (Torrado, Reyes y Duran, 2005).

Evans, citando el reporte del *Carnegie Task Force on Meeting the Needs of Young Children*, destaca puntos importantes del desarrollo cerebral; los primeros meses de vida críticos para la maduración cerebral (mayor producción de sinapsis); la exposición temprana a una alimentación balanceada, juegos que lleven a resolución de problemas de la vida diaria; la interacción con otros niños de su misma etapa de desarrollo; el apego con la persona que lo cuida; las experiencias que producen placer o las que producen estrés tienen una influencia significativa a nivel de desarrollo del cerebro, en el aprendizaje, en la conducta y en la salud.

Bradd Shore (1996) menciona que la evolución nos ha otorgado un “*cerebro ecológico*” es decir que el entorno y la cultura influyen de forma determinada en la plasticidad y la maleabilidad para el desarrollo mental en los primeros años de vida.

En opinión de Changeux (1983) existe no solo un desarrollo cerebral sino un desarrollo mental porque el entorno físico, social y sobre todo cultural interactúa en el proceso de desarrollo infantil.

5. Dimensiones de la intervención temprana. Los padres que han sido orientados, participan activamente en el proceso, se vuelven ejecutores y observadores de cada proceso de desarrollo. “*Todas las familias tienen derecho al*

conocimiento básico y actualizado de las enfermedades más comunes de la infancia” (Schmidt, 1983).

La intervención temprana muestra una variedad de clasificaciones (García y Mendieta, 2002), una intervención directa (niño-pediatra, niño-padres de familia) en la que todos los miembros tengan una comunicación efectiva. Una intervención indirecta (el niño, la familia y otros ambientes socioeducativos) que permitan integración del niño a la sociedad.

La Academia Americana de Pediatría (2001) hace mención del vínculo estrecho entre padres e hijos, su relación que en ambas direcciones (padre-hijo) son únicas y que ofrecen un amor incondicional y absoluto, confianza, autoestima, un entorno seguro y de salud que se logra por medio de una educación de los padres o una búsqueda de información para intervenir e influir en la vida de su hijo.

Evans (2000) concluye que toda intervención toma en cuenta el desarrollo físico, mental, socioemocional y espiritual. En cada uno de estos aspectos influyen diferentes profesionales que transmiten a la familia diversos conocimientos que transforman la vida de los mismos, cómo el pediatra, el educador, el sacerdote, entre otros.

“La familia, grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños”. Convención sobre los Derechos del Niño (septiembre 2005), en esta definición la Convención menciona que los derechos son logros no solo de los miembros de la familia, sino dependen también de la familia ampliada o la comunidad, de los tutores y de las personas que intervienen en el bienestar emocional, de salud, de educación, entre otros.

Torrado, Reyes y Durán (2005) destacan que la sociedad genera condiciones necesarias para asegurar los derechos del niño y la satisfacción de sus necesidades. En este sentido, el desarrollo de la primera infancia se entiende como una prioridad social en la que el bienestar de los niños no es independiente del bienestar de la comunidad en general.

UNICEF Y CINDE (1999) en una recopilación de investigaciones concluyen que los cimientos del desarrollo humano se forman en los primeros años, con la familia, la comunidad y “*las instituciones*” que conforman las organizaciones que sirven a la niñez, como las instituciones pública y privadas para la salud y educación, entre otras.

6. Procedimientos básicos de atención temprana. El Programa Especial del Banco Mundial/OMS/UNFPA/UNDP para la investigación, desarrollo y capacitación para la investigación de reproducción humana señala en su estudio de modelos estándar de control prenatal que existen principios para el control prenatal para madres sin riesgo que son implementados en cada establecimiento de salud.

En los planeamientos de UNICEF en desarrollo infantil (2002-2005) mencionan cinco componentes clave para la madre y el niño y la niña: salud, nutrición, agua y saneamiento medio ambiente/higiene, cuidado, alimentación y aprendizaje temprano y protección, los que se deben brindar como fortalecimiento de las habilidades de las familias para cuidar las necesidades de los niños y basarse en los recursos de su entorno social y ambiental.

“El cuidado es la suma coherente y sinérgica de acciones que garantizan al niño no sólo protección sino también apoyo a su salud, nutrición y aspectos psicosociales y cognitivos de su desarrollo” Evans, Myers e Ilfeld (2000). Estas acciones deben de tomarse desde antes del nacimiento con la dirección de diversos profesionales.

Girón (2008) en la V jornada de Atención temprana de Andalucía menciona que un proceso de vinculación afectiva entre el niño y el entorno tiene tres momentos clave: **“la gestación, el momento del parto y el período post-parto”** los cuales deben ser fortalecidos esencialmente por la madre y el entorno familiar y social más cercano.

El papel de los adultos para apoyar el desarrollo infantil consiste en forjar vínculos y establecer diálogo afectivo (Evans, 2000) entre los diversos personajes

que participan en la vida de un niño, pediatras, padres de familia, maestros, otros miembros de la familia, antes del nacimiento del mismo.

Para UNICEF Y CINDE (1999) todos los programas de atención a la niñez deben de responder y adaptarse de forma flexible a los cambios culturales y sociales. En este sentido los procedimientos de atención temprana no deben de ser rígidos y deben acoplarse al entorno social, ambiental, cultural de cada niño.

IV. MÉTODO

A. Metodología de la investigación social

1. Modelos, conceptos y métodos de investigación cuantitativos.

Pérez Serrano (1998) menciona que los métodos cuantitativos aseguran una precisión, un rigor que busca un conocimiento observable, comprobable, comparable y medible. La investigación cuantitativa es como un “*campo interdisciplinar, trans-disciplinar y contra-disciplinar*”, es decir es un enfoque que contiene muchas metodologías, construida por varias posiciones a nivel social, educativo y de la experiencia humana. (Gurdián Fernández, 2007).

Sautu (2003) encuentra que la metodología cuantitativa se apoya en que es posible y válido analizar de forma teórica diferentes aspectos en busca de “*regularidades, constantes que sostengan las generalizaciones teóricas*”. Sus raíces filosóficas son el positivismo y el empirismo lógico. Sus objetivos se centran en la predicción, el control, la descripción, la confirmación y la comprobación. Los datos se recogen con instrumentos como escalas, pruebas, encuestas, cuestionarios, ordenadores, entre otros. (Pérez Serrano, 1998).

Sautu (2003) describe que los modelos de la investigación cuantitativa son: la encuesta que puede ser de corte transversal, rotativa o en panel; los experimentos en laboratorios, de campo, cuasi-experimentos. Así también, los diseños comparativos, análisis de contenido y análisis de datos secundarios. Pérez Serrano (1998) agrega que su modalidad de análisis es deductiva por medio de métodos estadísticos y que sus hallazgos son precisos.

2. Modelos, conceptos y métodos de investigación cualitativa. Pérez Serrano (1998) define la investigación cualitativa como una descripción específica de eventos, interacciones, comportamientos, entre otros que son observables, flexibles, su naturaleza es inductiva, ve las cualidades, la esencia de su estudio. Da una idea de unidad, partiendo de esta base se define como holística, ya que son aquellos estudios colectivos que intentan describir un proceso. Sautu (2003). La investigación

cualitativa se interesa por saber el proceso que origina el problema, más que la causa y el efecto. (Vélez y Ponce, 2008).

Badilla (2006) menciona que la investigación utiliza varios métodos y técnicas que permiten el análisis, la explicación e interpretación de los pensamientos de las personas que realizan la investigación, haciendo uso de bases teóricas. Para Sautu (2003), los modelos de la investigación cualitativa son: el método etnográfico y el análisis de textos, apoyado por el estudio multifacético de teorías.

Sus raíces filosóficas son la fenomenología y la interacción simbólica. Su objetivo de investigación camina en una línea descriptiva, de comprensión y descubrimiento, generadora de supuestos. Su flexibilidad permite que el investigador sea su instrumento principal. Los datos son expansivos y se recogen por medio de entrevistas y observaciones. (Pérez Serrano, 1998).

3. Diagnóstico y línea base. El diagnóstico es *“una herramienta teórica metodológica aplicable antes de la planeación del proyecto”*. Nirenberg (2000). Este se enriquece de información cuantitativa y primaria, por medio de análisis del contexto, encuestas, entrevistas, cuestionarios, entre otros. Es el inicio de un proyecto y responde a interrogantes como: ¿Qué sucede?, ¿Cuáles son los principales problemas?, ¿A quiénes les sucede?, ¿Cómo resolverlo?, ¿Cuáles son los resultados? Román (1999).

Malebranch Eraso (2006) define el diagnóstico como un proceso en el que se identifican las causas de los problemas a través de la recolección de la información, el análisis y el descubrimiento de los problemas y sus causas. Continúa explicando que existen tres situaciones durante el diagnóstico: Los síntomas que son las manifestaciones del problema; los problemas que son los indicios que obstaculizan el funcionamiento normal del sujeto de estudio y las causas de los problemas, que son los responsables de la presencia de un problema.

Con el diagnóstico se construye una línea base que resume la información, dando a conocer el valor de los indicadores del problema durante el diagnóstico y sus próximas tendencias. Reconoce las diferencias entre la población objetivo y el

resto de la población. Para identificarla, es necesario tener definido el problema y realizar una descripción del problema y del contexto. Martínez (2008).

El diagnóstico de línea base “*plantea el estudio de la realidad existente*”, evalúa aspectos iniciales con relación al objetivo, obteniendo información precisa de la población, la intervención y la comparación de resultados y su impacto. Salinas (2004).

B. Diseño del estudio

1. **Problema.** Debilidad de la demanda de servicios apropiados y de mecanismos de detección temprana de deficiencias en el desarrollo infantil, por parte de madres de niños y niñas de 0 a 3 años, que provoca un diagnóstico tardío con sus respectivas consecuencias en la vida del paciente.

2. Pregunta central y secundarias

a. Pregunta central

¿Cómo ayudar a las madres a fortalecer la demanda de servicios apropiados?

b. Preguntas secundarias

¿Cómo identificar las necesidades de orientación a madres gestantes?

¿Cómo motivar a las madres a formar parte activa del programa de educación a la salud?

¿Cómo ayudar a las madres de familia a identificar signos de alarma en el desarrollo del niño o niña de 0 a 3 años?

¿Por qué es importante que las madres de familia estén enteradas de los diferentes cambios que tienen los niños o niñas en sus etapas de desarrollo?

¿Cómo se benefician los niños cuando las madres logran identificar una dificultad oportunamente?

¿Qué beneficios se obtienen cuando las madres expresan al pediatra sus dudas en cuanto al desarrollo de sus hijos?

¿A qué profesionales puede acercarse la madre para resolver sus dudas o inquietudes de desarrollo de sus hijos?

¿Qué conocimientos se requiere que la madre posea para realizar una identificación temprana de cualquier posible dificultad?

¿Cómo motivar a las madres de familia a informarse sobre el desarrollo apropiado de sus hijos en cada etapa de crecimiento?

¿Qué tipo de dificultades de desarrollo infantil pueden encontrarse al utilizar la escala de desarrollo para madres?

¿Qué ventajas se manifiestan al incluir al pediatra en el crecimiento y desarrollo de sus pacientes?

¿Qué tipo de instrumentos utiliza el pediatra en cada consulta?

¿Cómo interesar a la institución para considerar la escala de desarrollo infantil para madres como un recurso útil en la identificación temprana de diversas dificultades en el crecimiento?

¿Qué otros recursos se pueden utilizar para ayudar a las madres a conocer los cambios que se dan en cada etapa de desarrollo de sus hijos?

¿Cuáles son los cambios que se dan en cada etapa de desarrollo de un niño o niña?

¿Cuáles son los lineamientos sugeridos por la OMS para cada visita al obstetra?

¿Qué tipo de atención reciben los recién nacidos al momento de nacer en el IGSS?

¿En qué consisten los programas educativos para madres de la periférica de la zona 5 del IGSS?

C.Objetivo general y específico

1.Objetivo general

Facilitar estrategias a mujeres gestantes que fortalezcan la demanda de servicios apropiados prenatales y del parto.

2.Objetivos específicos

- a. Identificar las necesidades de orientación a madres gestantes.
- b. Definir los procesos del programa de orientación a madres gestantes.
- c. Motivar a las madres gestantes a formar parte activa del programa de orientación.
- d. Motivar al equipo médico a formar parte activa del programa de orientación.
- e. Identificar los beneficios que obtiene una apropiada orientación a madres en etapa de gestación.
- f. Motivar el uso de estrategias propicias para llevar a cabo el programa educativo para madres gestantes.
- g. Fomentar la atención oportuna a madres gestantes como apoyo al bienestar y salud materno infantil.
- h. Informar a las madres de familia sobre los beneficios que el control del embarazo y la atención del parto tienen para ellas y sus bebés.
- i. Informar a las madres de familia sobre la importancia de conocer los cambios durante la gestación y los cuidados que necesitan en esa etapa.
- j. Motivar a las madres a resolver sus dudas sobre signos de alarma en el embarazo y en el desarrollo de su niño o niña.

- k. Informar a las madres de familia sobre las etapas de desarrollo del niño o la niña de 0 a 3 años.
- l. Identificar otros recursos que puedan ser utilizados por las madres para conocer los cambios que se dan en cada etapa de desarrollo de sus hijos.
- m. Identificar los beneficios que obtienen los neonatos y los niños de dos años al brindarles a sus madres los conocimientos básicos de cuidado.
- n. Fomentar la atención de ayuda especializada que puedan necesitar las madres en gestación y de niños hasta los dos años.
- o. Analizar el cumplimiento de los lineamientos generales sugeridos por la OMS para cada visita al obstetra.
- p. Evaluar la calidad de la atención brindada en los programas de salud para madres gestantes.
- q. Describir la atención que reciben los recién nacidos al momento de nacer en la periférica de la zona 5 del IGSS.
- r. Analizar los programas educativos para madres de la periférica de la zona 5 del IGSS.

D. Definición de la muestra y sus variables

Se observará a una muestra compuesta por:

- 10 mujeres en etapa de gestación
- 10 participantes del programa educativo para madres
- 3 obstetras en diferentes consultas
- 3 pediatras en diferentes consultas (2 pediatras en consulta externa y un pediatra en sala de partos)
- 1 capacitador de los programas educativos para madres.

Variables

Escala de desarrollo

Etapas de desarrollo

Dificultades de desarrollo
Equipo multidisciplinario
Funciones del pediatra
Estimulación oportuna
Estimulación temprana
Lineamientos de la OMS
Escalas: Apgar, Denver, Gesell, Brazelton, Bayley
Programas educativos para madres

E. Definición de variables y elaboración de indicadores cualitativos

1. **Escala de desarrollo.** Ajuriaguerra y López-Zea (1997) mencionan que la evolución se puede valorar a través de diversos procedimientos, uno de ellos son las escalas de desarrollo que dan un “*valor estadístico*” que sirve para medir en el niño el nivel de desarrollo o retraso en las diferentes habilidades. Las escalas permiten evaluar a partir de criterios generalizados del comportamiento evolutivo del niño por lo que: “*Constituye la expresión de la interpretación integral de su estado funcional.*” Montano Lazo (2007). También se describen como un conjunto de herramientas que sirven para hacer diagnósticos en las diferentes etapas y áreas de desarrollo de los niños. Unidad de Neuro-pediatría del Hospital Materno Infantil de Bajadoz (España 2005)

2. **Etapas de desarrollo.** Las etapas de desarrollo sirven para definir niveles funcionales, “*son descriptivas; los estadios, operaciones con vista a profundizar el conocimiento del modo organizativo del niño y las nuevas formas que toman sus diversos comportamientos durante la evolución.*” Ajuriaguerra y López-Zea (1997).

Martínez Mendoza (2001) define las etapas de desarrollo como “*determinantes del desarrollo*” o criterios generales que marcan las bases de una determinada fase y que guían el curso normal o con dificultad de las demás fases de la vida.

3. **Dificultades de desarrollo.** Luque Parra (2001) explica que los trastornos de

desarrollo son alteraciones, disfunciones o dificultades que se presentan en el funcionamiento a nivel cognitivo y de la conducta adaptativa de una persona y requiere del uso de elementos y/o recursos como apoyo. Se presentan en la infancia o en la adolescencia. Para otros autores, se interpretan como: “*Desviaciones en el patrón de desarrollo infantil*” debido a que no ocurren en el tiempo esperado para la etapa de desarrollo o a la edad del niño. Calderón Astorga (2003).

4. Equipo multidisciplinario. Está formado por profesionales con diversas disciplinas, quienes comparten la información, toman decisiones y plantean objetivos comunes. Grupo de Atención temprana (2001).

Lusiardo (1999) lo define como una interacción estrecha en la que se toman decisiones en base a las evaluaciones de las diferentes disciplinas y se plantean objetivos de trabajo en donde cada profesional contribuye al desarrollo de las diferentes habilidades y destrezas planteadas en cada objetivo.

5. Funciones del pediatra. Es el profesional médico que atiende al niño desde su nacimiento hasta el final de la adolescencia. Es quien empieza el contacto con la familia desde antes del nacimiento del bebé y sus dos funciones principales son: prevenir e intervenir. (Marquillas, 2007) Por su parte, Muñoz (2001) menciona que el pediatra tiene tres funciones primordiales dentro de la familia: función asistencial, de docente y de investigador que permite la comunicación constante con la misma. Amigó (1995) añade que el pediatra además de poseer los conocimientos sobre la evolución del niño, busca la información necesaria para conocer a su familia y su entorno.

6. Estimulación oportuna. La estimulación oportuna ofrece experiencias que sirve de base para aprendizajes posteriores, buscando abrir canales sensoriales para que el niño absorba la mayor parte de información del entorno. Calderón Astorga (2000)

Martínez Mendoza (2001) sostiene que la estimulación oportuna son todas las influencias educativas, sociales y del entorno que se dan de manera sistemática

en un período de desarrollo determinando para propiciar oportunidades de aprendizaje.

María Elena Grenier (2000) señala que los períodos sensitivos que ocurren en el organismo están determinados por condiciones funcionales propias del desarrollo y condiciones morfológicas en un lapso corto determinado de tiempo, por lo que se ven en la necesidad de una estimulación constante y sistémica. Para que sea oportuna se diagnostica el desarrollo del niño.

7. Estimulación temprana. *“Forma especializada de atención a niños y niñas que nacen en condiciones de alto riesgo biológico y social”*, en la que se toma en cuenta a familias con bajos recursos que no poseen recursos necesarios para motivar las distintas etapas de desarrollo de los niños o niñas. Martínez Mendoza (2001).

Grenier (2000) menciona que la estimulación temprana está dirigida a grupos de infantes con condiciones de vida desfavorables, constituyéndose como niños con *“alto riesgo”* tanto ambiental como biológico que necesitan de influencias educativas especiales *“por no estar comprendidos en la norma”*.

8. Lineamientos de la OMS. En el 48º. Consejo directivo de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (2008) presentan el documento con lineamientos básicos con el fin de brindar *“insumos técnicos, tanto operativos como estratégicos, que apoyen el desarrollo y la ejecución de planes operativos a nivel de países”*. Los lineamientos se establecen con el fin de una salud neonatal en el contexto de atención a la madre, recién nacido y del niño (Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas 2006).

9. Escalas

- **Escala de Apgar.** Santrock (2003) define la escala de Apgar como un método utilizado para evaluar la salud de los neonatos en los primeros cinco minutos después de nacidos. Se evalúa el ritmo cardíaco, el esfuerzo respiratorio, el tono muscular, el color corporal y las respuestas reflejas. Butterfield

(1999) menciona que la escala está indicada para evaluar “*la habilidad del recién nacido para responder al estrés del parto, el nacimiento y el nuevo entorno*”. La escala de Apgar es un indicador de la sobrevivencia del recién nacido durante el primer mes de vida, Casey, McIntire y Leveno (2001).

- **Escala de Denver.** Es utilizada como consulta por el pediatra para hacer un diagnóstico de las diversas áreas de desarrollo. Schulumberger (2008). Otros autores (López Gómez, Cajal Cernuda, Ordoñez Blanco y Uribe Rodríguez, 2008) la definen como una escala que brinda información que predice alteraciones en el desarrollo y da una aproximación del nivel de inteligencia. Para Behrman, Kliegman y Jenson (2001) es un instrumento para la evaluación del desarrollo del niño.

- **Escala de Gesell.** Determina el perfil de desarrollo desde la conducta de movimientos, adaptación, lenguaje, aspectos personales y sociales. Conexión niñez (2005). Da una valoración del desarrollo del lactante y del niño hasta los cinco años. En ella, se observan capacidades y comportamientos de conductas físicas, sociales e intelectuales. López Gómez, Cajal Cernuda, Ordoñez Blanco y Uribe Rodríguez (2008).

- **Escala de Brazelton.** Esta escala permite valorar los aspectos neurológicos y de comportamiento de un neonato. Evalúa las competencias, capacidades y los efectos provocados durante las etapas prenatal y perinatal. Gómez, Cajal Cernuda, Ordoñez Blanco y Uribe Rodríguez (2008).

Behrman, Kliegman y Jenson (2001) la definen como una prueba que explora la conducta y permite “*estimar de forma cuantitativa la integridad neurológica del lactante, la adaptación de la vida extrauterina, los reflejos primitivos, la organización de los estados, la autorregulación y la interacción*”.

- **Escala de Bayley.** López Gómez, Cajal Cernuda, Ordoñez Blanco y Uribe Rodríguez (2008) la definen como una prueba que evalúa aspectos cognitivos, comunicativos, corporales, psicomotrices, sociales y el entorno y que

permiten valorar si existe un retraso a nivel intelectual o lingüístico. Brinda datos de áreas diferentes como: motriz, cognitiva, comunicativa y elimina la disponibilidad de “*disarmonías entre ellas*”. Narbona y Schulumberger (2008).

10. **Programas educativos para madres.** Chile Crece Contigo (2006) define el programa educativo como un sistema de acompañamiento, protección y apoyo integral para los niños y sus familias.

En el reglamento de Escuela para padres de Tamaulipas (16 de mayo de 2000), en el capítulo 1, artículo 2, se define como un espacio educativo que provee orientación para una mejor atención y bienestar familiar de acuerdo con los valores éticos de la sociedad.

2. Indicadores

Total de madres en etapa de gestación que participan en el programa de educación

Número de participantes del programa de la salud,

Número de programas de estimulación oportuna y/o temprana que ofrece la pediatría del IGSS.

Número de mujeres que participan en los programas de salud que ofrece la periférica del IGSS de la zona 5

Total de personas que trabajan en el área de obstetricia y pediatría de la periférica de la zona 5.

Total de pediatras que laboran en la periférica del IGSS en las diferentes jornadas.

Total de niños atendidos en las edades de 0 a 3 años en la periférica del IGSS de la zona 5 durante el mes de enero, febrero y marzo de 2009.

Porcentaje de niños que presentan algún tipo de dificultad en las diferentes etapas del desarrollo en una muestra de los niños atendidos de 0 a 3 años en los primeros tres meses del año 2009.

Número de escalas utilizadas por los médicos para diagnosticar estado de salud del paciente.

Porcentaje de niños o niñas que son evaluados con la escala de APGAR en el IGSS.

Porcentaje de lineamientos sugeridos por la OMS utilizados por el IGSS.

F.Desarrollo de instrumentos y definición de procedimientos de aplicación

A continuación se describen los diferentes instrumentos utilizados para el análisis de los procedimientos utilizados en el IGSS en el área de visitas a obstetricia, partos, pediatría y el programa de salud de la periférica de la zona 5.

Instrumento 1 lista de cotejo

Objetivo:

Comprobar si el obstetra hace uso de los lineamientos básicos según la OMS en la primera visita

Descripción: Se divide en 22 criterios de los lineamientos básicos de la primera visita al obstetra.

Procedimiento: Se aplicará a dos obstetras en la jornada vespertina del departamento de obstetricia, de la periférica del IGSS de la zona 5, durante 4 horas.

Instrumento 2 lista de cotejo

Objetivo:

Comprobar si el obstetra hace uso de los lineamientos básicos según la OMS en la segunda visita

Descripción: Se divide en 14 criterios de los lineamientos básicos de la segunda visita al obstetra.

Procedimiento: Se aplicará a 2 obstetras en la jornada vespertina del departamento de obstetricia, de la periférica del IGSS de la zona 5, durante 4 horas.

Instrumento 3 lista de cotejo

Objetivo:

Comprobar si el obstetra hace uso de los lineamientos básicos según la OMS en la tercera visita

Descripción: Se divide en 18 criterios de los lineamientos básicos de la tercera visita al obstetra.

Procedimiento: Se aplicará a 2 obstetras en la jornada vespertina del departamento de obstetricia, de la periférica del IGSS de la zona 5, durante 4 horas.

Instrumento 4 lista de cotejo

Objetivo:

Comprobar si el obstetra hace uso de los lineamientos básicos según la OMS en la cuarta visita

Descripción: Se divide en 5 criterios de los lineamientos básicos de la cuarta visita al obstetra.

Procedimiento: Se aplicará a 2 obstetras en la jornada vespertina del departamento de obstetricia, de la periférica del IGSS de la zona 5, durante 4 horas.

Instrumento 5 lista de cotejo

Objetivo:

Comprobar si el obstetra hace uso de los lineamientos básicos según la OMS durante el parto

Descripción: Se divide en 22 criterios de los lineamientos básicos durante el parto.

Procedimiento: Se aplicará a 1 obstetra en la jornada vespertina del departamento de gineco/obstetricia, sala de partos Pamplona, durante 8 horas.

Instrumento 6 lista de cotejo

Objetivo:

Comprobar si el pediatra hace uso de los lineamientos básicos según la OMS al neonato después del parto.

Descripción: Se divide en 27 criterios de los lineamientos básicos que se realizan al neonato después del parto.

Procedimiento: Se aplicará a 1 pediatra en la jornada vespertina del departamento de gineco/obstetricia, sala de partos Pamplona, durante 8 horas.

Instrumento 7 lista de cotejo

Objetivo:

Comprobar si el pediatra hace uso de los lineamientos básicos según la OMS durante la primera visita

Descripción: Se divide en 7 criterios de los lineamientos básicos durante la primera visita al pediatra.

Procedimiento: Se aplicará a 1 pediatra en la jornada vespertina del departamento de pediatría de la periférica del IGSS de la zona 5, durante 4 horas.

Instrumento 8 lista de cotejo

Objetivo:

Comprobar si el pediatra hace uso de los lineamientos básicos según la OMS durante la visita al pediatra en el primer mes del niño (a).

Descripción: Se divide en 9 criterios de los lineamientos básicos durante la visita al pediatra en el primer mes del niño (a).

Procedimiento: Se aplicará a 1 pediatra en la jornada vespertina del departamento de pediatría de la periférica del IGSS de la zona 5, durante 4 horas.

Instrumento 9 lista de cotejo

Objetivo:

Comprobar si el pediatra hace uso de los lineamientos básicos según la OMS durante las visitas al pediatra después del primer mes en adelante.

Descripción: Se divide en 9 criterios de los lineamientos básicos durante la visita al pediatra después del primer mes en adelante.

Procedimiento: Se aplicará a 1 pediatra en la jornada vespertina del departamento de pediatría de la periférica del IGSS de la zona 5, durante 4 horas.

Instrumento 10 escala de calificación

Objetivo:

Verificar si los programas educativos del IGSS cumplen con las necesidades de la población.

Descripción: Se divide en 10 criterios con cuatro opciones de calificación: Necesita mejorar, regular, bueno, excelente.

Procedimiento: Se aplicará a 1 educador del programa de salud en la jornada vespertina del departamento de pediatría de la periférica del IGSS de la zona 5, durante 6 horas.

Instrumento 11 escala de calificación

Objetivo:

Identificar los aspectos necesarios para el programa de educación para la salud a través de médicos y especialistas

Descripción: Se divide en 26 criterios con cinco opciones de calificación: En completo desacuerdo, en desacuerdo, indiferente, de acuerdo, plenamente de acuerdo.

Procedimiento: Se aplicará a 3 pediatras, 3 obstetras y 1 educador del programa de salud en las jornadas matutina y vespertina del departamento de gineco-obstetricia y pediatría de la periférica del IGSS de la zona 5, durante 6 horas.

Instrumento 12 entrevista

Objetivo: Verificar si los programas educativos del IGSS cumplen con las necesidades de las mujeres que asisten.

Descripción: Se divide en 8 preguntas con diferentes opciones de respuesta, según la pregunta planteada a excepción de la ocho que es de respuesta abierta.

Procedimiento: Se aplicará 10 mujeres participantes del programa de salud en las jornadas matutina y vespertina del departamento de gineco-obstetricia y pediatría de la periférica del IGSS de la zona 5, durante 6 horas.

Instrumento 13 escala de calificación

Objetivo: Verificar si los programas educativos del IGSS cumplen con las necesidades de las mujeres que asisten.

Descripción: Se divide en 11 aspectos a observar con cinco opciones de calificación: nunca, pocas veces, frecuentemente, casi siempre, siempre.

Procedimiento: Se aplicará 6 grupos de mujeres participantes del programa de salud en las jornadas matutina y vespertina de la periférica del IGSS de la zona 5, durante 3 horas.

V. Presentación y discusión de resultados

<< “El niño pequeño puede ser considerado como un pequeño Dios – en un estado de perfección todavía relativa- o como un pequeño sol alrededor del cual gira el mundo. Los niños son mariposas del paraíso”. Sharif, en Unicef 1985. >>

A. Resultados de Instrumentos de Evaluación

Los niños necesitan que sus padres u otros cuidadores estén en alerta de prodigarles cuidados de salud, alimentación, estimulación y, sobre todo, amor que necesitan para crecer óptimamente. Los niños representan el cambio de la sociedad y son constructores de una vida mejor. Para prevenir dificultades en el desarrollo ¿qué se necesita?, para responder esa y otras preguntas planteadas en esta investigación se desarrollaron diversos instrumentos, sus resultados se presentan a continuación a través de tablas, gráficos y análisis de los mismos.

Instrumento 1

Lista de cotejo para la primera visita al obstetra

Tabla 1		Sí	No
	Se llenan los siguientes formularios:		
1	Antecedentes clínicos y obstétricos	100	0
2	Datos específicos de la paciente	100	0
3	Ficha prenatal	100	0
	Realización de los exámenes:		
4	Médicos	100	0
5	Prueba de hemoglobina	100	0
6	Obstétrico: Estimación de edad gestacional, altura uterina	100	0
7	Presión arterial	100	0
8	Peso/altura de la madre	100	0
9	Análisis de sífilis	100	0
10	Prueba de orina	100	0
11	Prueba de tipificación de grupo sanguíneo	100	0
12	Grupo sanguíneo y factor Rh	100	0
	Se le administró a la madre:		
13	Vacuna antitetánica	0	100
14	Aporte complementario de ácido fólico y hierro	0	100
	Recomendaciones a la madre:		

Continuación Tabla 1

		Sí	No
15	Situaciones de emergencia	33.33	66.66
16	Cansancio, exceso de trabajo, exposición a metales, medicamentos, químicos, etc.	0	100
17	Consejos del sexo seguro	0	100
18	Dejar de consumir sustancias tóxicas	100	0
19	Sobre lactancia	0	100
20	Se auscultó el tórax y el corazón	100	0
21	Solicitud a la madre de anotar la fecha en que siente los primeros movimientos del bebé	0	100
22	Se programó la siguiente cita a las 26 semanas	33.33	66.66
23	La visita duró entre 30 y 40 minutos	0	100

La Tabla 1 muestra los lineamientos básicos de la OMS en la primera visita al obstetra. Se puede identificar fácilmente que hay 7 aspectos ausentes en la institución y 2 aspectos o lineamientos que están abajo del 50%. Más del 50% de los lineamientos se cumplen, sin embargo el porcentaje de lineamientos ausentes son indispensables para una prevención de dificultades durante el parto y el desarrollo del niño.

Instrumento 2

Lista de cotejo para la segunda visita al obstetra

	Tabla 2	Sí	No
1	La madre tiene 26 semanas de embarazo	0	100
2	Se realizaron los siguientes procedimientos:		
3	Registro del peso de la madre	100	0
4	Preguntas acerca de cambios desde la primera visita	0	100
5	Dar recomendaciones para situaciones de emergencia	0	100
6	Llenar la ficha prenatal	100	0
	Se realizaron las siguientes pruebas:		
7	Médica para la detección de anemia	100	0
8	Obstétrica: estimación de edad gestacional, altura uterina, latidos cardíacos fetales, presión sanguínea)	100	0
9	Medición arterial	100	0
10	De orina para detección de proteínas	100	0
11	Aporte complementario de ácido fólico y hierro	100	0
12	La duración aproximada de la cita es de 20 minutos	33.33	66.66
	Recomendaciones:		
13	Repetir los consejos de la primera visita	0	100
14	Programar la tercera visita a las 32 semanas o cerca	100	0
15	Se tomó en cuenta las observaciones de la primera visita	100	0

Los datos obtenidos en la Tabla 2 fueron obtenidos en la observación a tres pediatras de la consulta externa del IGSS. Es interesante que los aspectos informativos y que pueden ser índices de posibles dificultades estén ausentes como lo muestra la tabla en los lineamientos 4,5 y 13. La duración de la cita se cumple en un 33.33% y el tiempo de gestación no está dentro del límite sugerido lo que muestra un desfase que necesita su regulación.

Instrumento 3

Lista de cotejo para la tercera visita al obstetra

Tabla 3		Sí	No
	Se realizan los siguientes procedimientos:		
1	Solicitud de prueba de hemoglobina	100	0
2	Administración de la vacuna antitetánica (segunda dosis)	100	0
3	Si no asistió a la segunda cita se realizó todos los aspectos de las segunda cita	-----	-----
5	Recomendaciones para la lactancia	0	100
4	Dar las instrucciones para el parto/planificación del nacimiento	33.33	66.66
6	Preguntas acerca del cumplimiento de la ingesta de hierro, ácido fólico	33.33	66.66
7	Se tomó en cuenta las observaciones de la primera y segunda cita	0	100
8	Preguntas acerca de los movimientos fetales y cambios durante el embarazo	66.66	33.33
9	Palpar el abdomen para la detección de embarazo gemelar	100	0
10	Registrar los latidos cardíacos fetales	100	0
11	Programar la siguiente visita a las 36 semanas	100	0
12	Repetir los consejos de las visitas anteriores	0	100
	Pruebas:		
13	Presión sanguínea	100	0
14	Altura uterina	100	0
15	Examen de mamas	100	0
16	La cita tuvo una duración de 20 minutos	66.66	33.33
17	La madre tiene 32 semanas de embarazo	33.33	66.66

A través de esta Tabla, se obtuvo información del cumplimiento de los lineamientos sugeridos por la OMS en la tercera visita al obstetra. Dentro de los datos obtenidos se puede mencionar que 3 aspectos se cumplieron tan solo en un 33.33%, otros 2 en un 66.66%, lineamientos que coinciden en la primera y segunda visita y que son necesarios para la prevención de factores de riesgo. Los otros aspectos se cumplen en un 100%.

Instrumento 4

Lista de cotejo para la cuarta visita al obstetra

Tabla 4		Sí	No
1	La madre tiene de 36 a 38 semanas de embarazo	100	0
	Se realizan los siguientes procedimientos:		
2	Prueba para detección de presentación podálica y derivación para versión cefálica externa	100	0
3	Ficha prenatal completa y se entregó para llevarla el día del parto	0	100
4	Aconsejar a la madre que si el bebé no ha nacido a la semana 41 asista al IGGS inmediatamente	0	100
5	Se repitieron los consejos de las visitas anteriores	0	100

Dentro de los lineamientos de la cuarta visita al obstetra se puede concluir que menos del 50% de indicadores se cumplen al 100%, los demás lineamientos están ausentes, por lo que los resultados son desfavorables para el proceso de prevención.

Instrumento 5

Lista de cotejo para mujeres en labor de parto

Tabla 5		Sí	No
	En la sala de partos se encuentra:		
1	El médico de cabecera	0	100
2	El ginecólogo	100	0
3	El pediatra	100	0
4	Una enfermera y una auxiliar	100	0
	Se midió:	100	0
5	La temperatura corporal cada 4 horas	100	0
6	El tiempo del parto	100	0
7	El pulso y la tensión arterial	100	0
8	Se rasuró total o parcialmente el vello púbico	0	100
9	El líquido amniótico	100	0
10	Se utilizó anestesia	33.3	66.7
11	Se monitoreó el latido cardíaco fetal	100	0
	Se presentó:		
12	Bradycardia (menos de 120 latidos / min)	33.3	66.7
13	Taquicardia (más de 160 latidos / min)	0	0
14	La enfermera ofrece apoyo emocional a la paciente	0	0
	La sala de partos posee:		

Continuación Tabla 5

Tabla 5		Sí	No
15	Iluminación	100	0
16	Limpieza	100	0
17	Personal médico y enfermeras con vestimenta completa	100	0
18	Instrumentos esterilizados	100	0
	Se evaluó:		
19	El líquido amniótico	100	0
20	La regularidad de las contracciones y la intensidad del dolor	100	0
21	La dilatación o la acortación del cérvix	100	0
22	La pareja de la paciente estuvo presente	0	

Dentro de los lineamientos sugeridos por la OMS hay cuatro aspectos, los números 8, 10, 12 y 13 son informativos de los procesos que surgen durante parto, tienen una influencia significativa dentro de los aspectos de prevención los cuales se presentan, son referencia para observar si se hicieron los aspectos necesarios para los mismos. Mientras que los aspectos 1 y 22 son indispensables para una prevención de riesgos durante el parto y para la tranquilidad de la madre, aspectos que están ausentes durante la observación.

Instrumento 6

Lista de cotejo de cuidados del recién nacido

Tabla 6		Sí	No
	Se toman en cuenta los siguientes aspectos:		
1	La vía aérea se encuentra libre (se limpió las vías de respiración del bebé)	100	0
2	Pinzar y cortar el cordón umbilical	100	0
3	Limpieza del bebé con toallas calientes (se secó)	100	0
4	Colocar al niño en el pecho de la madre inmediatamente después de limpiarlo	66.7	33.3
	Controlar en el recién nacido:		
6	Temperatura	100	0
7	Respiración	100	0
8	Latidos del corazón	100	0
	Al neonato se le realizaron los siguientes procedimientos:		
9	Ponerle una mantilla	66.7	33.3
10	Tomarle la huella digital de la mano o del pie del recién nacido	100	0
11	Talla	100	0

Continuación Tabla 6

		Sí	No
12	Peso	100	0
13	Se coloca:		
14	Pulsera de identificación	100	0
15	Gancho del cordón umbilical	100	0
16	Aplicación del test de Apgar	33.3	66.7
17	Realización de la profilaxis de la conjuntivitis neonatal	66.7	33.3
18	Pruebas de detección precoz de enfermedades metabólicas (muestra de sangre del talón)	100	0
19	Si el recién nacido presenta riesgo durante las primeras horas, se le aplicó la vacuna de la hepatitis B en las primeras 12 horas de nacido	sin evidencia	sin evidencia
20	Se tomó la hora y la fecha del parto	100	0
21	Hubo alguna anomalía durante el parto y fue anotado en observaciones	33.3	66.7
22	Nació por medio de fórceps	0	0
23	Ingirió meconio	33.3	66.7
24	Se presentó hipoxia en el neonato	33.3	66.7
	Posición del neonato durante el nacimiento:		
25	Pies	0	100
26	Nalgas	0	100
27	Cabeza	100	100

Los datos muestran aspectos importantes, los lineamientos 4,9 y 17 cumplen en más del 50% que son complementarios al cuidado neonatal. Los lineamientos 21,23 y 24, son indicadores de un porcentaje alto de dificultades en el desarrollo, los cuales representan signos de alarma para el pediatra y la madre. El lineamiento 16 es fundamental para esta investigación, muestra que menos del 50% de veces se aplica la única escala de desarrollo de forma adecuada, lo que muestra un desfase importante dentro de los aspectos de atención primaria.

Instrumento 7

Lista de cotejo para la primera visita al pediatra

Tabla 7		Sí	No
1	Revisó el color de la piel del bebé	100	0
2	La evolución de las fontanelas	100	0
3	Su tono muscular	100	0
4	La evolución del ombligo	100	0
5	Hace preguntas a la madre sobre la alimentación del bebé (si regurgita o tiene gases)	100	0
6	Evolución de sueño	0	100
7	Da indicaciones del calendario de vacunas	100	0

Los resultados muestran datos significativos y positivos para la investigación. Dentro de los lineamientos evaluados únicamente el 14.3% está ausente, siendo el 85.7% de aspectos cumplidos durante la visita. Lo cual determina un buen funcionamiento de los aspectos sugeridos.

Instrumento 8

Lista de cotejo para la visita al pediatra (primer mes)

Tabla 8		Sí	No
1	Observó el color de su piel (para ver si desapareció la ictericia)	100	0
2	Se registró el peso y la talla del bebé	100	0
3	Se observó las pupilas	100	0
4	Se observó el estado de los oídos	100	0
5	Se observó el tono muscular	100	0
6	Se observan los reflejos	100	0
7	Se observa la frecuencia respiratoria y el latido cardíaco	100	0
8	Hace preguntas sobre estado general del bebé	100	0
9	Hace preguntas de la alimentación	100	0

Esta Tabla refleja claramente que hay un cumplimiento de 100% de los lineamientos sugeridos.

Instrumento 9

Lista de cotejo para visita al pediatra (después del primer mes en adelante)

Tabla 9		Sí	No
1	Se registró el peso y la talla del bebé	100	0
2	Se observó las pupilas	100	0
3	Se observó el estado de los oídos	100	0
4	Se observó el tono muscular	100	0
5	Se observan los reflejos	100	0
6	Se observa la frecuencia respiratoria y el latido cardíaco	100	0
7	Hace preguntas sobre estado general del bebé	100	0
8	Hace preguntas de la alimentación	100	0
9	Se toma en cuenta el control de vacunas	100	0

La Tabla 9 muestra resultados favorables de atención en la visita al pediatra después del primer mes en adelante, lo que indica que se cumplen al 100% los lineamientos sugeridos. Cabe mencionar que son lineamientos básicos de la OMS y que se sugiere ampliarlos para actuar como prevención de posibles dificultades de desarrollo.

Instrumento 10

Escala de evaluación

Tabla 10

Aspectos	Necesita Mejorar (1)	Regular (2)	Bueno (3)	Excelente (4)
1. Puntualidad al iniciar y finalizar la actividad	X			
2. Presentación personal			X	
3. Forma de expresarse		X		
4. Dominio del tema			X	
5. Claridad del tema		X		
6. Material utilizado		X		
7. Promovió la participación e interés	X			
8. Resolución de dudas	X			
9. Salón en que se realizó el programa	X			
10. El tema está acorde con las necesidades de información de las participantes (antes o después del parto)	X			

Es interesante observar que los aspectos que necesitan mejorar y los que son regular son los más importantes para desarrollar un tema específico y captar el interés de las personas a las que va dirigido el tema. El aspecto personal es complementario, mientras que el dominio es fundamental.

Instrumento 11

Escala de calificación

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
En completo desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Plenamente de acuerdo

El objetivo de este instrumento es identificar los aspectos necesarios para el programa de educación para la salud a través de médicos y especialistas. Se aplicó a 3 pediatras, 3 obstetras y 1 educador del programa de salud en las jornadas matutina y vespertina del departamento de gineco-obstetricia y pediatría de la periférica del IGSS de la zona 5.

Tabla 11

No.	Aspectos	1	2	3	4	5
	Programa					
1	Considerar las necesidades de la población				14.3%	85.7%
2	Diseñar el programa antes de la implementación					100%
3	Mejorar dentro del proceso los diversos aspectos de la acción de la orientación: materiales, métodos, especialistas					100%
4	Identificar las fortalezas y debilidades en el proceso del programa					100%
5	Determinar el beneficio del programa tanto a la institución como a la población			14.3%		85.7%
6	Considerar el número de participantes en el programa	28.6%		42.9%	14.3%	14.3%
7	Considerar los contenidos según las necesidades de la población que se presente.	28.6%		57.2%	14.3%	
8	Considerar el programa como un requisito con beneficio			14.3%	85.6%	57.2%
9	Evaluar los instrumentos a utilizar según las necesidades de la población	14.3%		57.2%	14.3%	14.3%
10	Considerar una evaluación al inicio y al final del programa			14.3%	14.3%	71.5%
11	Llevar un registro anual de logros del programa			14.3%	14.3%	71.5%
12	Considerar la intervención activa de las madres en el programa	28.6%	14.3%	14.3%	14.3%	28.6%
	Facilitador del programa					
13	Contar con equipo de especialistas (ginecólogos, pediatras, enfermeras, etc.) como parte activa del programa	14.3%			28.6%	57.2%
14	Contar con una educadora de la salud con orientación en diferentes especialidades					100%
15	Asegurar disponibilidad de horarios al educador de la salud				14.3%	85.6%
16	Considerar actualización constante					100%
17	Poseer actitud de escucha					100%
18	Ser flexible a cambios					100%
19	Ser orientado por los especialistas en cada área de especialización			14.3%		85.6%
	Contenidos del programa					

Continuación Tabla 11		1	2	3	4	5
No.	Aspectos					
20	El programa está dirigido principalmente a aspectos de cuidado pre- natal			14.3%	42.9%	42.9%
21	El programa está dirigido principalmente a aspectos de cuidado peri-natal			14.3%	42.9%	42.9%
22	El programa está dirigido principalmente a aspectos de cuidado post-natal			14.3%	42.9%	42.9%
23	El programa tiene contenidos para atender casos de riesgo				42.9%	57.2%
24	Los contenidos son evaluados constantemente	14.3%	14.3%	14.3%	14.3%	42.9%
25	Se toman en cuenta las sugerencias de las pacientes	14.3%	14.3%	14.3%	28.6%	28.6%
26	El programa se supervisa por los médicos de turno	28.6%	14.3%		28.6%	28.6%

Los resultados muestran datos significativos que estimulan al cambio del proceso del programa educativo actual. Los médicos y especialistas consideran que el número de participantes en el programa y los contenidos según las necesidades de la población que se presente son indiferentes o están en desacuerdo. En un mayor porcentaje la intervención activa de las madres en el programa se considera ausente. Y existe discrepancia en la evaluación constante de contenidos, en tomar en cuenta las sugerencias de las pacientes y si el programa es supervisado por los médicos de turno.

Instrumento 12

Entrevista

Objetivo: Verificar si los programas educativos del IGSS cumplen con las necesidades de las mujeres que asisten.

Procedimiento: Se aplicará 10 mujeres participantes del programa de salud en las jornadas matutina y vespertina del departamento de gineco-obstetricia y pediatría de la periférica del IGSS de la zona 5, durante 6 horas, del 5 al 10 de mayo de 2010

Tabla 12

Pregunta	a)	b)	c)	d)	e)
1. Participa regularmente en las actividades del Programa de Educación para la salud de esta periférica:	Sí 60%	No 40%			
2. La etapa de embarazo en la que se encuentra es:	De 1 a 3 meses de embarazo 10%	De 3 a 6 meses de embarazo 50%	De 6 a 9 meses de embarazo 40%	Después del parto	
3. Usted forma parte del Programa porque: (El resultado en esta pregunta es por categoría)	Necesita saber los cambios de su cuerpo durante el embarazo 60%	Necesita saber lo que sucederá en el parto 70%	Necesita saber cómo educar mejor a sus hijos 20%	Sale de la rutina del trabajo diario	Necesita saber qué puede producir un aborto 10%
4. Los temas que más le interesan tienen que ver con: (El resultado en esta pregunta es por categoría)	Desarrollo del bebé 60%	Cambios físicos durante el embarazo 30%	Alimentación de la madre y el bebé durante y después del embarazo 20%	Lactancia materna 60%	Problemas durante el embarazo 60%
5. Las actividades realizadas en Programa actual han sido:	Muy útiles 20%	Útiles 80%	Poco útiles		
6. Desde que asiste al Programa pone en práctica lo aprendido:	Sí 100%	No			
7. El programa en general ha sido:	Excelente 10%	Bueno 90%	Regular	Malo	
8. Qué le gustaría mejorar:					

Respuestas de las madres afiliadas para la pregunta número 8: “Permiso en el trabajo porque cuesta que den permiso”, “el horario”, “muy poco tiempo para el desarrollo total del curso”, “más plática”, “tener más tiempo para no faltar”, “esta bien todo”, “más cosas prácticas, no entiendo todo lo que está escrito” (a la paciente se le ayudó a leer y contestar su entrevista)

Instrumento 13

Escala de calificación

Objetivo: Verificar si los programas educativos del IGSS cumplen con las necesidades de las mujeres que asisten.

Procedimiento: Se aplicará a 6 grupos de mujeres participantes del programa de salud en las jornadas matutina y vespertina de la periférica del IGSS de la zona 5, durante 3 horas, del 5 al 11 de mayo de 2010

Tabla 13

ASPECTO A OBSERVAR	NUNCA	POCAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Participan en todas las actividades propuestas por la educadora de la salud			16.6%	49.9%	33.3%
2. Se comunican con la educadora de la salud			50%	50%	
3. Se comunican con las mujeres participantes			50%	50%	
4. Asisten con regularidad al programa			33.3%	33.3%	33.3%
5. Están atentas a los cambios de actividades			50%	50%	
6. Muestran interés por el programa			33.3%	66.6%	
7. Cuentan con el material necesario para aprender			50%	50%	
8. Tienen buena disposición hacia las actividades que hay que hacer			33.3%	49.9%	16.6%
9. Participa en las actividades de grupo			33.3%	49.9%	16.6%
10. Resuelven sus dudas con la educadora de la salud			50%	50%	
11. Participan de todo el programa			16.6%	66.4%	

En este instrumento la educadora de la salud evaluó el rendimiento de sus grupos, en la mayoría de los aspectos los valora entre las escalas de frecuentemente y casi siempre, un dato interesante es el que “casi siempre” tienen el material necesario para aprender.

Resultados de los indicadores

Indicador 1

Tabla 14

Total de personas que trabajan en el área de obstetricia y pediatría de la periférica de la zona 5.

No.	Personal pediatría y obstetricia	Jornada	Porcentaje de personal en pediatría	% de personal en obstetricia	% de personal que trabaja en ambas áreas
4	Obstetras	Matutina y vespertina	0%	13.33%	0%
8	Pediatras	Matutina y vespertina	26.67%	0%	0%
6	Enfermeras	Matutina y vespertina	10%	10%	-----
2	Camareros	Matutina y vespertina	3.33%	3.33%	-----
1	Encargado de farmacia	Matutina y vespertina	-----	-----	3.33%
1	Encargado de registros médicos	Matutina y vespertina	-----	-----	3.33%
3	Secretarias	Matutina y vespertina	-----	-----	10%
1	Psicóloga	Matutina y vespertina	-----	-----	3.33%
1	Educadora de la salud	Matutina y vespertina	-----	-----	3.33%
3	Trabajadores sociales	Matutina y vespertina	-----	-----	10%
30	Totales		40%	26.66%	33.32%

Fuente: Elaboración para este estudio con datos obtenidos en la Administración de la periférica del IGGS de la zona 5

La Tabla 14 muestra que el 40% del personal trabaja en el área de pediatría, lo que representa un número adecuado de personas para esta área, el 26.66% del personal trabaja para el área de obstetricia, porcentaje bajo por los pacientes atendidos durante el día y el 33.32% de personas que trabajan en la periférica del IGSS de la zona 5 comparte responsabilidades tanto del área de pediatría, como de obstetricia, un porcentaje bajo para las responsabilidades que se manejan en cada área.

Indicador 2**Tabla 15**

Total de pediatras que laboran en la periférica del IGSS en las diferentes jornadas

No. De pediatras	Matutina	Vespertina
4	X	
4		X

En la Tabla 15 indica que durante la jornada matutina y vespertina laboran ocho pediatras.

Indicador 3**Tabla 16**

Total de niños atendidos en las edades de 0 a 3 años en la periférica del IGSS de la zona 5 durante el mes de enero, febrero y marzo del año 2009.

Mes	Número de niños	Porcentaje
Enero	217 niños	35.8%
Febrero	186 niños	30.7%
Marzo	203 niños	33.5%
Total	606	100%

Fuente: Elaboración para este estudio con datos obtenidos de la Administración de la periférica del IGSS de la zona 5

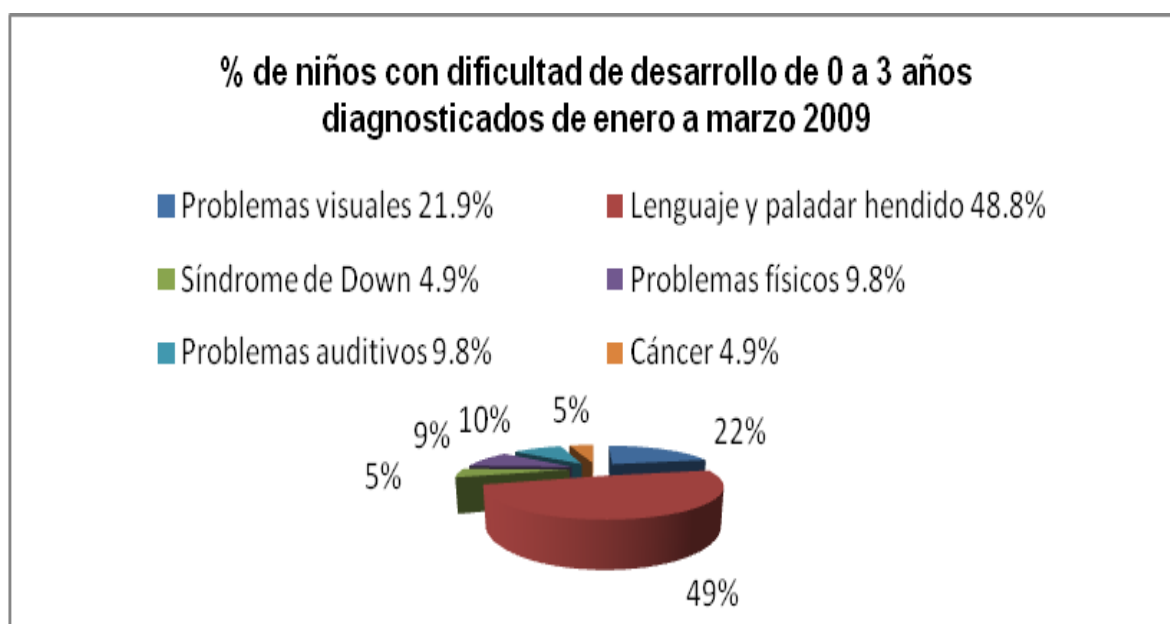
La tabla 16 muestra que durante el mes de enero fue atendido el porcentaje más alto de niños en la pediatría del IGGS de la zona 5, en febrero fue atendido el mayor porcentaje de los tres meses. Al comparar los resultados de la tabla 2 (Total de

niños atendidos) con el cuadro 1 del indicador 2 (Total de pediatras que laboran en ambas jornadas), se observa que ocho pediatras de las distintas jornadas atendieron a 606 niños durante los meses de enero, febrero y marzo.

Indicador 4

Gráficas 1 y 2

Gráfica1: Porcentaje de niños que presentan algún tipo de dificultad en las diferentes etapas del desarrollo en una muestra de los niños atendidos de 0 a 3 años en los primeros tres meses del año 2009 en la periférica del IGSS de la zona 5.

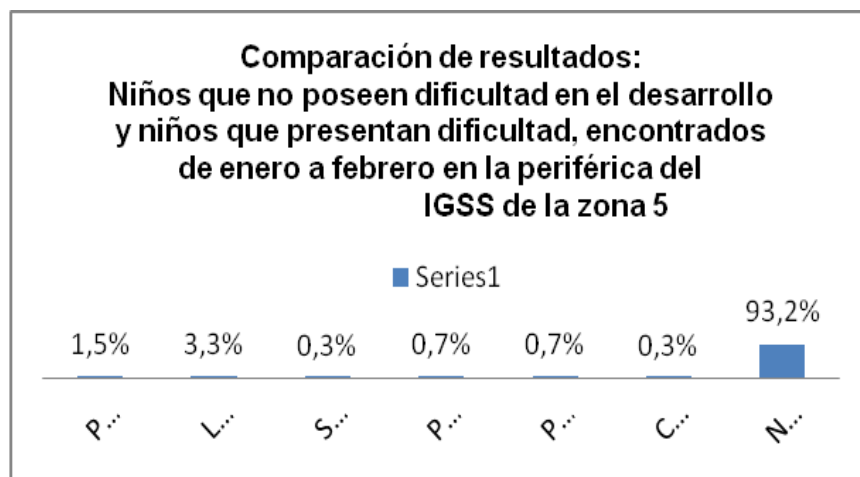


Fuente: Datos proporcionados por la administración de la periférica del IGSS de la zona 5

En la Gráfica 1, se observa que el porcentaje más alto de niños que presentan una dificultad en su desarrollo, es el de niños con problemas del lenguaje y paladar hendido en un 48.8%, en un porcentaje menor se encuentran los niños con síndrome de Down y niños con cáncer, en un 9.8%. Los problemas sensoriales

como los visuales, auditivos y físicos se dan en un 41.5 %. Estos indicadores muestran la necesidad de programas de apoyo para los padres de familia.

Gráfica 2: Comparación de porcentaje de niños diagnosticados y niños que no presentan dificultad en los primeros tres meses del año 2009.



Fuente: Datos proporcionados por la administración de la periférica del IGSS de la zona 5

La Gráfica 2 muestra que un 6.8% de niños presenta dificultad en el desarrollo, porcentaje encontrado en tres meses de atención en el área de pediatría del IGSS de la zona 5, comparando los datos con el XI censo de población y VI de habitación (INE, 2002) un 6.2% de hogares identificados reportó alguna persona con discapacidad, es decir en 2, 000,608 hogares hay una persona con discapacidad, de estos el 53.8% pertenecen al área rural. El dato que muestra la gráfica es alto en comparación con los resultados encontrados en el censo ya que en una sola periférica y en tres meses se encontró una población alta de niños con dificultades en el desarrollo.

Indicador 5

Tabla 17

Número de escalas utilizadas por los médicos para diagnosticar estado de salud del paciente según estudio: "Identificación y valoración neuropsicológica del

riesgo perinatal: instrumentos”. Santiago López, Cajal-Cernuda, Ordóñez Blanco, Uribe-Rodríguez, octubre 2008. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología.

Escalas sugeridas	Escalas utilizadas en el IGSS
Escala de Apgar	Sí
Escala de Brazelton	No
Escala de Gesell	No
Escala de Bayley	No
Escala de Denver	No

Fuente: Elaboración para este estudio con datos obtenidos en la observación de partos en IGSS pamplona

Dentro de la investigación mencionan algunas escalas utilizadas a nivel internacional para la detección temprana de dificultades en el desarrollo, es interesante encontrar que en el IGSS únicamente se utiliza una escala y su uso no es el adecuado como se observará en el siguiente indicador.

Indicador 6

Porcentaje de niños o niñas que son evaluados con la escala de APGAR en el IGSS.

De una observación de tres partos el 33.3 % de la población fue evaluada con la escala de Apgar. Con estos resultados se puede concluir que la escala Apgar indicador de dificultades en el desarrollo no se aplica en la sala de partos de forma adecuada, únicamente se aplica a pacientes que han sufrido alguna complicación durante el parto pero no a pacientes con un parto normal.

Indicador 7

Tablas 18,19 y 20

Porcentaje de lineamientos sugeridos por la OMS utilizados por el IGSS.

Tabla 18: Lineamientos sugeridos por la OMS en las cuatro visitas al obstetra.

Visita al obstetra	Lineamientos OMS	Utilizados por el IGSS	% de cumplimiento
primera visita	23	14	60.9%
segunda visita	15	9	60%
tercera visita	17	10	58.8%
cuarta visita	5	2	40%

En los resultados obtenidos se puede observar que el porcentaje de cumplimiento está abajo del 60% de los lineamientos básicos sugeridos en una etapa esencial de prevención de dificultades en el desarrollo.

Tabla 19: Lineamientos sugeridos por la OMS en la sala de partos

Labor de parto (Sala de parto)	Lineamientos OMS	Utilizados por el IGSS	% de cumplimiento
Obstetricia	22	16	73%
Pediatría	27	14	51.8%

Fuente: Elaboración para este estudio con datos obtenidos en la observación de partos en IGSS pamplona

En la Tabla 19 se observan dos áreas diferentes que fueron evaluadas en la sala de partos, en el área de obstetricia se encontró que el cumplimiento de los lineamientos básicos sugeridos por la OMS está en un 73%, mientras que los lineamientos utilizados por el área de pediatría del IGSS se encuentran en un porcentaje más bajo en un 51.8%, a pesar de que el nacimiento es uno de los momentos cruciales para la detección de dificultades en el desarrollo.

Tabla 20: Lineamientos utilizados por el IGSS

Visita al pediatra consulta externa	Lineamientos OMS	Utilizados por el IGSS	% de cumplimiento
primera visita	7	6	85.7%
segunda visita	9	9	100%
tercera visita	9	9	100%

Fuente: Lineamientos sugeridos por la OMS en las tres primeras visitas al pediatra.

Es interesante observar que en el área de pediatría se cumple arriba del 85% los lineamientos sugeridos por la OMS, sin embargo es necesario implementar otro tipo de estrategias para cada consulta con el fin de detectar a temprana edad dificultades en el desarrollo.

Indicador 8

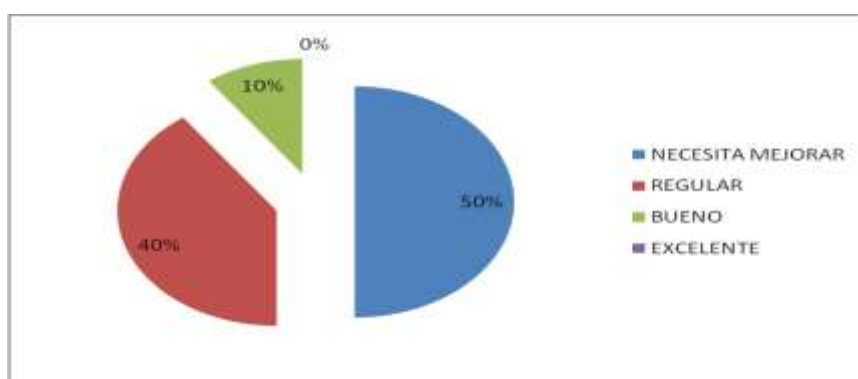
Número de programas de estimulación oportuna y/o temprana que ofrece la pediatría del IGSS.

Ninguno

Este indicador demuestra la necesidad de implementar un programa de estimulación oportuna y/o temprana en el IGSS con el fin de apoyar a las madres en el crecimiento y desarrollo de sus hijos (as).

Indicador 9

Gráfica 3: Evaluación del Programa Educativo para Madres del IGSS por medio de una escala.



Fuente: Datos proporcionados por madres que asisten de la periférica del IGSS de la zona 5

Dentro de la evaluación del programa se puede concluir que el mismo no ha tenido una influencia significativa en las madres que asisten al programa. En un 50% de la ejecución de los programas necesita mejorar aspectos de puntualidad, resolución de dudas, impartir temas acordes a la etapa de gestación o de la edad de los hijos de las madres que asisten a la periférica del IGSS. Es preciso mencionar que únicamente hay una persona encargada de todos los programas educativos de la periférica en todas las áreas (ginecología, obstetricia, pediatría y vejez, entre otros) y que sus estudios no son a nivel universitario.

Indicador 10

Número de mujeres que participan en los programas de salud y/o educativos que ofrece la periférica del IGSS de la zona 5.

“En temporadas altas (después de la Semana Santa y Navidad) el número de participantes es de 25, en otras épocas del año de 1 a 5 participantes”.
Comunicación personal con Azucena Ordoñez Lorenzana encargada del Programa de Salud de la periférica del IGSS de la zona 5, 2009.

Este resultado es curioso ya que hay una mayor afluencia a los programas después de festividades en las que existe convivencia familiar. Los programas de la salud están dirigidos a temas como: Parto sin dolor, escuela para padres (si es solicitado), nutrición, hábitos de higiene dental, planificación familiar, maltrato infantil.

VI. CONCLUSIONES

El estudio realizado permitió identificar el cumplimiento o falta de aplicación de los lineamientos sugeridos por la OMS para el cuidado materno infantil prenatal, perinatal y posnatal en los servicios de atención de la periférica del IGSS de la zona 5 de la capital. Así también, se detectaron aspectos importantes que hay que considerar en los programas de salud, especialmente en cuanto a la capacitación de madres gestantes y de niños de 0 a 3 años.

Entre las orientaciones que se están cumpliendo están: las pruebas médicas de rutina como la medición arterial, orina, detección de anemia en madres gestantes, los registros de latidos cardiacos fetales y las pruebas de detección de posición del bebé. En el área de pediatría, las orientaciones se cumplen en su totalidad.

Por otra parte, se encontró que hay lineamientos importantes que no se están cumpliendo. Por ejemplo: la ausencia del tiempo sugerido por la OMS en las visitas de obstetricia y pediatría realizadas por las madres en gestación y los niños de cero a tres años. Esto incide en que no se establezca el *raport* en las visitas, los obstetras no dan recomendaciones que son esenciales para evitar riesgos posteriores. En ninguna de las visitas, se revisó el expediente de las madres para determinar si en la cita anterior existía un índice de riesgo. No hubo evidencia de administración de vacunas y vitaminas imprescindibles en los primeros meses del embarazo, ni instrucciones necesarias para la planificación del nacimiento, ni el parto. La ficha prenatal de la cuarta visita se queda en la institución y al momento del parto el obstetra no posee la información necesaria.

La única escala de desarrollo utilizada en la periférica del IGSS es la de Apgar aplicada algunos neonatos en forma empírica. Los niños que presentan dificultades durante el nacimiento no son referidos al neurólogo, a la madre se le informa de la dificultad que presentó, sin darle seguimiento al caso. El pediatra del parto únicamente anota en el expediente la dificultad y si la madre no lo solicita el bebé no es evaluado y se pierde la valiosa oportunidad del diagnóstico temprano.

El cumplimiento de los lineamientos sugeridos por la OMS para las visitas pediátricas se evidencia favorablemente. No obstante, existe ausencia de información prenatal o perinatal en los expedientes de los niños, lo que implica falta de conocimiento del proceso de desarrollo durante la etapa de gestación. Esto impide que el pediatra posea un parámetro que podría sugerir una dificultad de desarrollo y permitir un diagnóstico temprano.

Los programas de educación para la salud no incluyen temas de cuidados prenatales, perinatales o postnatales, en particular orientaciones para la estimulación oportuna en el hogar. El programa no involucra a médicos o especialistas en el desarrollo de las actividades educativas. En la planificación del proceso no se toma en cuenta el número de pacientes por sesión, las sugerencias de las pacientes, ni sus necesidades. El programa no cuenta con encargados ni procedimientos de supervisión y evaluación continua; los materiales necesarios para cada sesión no siempre están disponibles. Todo esto constituye un obstáculo para el desarrollo eficaz del mismo.

No hubo evidencia de asistencia al programa de salud por parte de madres afiliadas después del parto, lo cual impide que se dé seguimiento a ellas y sus niños en esta etapa tan importante. Las madres en etapa de gestación que asistieron al programa manifestaron interés por temas que involucren salud de la madre y del niño, y señalan la necesidad de un mayor tiempo en cada sesión para poder resolver sus dudas. Muchas madres reconocieron tener dificultad para comprender el material escrito que les facilitan en el programa.

VII. RECOMENDACIONES

Se recomienda hacer una revisión del protocolo de pediatría y obstetricia y compararlo con los lineamientos básicos sugeridos por la Organización Mundial de la Salud para establecer los lineamientos generales en la institución y evitar que los tiempos de las visitas sean menores al tiempo establecido. En especial, destacar la necesidad de revisar los expedientes de las pacientes para dar las recomendaciones necesarias en cada etapa del embarazo. Enfatizar que la información de relevancia de las pacientes sea remitida a los obstetras para evitar riesgos durante el parto.

Es muy importante que los obstetras realicen un informe de las madres que presentaron dificultad en la etapa de gestación y lo adjunten al carné de visitas. Se indicaría a las señoras que es necesario que lo entreguen al momento del parto para que los obstetras estén enterados de la historia clínica de la paciente.

Es fundamental que se realice el APGAR en la sala de partos a todos los neonatos sin excepción; si existe algún indicador de riesgo se recomienda agregar en el registro de cada niño nacido en el IGSS una copia del registro de nacimiento y del expediente de control prenatal y perinatal de la madre. Es imprescindible hacer una cita a la madre para realizarle pruebas neurológicas a su hijo. Al diagnosticar a un niño con posibles dificultades en el desarrollo, se sugiere hacer una cita con la psicóloga para que ella dé el diagnóstico a los padres y el procedimiento a seguir dentro de la periférica o lo refiera al lugar correspondiente con su carné de citas.

Se considera urgente hacer una revisión del área de programas de salud y considerar la separación del programa para madres del resto de áreas que se atienden. Así también se necesita evaluar la planificación, implementación y desarrollo del mismo con regularidad. Sería enriquecedor para todos y de gran beneficio para los pacientes si se incluyera la participación de los médicos y especialistas en el programa educativo para madres.

Se sugiere una mayor interacción por parte de la educadora de la salud con las madres afiliadas, implementar metodología y técnicas prácticas y de aplicación en cada sesión y utilizar material visual debido a que algunas madres presentan dificultad en la lectura.

VIII. REFERENCIAS

- Anyaegbunam, Mefalopulos, Moetsabi
2008 *Manual diagnóstico participativo de comunicación rural*. Organización de las Naciones Unidas, Roma.
- Asociación española de pediatría
2005 *Test Apgar*. España. www.aeped.es
- Badilla Cavaría, Leda
2006 *Fundamentos del paradigma cualitativo en la investigación cualitativa*, Costa Rica, Revista de Ciencias del ejercicio y la salud.
- Bras I Marquillas, Josep
2007 *Pediatría en atención primaria*. España, Elsevier.
- Behrman, Kliegman, Jenson
2001 *Pediatría de Nelson*, México, Editorial Mc Graw Hill.
- Camarena O., Von Glascoe
2007 *Perspectiva de calidad de atención prenatal alterna ala institucional: cuidad de Chihuahua*, Colombia, Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública
- Cárdenas María Teresa, Carrillo Carlos
2006 *Boletín de Información científica para el cuidado en enfermería*. México, Profesional S.A.
- Conexión Niñez
2005 *Escalas de Desarrollo Infantil*. América Latina y El Caribe. www.gc-al.org.co
- Chile crece contigo
2009 *Programa de protección infantil del Estado*. Chile. www.crececontigo.cl
- Declaración de los Derechos del niño
2005 *Convención sobre los Derechos del niño*. Ginebra, Comité de los derechos del niño.
- Departamento de investigación y salud reproductiva.
2008 *Ensayo Clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal*. Department of Reproductiv Health and Research. www.who.int

El Libro Blanco de Atención Temprana

2000 *Atención Temprana*. España, Real Patronato de Atención a la Discapacidad.

Evans, Judith L., Myers, Robert G., Ilfeld, Ellen M.

2000 *La primera infancia cuenta*. Washington, Banco Mundial. Naciones Unidas

García Sánchez, Francisco Alberto, Pilar Mendieta García

2002 *Guía de orientación y sensibilización sobre desarrollo infantil y atención temprana para pediatría*. España. FEAPS

Girón García, Sebastian

2008 *Apego y atención temprana*. V jornadas de atención temprana. Andalucía, España.

Gurdían Fernández, Alicia

2007 *El paradigma cualitativo en la investigación socio-educativa*. Costa Rica, PrintCenter.

Instituto guatemalteco de seguridad social

2009 *Instituto guatemalteco de seguridad social*. Guatemala. www.igssqt.org

J. de Ajuriaguerra, Aurelio López-Zea

1997 *Manual de psiquiatría infantil*. España, Elsevier.

López Gómez, Santiago, José Cernuda Cajal, Sonia Blanco Ordóñez y Ana Fernanda Rodríguez Uribe.

2008 *Identificación y valoración neuropsicológica del riesgo perinatal: Instrumentos*, Colombia, Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.

Luque Parra, Diego Jesús

2001 *Trastornos del desarrollo, discapacidad y necesidades educativas especiales: elementos psicoeducativos*. España. Universidad de Málaga.

Maldonado Duran Martín, Saucedo-García, Lartigue

2008 *Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto*. México Perinatol Reproduc Hum.

Malebranch Eraso D.

2006 *Proyectos Sociales, conceptualización del diagnóstico*. Revista Gestión de Proyectos y desarrollo comunitario, Bogotá, Colombia.

Martín Muñoz, Pedro

2001 *Propuesta de memoria profesional para el proceso extraordinario de consolidación y provisión de plazas de personal estatutario en las instituciones sanitarias del sistema nacional de salud*. México

Martínez Mendoza, Franklin

2001 *La estimulación temprana: enfoques, problemáticas y proyecciones*. Folleto "Organización de Estados Iberoamericanos". Editorial para la educación, la ciencia y la cultura.

Martínez Rodrigo

2008 *El diagnóstico: Identificación y priorización de problemas sociales*. Cepal Naciones Unidas.

Millá-Romero, M.G., Mulas F.

2002. *Diagnóstico interdisciplinar en atención temprana*. España, Revista neurológica.

Montano Lazo, Jesús

2007 *La intervención temprana, la evaluación del desarrollo infantil y el diagnóstico de desarrollo*. Revistaciencias.com

Narbona, Juan, Schlumberger, Emilié

2008 *Retraso psicomotor*, España, Asociación española de pediatría.

Nirenberg, Olga, Josette Braverman, Violeta Ruíz.

2000 *Evaluar para la transformación*, Argentina, Paidós.

Organización Mundial de la Salud

1996 *Cuidados en el parto normal: Una guía práctica*. Ginebra

Organización Panamericana de la Salud

2008 *Atención primaria de la salud en las Américas*.
new.paho.org

Papalia, Diane E.

2004 *Desarrollo Humano*. México. Mcgraw-hill.

Pérez Serrano, Gloria

1998 *Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes*. Madrid, La Muralla.

Reglamento de Escuela para padres de Tamaulipas

2000 *Reglamento de Escuela para padres*. México
www.ordenjuridico.gob.mx

Rivero, Marcos

2008 *Cambios fisiológicos y anatómicos del embarazo*. Panamá
www.aspame.net.

Román C., Marcela

1999 *Guía práctica para el diseño de proyectos sociales*, Argentina, Cide.

Salinas P., Rodrigo

2004 *Estudio de línea de base de proyecto*. Unidad de generación y transferencia de tecnología aplicada. Bolivia. www.tropico.org.bo

Sautu, Ruth

2003 *Todo es teoría, objetivos y métodos de investigación*. Argentina, Ediciones Lumiere S.A.

Santelices, Pía

2006 Actitudes negativas hacia el embarazo y sus consecuencias. Chile, www.fundacionsanjose.cl

Torrado, María, María Emma Reyes, Ernesto Durán

2005 *Bases para la formulación de un plan nacional para el desarrollo de la primera infancia*. Colombia. Revista infancia, adolescencia y familia.

UNICEF Y CINDE

1999 *Experiencias significativas de desarrollo infantil temprano en América Latina y Caribe*. Colombia, Panamá. Centro cooperador de la UNESCO.

Unidad de Neuro-pediatría del Hospital Materno Infantil de Bajadoz

2005 *Escalas de desarrollo*. España. Revista neurológica.

Vera Velez, Lamberto

2008 *La investigación cualitativa*. ponce.inter.edu

IX ANEXOS

Anexo A:

Marco legal

En la Constitución Política de la República de Guatemala se establece: en el artículo 1, la protección de la persona y de la familia como un bien común. En el artículo 2 el Estado garantiza “*la vida, la libertad, la justicia, la seguridad, la paz y el desarrollo integral de la persona*”. En el título II, capítulo I, derechos individuales, artículo 3, “*el derecho a la vida*”, garantizando la protección desde la etapa de gestación asegurando la integridad y la seguridad de las personas. En los artículos 51, 53 del capítulo II, Derechos sociales, sección primera, familia, la protección a menores de edad, garantizando su alimentación, salud, educación, seguridad y previsión social y la protección del cumplimiento de los derechos y obligaciones de la madre y su hijo.

La Ley de protección integral de la niñez y la adolescencia en el decreto 27-2003 del Congreso de la República de Guatemala, capítulo II, derechos sociales artículos del 25 al 28 establecen que los niños, niñas y adolescentes tienen un derecho de vida y de salud, de lactancia materna adecuadas, en donde las instituciones de salud velen por la salud de los mismos, brinden información a los padres de familia, realicen las pruebas pertinentes en caso de anomalías en su desarrollo.

La Organización Panamericana de la salud, el 25 de septiembre de 2003 en la resolución CD44.R6, de atención primaria de salud en las Américas resuelve que los Estados deberán proporcionar atención primaria con recursos necesarios que contribuyan a reducir riesgos en salud, brindando recursos humanos, información y vigilancia de la atención primaria y respaldando la participación de la comunidad.

En la convención sobre los Derechos del niño de las Naciones Unidas (Comité de los Derechos del niño 2005), establecen: IV. Responsabilidades Paternas y Asistencia de los Estados. El comité reconoce que la familia debe ofrecer a los niños pequeños atención, cuidado y desarrollo, incluyendo la intervención de la familia nuclear y la ampliada.

El código de Salud Decreto número 90-97 en los artículos 1, 2 y 3 establecen el derecho a la salud de todos los habitantes, la prevención, su recuperación, rehabilitación, la participación social en la que todos los ciudadanos son responsables de la misma.

En el Foro sobre la educación para todos (1990) se propone el Marco de Acción para satisfacer necesidades básicas de aprendizaje. En el párrafo 8 se plantea *“expansión de las actividades relacionadas con el cuidado y el desarrollo durante la primera infancia, incluyendo la intervención de la familia, la comunidad y niños pobres, desfavorecidos”*

En la declaración de Delhi sobre la salud de la madre, el recién nacido y el niño (abril 2005) invitan a los países a desarrollar acciones para salvar la vida de los recién nacidos, las madres y los niños.

En la resolución CD47.R19, de la OPS/OMS (2006) se establece la “salud neonatal en el contexto de la atención de la salud de la madre, del recién nacido y del niño” con el fin de cumplir con los objetivos del desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas.

Leyes internacionales:

República Dominicana: Ley No. 8-95 declara *“la prioridad nacional la Promoción y Fomento de la Lactancia Materna”*.

Joaquín Balaguer (19 de septiembre 1995), compromiso del Estado, artículo 1 *“Promoción y fomento de la lactancia materna”, es una prioridad nacional la enseñanza e información práctica de la lactancia materna para promover un desarrollo y crecimiento sano de la población infantil*”. Artículo 2 *“Programas materno-infantiles”*, dirigidos a madres en gestación y post-parto incentivando la lactancia materna.

Cuba: El Decreto-Ley N° 234 *“La maternidad de la trabajadora”*, en donde se garantiza la atención médica durante la gestación, el descanso pre y postnatal, la lactancia materna y el cuidado de los hijos e hijas menores de edad y el Estado

provee los recursos económicos por maternidad, durante el primer año de vida del niño.

La ley federal para la Intervención Precoz (Federal Early Intervention law, PL 105-107) dictamina la participación de la familia en todo el proceso de evaluación, en la creación de un programa de servicios de vigilancia y progreso de los niños.

Anexo B:
Instrumento 1
Lista de cotejo para la primera visita al obstetra

		Sí	No
	Se llenan los siguientes formularios:		
1	Antecedentes clínicos y obstétricos		
2	Datos específicos de la paciente		
3	Ficha prenatal		
	Realización de los exámenes:		
4	Médicos		
5	Prueba de hemoglobina		
6	Obstétrico: Estimación de edad gestacional, altura uterina		
7	Presión arterial		
8	Peso/altura de la madre		
9	Análisis de sífilis		
10	Prueba de orina		
11	Prueba de tipificación de grupo sanguíneo		
12	Grupo sanguíneo y factor Rh		
	Se le administró a la madre:		
13	Vacuna antitetánica		
14	Aporte complementario de ácido fólico y hierro		
	Recomendaciones a la madre:		
15	Situaciones de emergencia		
16	Cansancio, exceso de trabajo, exposición a metales, medicamentos, químicos, etc.		
17	Consejos del sexo seguro		
18	Dejar de consumir sustancias tóxicas		
19	Sobre lactancia		
20	Se auscultó el tórax y el corazón		
21	Solicitud a la madre de anotar la fecha en que siente los primeros movimientos del bebé		
22	Se programó la siguiente cita a las 26 semanas		
23	La visita duró entre 30 y 40 minutos		

Nombre del médico encargado:

Hora de observación:

Fecha:

Edad de la paciente:

Encargados del área de obstetricia:

Número de pacientes atendidos:

Observaciones:

Instrumento 2

Lista de cotejo para la segunda visita al obstetra

		Sí	No
1	La madre tiene 26 semanas de embarazo		
2	Se realizaron los siguientes procedimientos:		
3	Registro del peso de la madre		
4	Preguntas acerca de cambios desde la primera visita		
5	Dar recomendaciones para situaciones de emergencia		
6	Llenar la ficha prenatal		
	Pruebas:		
7	Médica para la detección de anemia		
8	Obstétrica: estimación de edad gestacional, altura uterina, latidos cardíacos fetales, presión sanguínea)		
9	Medición arterial		
10	De orina para detección de proteínas		
11	Aporte complementario de ácido fólico y hierro		
12	La duración aproximada de la cita es de 20 minutos		
	Recomendaciones:		
13	Repetir los consejos de la primera visita		
14	Programar la tercera visita a las 32 semanas o cerca		
15	Se tomó en cuenta las observaciones de la primera visita		

Nombre del médico encargado:

Hora de observación:

Fecha:

Edad de la paciente:

Encargados del área de obstetricia:

Número de pacientes atendidos:

Observaciones:

Instrumento 3

Lista de cotejo para la tercera visita al obstetra

		Sí	No
	Se realizan los siguientes procedimientos:		
1	Solicitud de prueba de hemoglobina		
2	Administración de la vacuna antitetánica (segunda dosis)		
3	Si no asistió a la segunda cita se realizó todos los aspectos de las segunda cita		
4	Dar las instrucciones para el parto/planificación del nacimiento		
5	Recomendaciones para la lactancia		
6	Preguntas acerca del cumplimiento de la ingesta de hierro, ácido fólico		
7	Se tomó en cuenta las observaciones de la primera y segunda cita		
8	Preguntas acerca de los movimientos fetales y cambios durante el embarazo		
9	Palpar el abdomen para la detección de embarazo gemelar		
10	Registrar los latidos cardíacos fetales		
11	Programar la siguiente visita a las 36 semanas		
12	Repetir los consejos de las visitas anteriores		
	Pruebas:		
13	Presión sanguínea		
14	Altura uterina		
15	Examen de mamas		
16	La cita tuvo una duración de 20 minutos		
17	La madre tiene 32 semanas de embarazo		

Nombre del médico encargado:

Hora de observación:

Fecha:

Edad de la paciente:

Encargados del área de obstetricia:

Número de pacientes atendidos:

Observaciones:

Instrumento 4

Lista de cotejo para la cuarta visita al obstetra

		Sí	No
1	La madre tiene de 36 a 38 semanas de embarazo		
	Se realizan los siguientes procedimientos:		
2	Prueba para detección de presentación podálica y derivación para versión cefálica externa		
3	Ficha prenatal completa y se entregó para llevarla el día del parto		
4	Aconsejar a la madre que si el bebé no ha nacido a la semana 41 asista al IGGS inmediatamente		
5	Se repitieron los consejos de las visitas anteriores		

Nombre del médico encargado:

Hora de observación:

Fecha:

Edad de la paciente:

Encargados del área de obstetricia:

Número de pacientes atendidos:

Observaciones:

Instrumento 5
Lista de cotejo para mujeres en labor de parto

		Sí	No
	En la sala de partos se encuentra:		
1	El médico de cabecera		
2	El ginecólogo		
3	El pediatra		
4	Una enfermera y una auxiliar		
	Se midió:		
5	La temperatura corporal cada 4 horas		
6	El tiempo del parto		
7	El pulso y la tensión arterial		
8	Se rasuró total o parcialmente el vello púbico		
9	El líquido amniótico		
10	Se utilizó anestesia		
11	Se monitoreó el latido cardíaco fetal		
	Se presentó:		
12	Bradycardia (menos de 120 latidos / min)		
13	Taquicardia (más de 160 latidos / min)		
14	La enfermera ofrece apoyo emocional a la paciente		
	La sala de partos posee:		
15	Iluminación		
16	Limpieza		
17	Personal médico y enfermeras con vestimenta completa		
18	Instrumentos esterilizados		
	Se evaluó:		
19	El líquido amniótico		
20	La regularidad de las contracciones y la intensidad del dolor		
21	La dilatación o la acortación del cérvix		
22	La pareja de la paciente estuvo presente		

Nombre del médico encargado:

Hora de observación:

Fecha:

Edad de la paciente:

Observaciones:

Instrumento 6

Lista de cotejo de cuidados del recién nacido

		Sí	No
	Se toman en cuenta los siguientes aspectos:		
1	La vía aérea se encuentra libre (se limpió las vías de respiración del bebé)		
2	Pinzar y cortar el cordón umbilical		
3	Limpieza del bebé con toallas calientes (se secó)		
4	Colocar al niño en el pecho de la madre inmediatamente después de limpiarlo		
	Controlar en el recién nacido:		
6	Temperatura		
7	Respiración		
8	Latidos del corazón		
	Al neonato se le realizaron los siguientes procedimientos:		
9	Ponerle una mantilla		
10	Tomarle la huella digital de la mano o del pie del recién nacido		
11	Talla		
12	Peso		
13	Se coloca:		
14	Pulsera de identificación		
15	Gancho del cordón umbilical		
16	Aplicación del test de Apgar		
17	Realización de la profilaxis de la conjuntivitis neonatal		
18	Pruebas de detección precoz de enfermedades metabólicas (muestra de sangre del talón)		
19	Si el recién nacido presenta riesgo durante las primeras horas, se le aplicó la vacuna de la hepatitis B en las primeras 12 horas de nacido		
20	Se tomó la hora y la fecha del parto		
21	Hubo alguna anomalía durante el parto y fue anotado en observaciones		
22	Nació por medio de fórceps		
23	Ingirió meconio		
24	Se presentó hipoxia en el neonato		
	Posición del neonato durante el nacimiento:		
25	Pies		
26	Nalgas		
27	Cabeza		

Nombre del médico encargado:

Hora de observación:

Otras escalas utilizadas:

Fecha:

Observaciones:

Edad de la madre:

Instrumento 7

Lista de cotejo para la primera visita al pediatra

		Sí	No
1	Revisó el color de la piel del bebé		
2	La evolución de las fontanelas		
3	Su tono muscular		
4	La evolución del ombligo		
5	Hace preguntas a la madre sobre la alimentación del bebé (si regurgita o tiene gases)		
6	Evolución de sueño		
7	Da indicaciones del calendario de vacunas		

Nombre del médico encargado:

Hora de observación:

Fecha:

Edad del paciente:

Encargados del área de pediatría:

Niños atendidos en enero, febrero y marzo 2009:

Niños diagnosticados con dificultades en el desarrollo:

Observaciones:

Instrumento 8

Lista de cotejo para visita al pediatra (primer mes)

		Sí	No
1	Observó el color de su piel (para ver si desapareció la ictericia)		
2	Se registró el peso y la talla del bebé		
3	Se observó las pupilas		
4	Se observó el estado de los oídos		
5	Se observó el tono muscular		
6	Se observan los reflejos		
7	Se observa la frecuencia respiratoria y el latido cardíaco		
8	Hace preguntas sobre estado general del bebé		
9	Hace preguntas de la alimentación		

Nombre del médico encargado:

Hora de observación:

Fecha:

Edad del paciente:

Encargados del área de pediatría:

Niños atendidos en enero, febrero y marzo 2009:

Niños diagnosticados con dificultades en el desarrollo:

Observaciones:

Instrumento 9

Lista de cotejo para visita al pediatra (después del primer mes en adelante)

		Sí	No
1	Se registró el peso y la talla del bebé		
2	Se observó las pupilas		
3	Se observó el estado de los oídos		
4	Se observó el tono muscular		
5	Se observan los reflejos		
6	Se observa la frecuencia respiratoria y el latido cardíaco		
7	Hace preguntas sobre estado general del bebé		
8	Hace preguntas de la alimentación		
9	Se toma en cuenta el control de vacunas		

Nombre del médico encargado:

Hora de observación:

Fecha:

Edad del paciente:

Encargados del área de pediatría:

Niños atendidos en enero, febrero y marzo 2009:

Niños diagnosticados con dificultades en el desarrollo:

Observaciones:

Instrumento 10

Evaluación del Programa Educativo para Madres del IGSS

Nombre del Educador (a):

Fecha:

Número de personas que asistieron:

Nombre de los temas:

Aspectos	Necesita Mejorar (1)	Regular (2)	Bueno (3)	Excelente (4)
1. Puntualidad al iniciar y finalizar la actividad				
2. Presentación personal				
3. Forma de expresarse				
4. Dominio del tema				
5. Claridad del tema				
6. Material utilizado				
7. Promovió la participación e interés				
8. Resolución de dudas				
9. Salón en que se realizó el programa				
10. El tema está acorde con las necesidades de información de las participantes (antes o después del parto)				

Comentarios o sugerencias: _____

No.	Aspectos	1	2	3	4	5
	Contenidos del programa					
20	El programa está dirigido principalmente a aspectos de cuidado pre- natal					
21	El programa está dirigido principalmente a aspectos de cuidado peri-natal					
22	El programa está dirigido principalmente a aspectos de cuidado post-natal					
23	El programa tiene contenidos para atender casos de riesgo					
24	Los contenidos son evaluados constantemente					
25	Se toman en cuenta las sugerencias de las pacientes					
26	El programa se supervisa por los médicos de turno					

Instrumento 12

ENTREVISTA PARA MUJERES PARTICIPANTES DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD DE LA PERIFÉRICA DEL IGSS DE LA ZONA 5

Fecha: _____ Jornada: _____ Edad: _____ Nivel de escolaridad: _____

Elija la/las respuesta/s que más se acerque/n a su realidad, mediante una X en el paréntesis.

1. Participa regularmente en las actividades del Programa de Educación para la salud de esta periférica:

- a) Sí ()
- b) No ()

2. La etapa de embarazo en la que se encuentra es:

- a) De 1 a 3 meses de embarazo ()
- b) De 3 a 6 meses de embarazo ()
- c) De 6 a 9 meses de embarazo ()
- d) Después del parto (post-parto) ()

3. Usted forma parte del Programa porque:

- a) Necesita saber los cambios de su cuerpo durante el embarazo ()
- b) Necesita saber lo que sucederá en el parto ()
- c) Necesita saber cómo educar mejor a sus hijos ()
- e) Sale de la rutina del trabajo diario ()
- f) Necesita saber qué puede producir un aborto ()

4. Los temas que más le interesan tienen que ver con:

- a) Desarrollo del bebé ()
- b) Cambios físicos durante el embarazo ()
- c) Alimentación de la madre y el bebé durante y después del embarazo ()
- d) Lactancia materna ()
- e) Problemas durante el embarazo ()

5. Las actividades realizadas en Programa actual han sido:

- a) Muy útiles ()
- b) Útiles ()
- c) Poco útiles ()

6. Desde que asiste al Programa pone en práctica lo aprendido:

- a) Sí ()
- b) No ()

7. El programa en general ha sido:

- a) Excelente ()
- b) Bueno ()
- c) Regular ()
- d) Malo ()

8. ¿Qué le gustaría mejorar?: _____

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Instrumento 13

ESCALA DE CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE DESEMPEÑO DE MUJERES PARTICIPANTES EN EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD DE LA PERIFÉRICA DEL IGSS DE LA ZONA 5

Fecha: _____ Jornada: _____ No. De mujeres participantes: _____

Instrucciones: De acuerdo con la siguiente escala de calificación llene los siguientes cuadros como considere conveniente.

NUNCA	POCAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	2	3	4	5

ASPECTO A OBSERVAR	CALIFICACIÓN
12. Participan en todas las actividades propuestas por la educadora de la salud	
13. Se comunican con la educadora de la salud	
14. Se comunican con las mujeres participantes	
15. Asisten con regularidad al programa	
16. Están atentas a los cambios de actividades	
17. Muestran interés por el programa	
18. Cuentan con el material necesario para aprender	
19. Tienen buena disposición hacia las actividades que hay que hacer	
20. Participa en las actividades de grupo	
21. Resuelven sus dudas con la educadora de la salud	
22. Participan de todo el programa	

ANEXO C:

Fotografías Pamplona zona 13 Pasillo ingreso



Registro de la madre



Pasillo sala de partos



Sala de partos



Control de signos vitales



Parto



Primer contacto visual



Primer contacto físico y afectivo



Registro



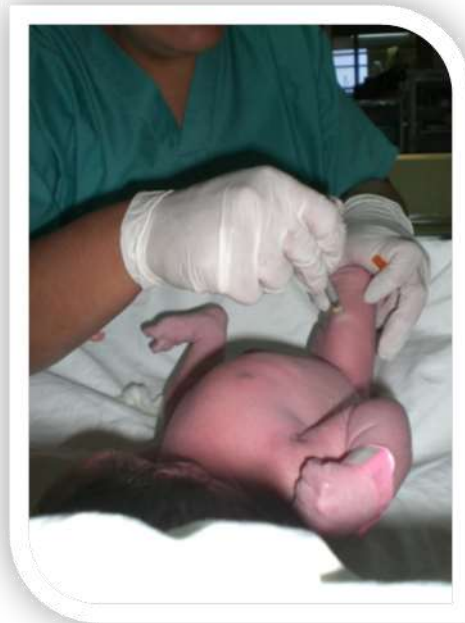
Primer baño



Limpieza del cordón



Primer vacuna



Colocar mantilla



Peso y talla



Caso de emergencia (meconio, anoxia, 4 minutos sin oxígeno)



Evaluación Apgar



Primer alimento



Traslado a sala cuna



Monitoreo después del parto



Nido



Fotografías Gineco-obstetricia Periférica zona 5

Registro de ingreso



Área de Expedientes Expedientes del área de obstetricia y Pediatría



Obstetras y enfermeras



Fotografías pediatría Periférica zona 5

Recepción y control de citas

Área de juegos pediatría



Pediatras encargados



Vacunación



Talla y peso



ANEXO D:

Manual de apoyo para madres

Escala de desarrollo

Escala de desarrollo para madres afiliadas al IGSS



Esta es una guía que sirve para saber lo que se espera de los niños y niñas a cierta edad.

Cada etapa del desarrollo de niños y niñas tiene una edad en la que se marcan las habilidades alcanzadas, cuando no se logren después de tres meses de la edad esperada, se consultará con el pediatra.

Escala de Desarrollo para Madres afiliadas al IGSS

REFLEJOS	LENGUAJE	DESARROLLO DE LA INTELIGENCIA
<p>Tónico asimétrico: Mueve la cabeza hacia un lado, la nuca se flexiona (1 a 2 meses)</p> 	<p>Gritos, llanto</p> 	<p>Aprende viendo</p> 
<p>Moro: Cuando el bebé se sobresalta, como dando un abrazo o protegiéndose del peligro. (1 a 2 meses)</p> 	<p>Expresiones faciales</p> 	<p>Aprende escuchando</p> 
<p>Prensión palmar: Al introducir un dedo en su mano, automáticamente aprieta los dedos con fuerza. (1 a 3 meses)</p> 	<p>Atención de la voz de la madre y ruidos</p> 	<p>Aprende de movimientos de su cuerpo que siente agradables y los repite</p> 
<p>Reflejo de marcha: Al sujetar al bebé por debajo de las axilas y aproximar sus pies a una superficie firme, este los levanta en un claro ademán de dar pasos.</p> 		
<p>De búsqueda: Al tocar un extremo de la boca del bebé, éste gira la cabeza hacia ese lado.</p> 		
<p>De succión: Introducir su manita o un dedo en su boca y observar que coloca su lengua por debajo y hace presión contra el paladar succionando</p> 		
<p>Prensión plantar: Se presiona con un dedo la base del dedo gordo del pie, todos los demás dedos se doblarán hacia el nuestro como queriendo retenerlo.</p>  <p>Incurvación de tronco Si presionas sobre su costado, el recién nacido se tuerce hacia ese lado con todo su cuerpecito. Este reflejo desaparece en torno a los dos meses de vida. A partir del sexto mes, el bebé vuelve a responder ante el estímulo pero como lo haría un adulto cuando se le hace cosquillas</p> 		

Escala de Desarrollo de 0 a 3 meses

SOCIAL/APECTIVA	HÁBITOS	MOVIMIENTOS GRANDES DEL CUERPO	MOVIMIENTOS DE LAS MANOS
<p>El rostro del niño se muestra poco expresivo (0 a 1 mes)</p> 	<p>Duerme la mayor parte del tiempo (1 mes)</p> 	<p>Levanta la cabeza al acostarse sobre el vientre (1 mes)</p> 	<p>Manifiene las manos fuertemente cerradas (0-1mes)</p> 
<p>Reconoce a su madre o persona que lo cuida dándole una sonrisa</p> 	<p>Se alimenta únicamente de leche materna (1mes)</p> 	<p>Manifiene la cabeza erguida (3 meses)</p> 	<p>Poco a poco abre sus manos hasta mantenerlas abiertas la mayor parte del tiempo (1 mes)</p> 
<p>Empieza a reconocer su propio cuerpo, llevando sus manitas a la boca</p> 	<p>Duerme tres o cuatro veces durante el día de dos a tres horas</p> 	<p>Se mueve de un lado a otro (3 meses)</p> 	<p>Sus manitas se mantienen juntas sobre su pecho y no a los lados (1 mes)</p> 
	<p>Se alimenta según un horario establecido</p> 	<p>Mueve la cabeza al ruido (3 meses)</p> 	<p>Refiene objetos brevemente (2 meses)</p> 
			<p>Sostiene un juguete durante breves minutos (3 meses)</p> 

LENGUAJE

Sonidos silábicos simples:

Pa- pa-pa
Da-da-da



Balbuceo
/aguuuu/

Llanto diferenciado (Cuando tiene hambre, está cansado, está mojado, etc.)



Búsqueda de fuente sonora



Fija la mirada y mira con mayor interés



DESARROLLO DE LA INTELIGENCIA

Descubre que puede manipular (después de tirar algo hace como si llora para que se lo alcancen)



Imita los gestos y juegos de adultos y otros niños



Busca con atención los objetos o personas que se esconden



SOCIAL/APECTIVA

Se relaciona con los otros mediante el juego de imitación (escondidas, tortillitas)



Ríe a carcajadas cuando le hacen gracias



Conoce más su cuerpo ahora lleva sus pies y manos a la boca



Al mirarse al espejo lo toca y trata de chuparlo



Escala de Desarrollo de 3 a 6 meses

HÁBITOS

Duerme dos a tres veces durante el día, por períodos de una o dos horas



De noche duerme de seis a 8 horas seguidas



MOVIMIENTOS GRANDES DEL CUERPO

Cabeza recta estable si se le mantiene sentado (a)



La cabeza no cae si se le levanta



Se sienta solo por momentos



MOVIMIENTOS DE LAS MANOS

Mira su mano



Alcanza objetos (estirando los brazos hacia objetos o personas)



Se introduce objetos en la boca



Agarra bruscamente



Vuelve a recoger un objeto que tira



Escala de Desarrollo de 7 a 9 meses

LENGUAJE	DESARROLLO DE LA INTELIGENCIA	SOCIAL/AFECTIVA
<p>Onomatopéyas Sonidos de animales /Muuuuuu/, /miau/, /pio-pio/, /guau-guau/ Vocaliza de forma más articulada mamá, papá, agua, pan, pacha</p>  <p>Imita melodía Movimientos de manos y cuerpo con la música, balbuceo con la música. Comprensión de rutinas Comer en su silla, rutina del baño, rutina de sueño con un cuento, con una canción Responde a su nombre</p> <p>Acción y atención conjunta</p> 	<p>Repite conductas: Mete y saca objetos de un recipiente</p>  <p>Golpea objetos por largo tiempo</p> 	<p>Reconoce a su familia cercana</p>  <p>Se vuelve huraño con personas extrañas</p>  <p>Entiende cuando lo llaman por su nombre</p> 

HÁBITOS	MOVIMIENTOS GRANDES DEL CUERPO	MOVIMIENTOS DE LAS MANOS
<p>Acepta todos los alimentos de la dieta familiar</p> 	<p>Se mantiene sentado derecho por un minuto</p> 	<p>Lleva un objeto de una mano a otra</p> 
<p>Duerme una o dos siestas cortas durante el día</p> 	<p>Se mantiene de pie durante breves periodos sostenido de las manos</p> 	<p>Sacude un chinchín</p> 
<p>Dúreme de 8 a 10 horas seguidas en la noche</p> 	<p>Se mantiene de pie sostenido de un soporte</p> 	<p>Teniendo un objeto atrapa a otro</p> 
	<p>Se sienta durante largo tiempo y se vuelve acostar</p> 	<p>Sostiene su vasito</p> 
	<p>Se arrastra sobre el vientre</p> 	<p>Golpea dos objetos</p> 

Escala de Desarrollo de 10 meses a 1 año

LENGUAJE	DESARROLLO DE LA INTELIGENCIA	SOCIAL/AFECTIVA
<p>Apoyo gestual, señala con el dedo</p> 	<p>Se da cuenta de que un libro está al revés</p> 	<p>Juega sólo</p> 
<p>Responde al no</p> 	<p>Tiene idea de las consecuencias de sus conductas. Si levanta un pañal encontrará la pelota que se le ha escondido</p> 	<p>Comprende mejor lo que se le dice y utiliza más palabras</p> 
<p>Controla conducta de otros Imita gestos, aplaude</p> 	<p>Empieza a experimentar cosas nuevas con objetos conocidos: Desarmar objetos, montarse en un palo como caballito</p> 	<p>Conoce el nombre de algunos familiares</p> 

HÁBITOS

Empieza a independizarse para comer



Manifiesta molestia cuando se ensucia



MOVIMIENTOS GRANDES DEL CUERPO

Gatea



Se mantiene parado durante períodos indefinidos



Camina apoyándose de los muebles



Camina sostenido por una mano



MOVIMIENTOS DE LAS MANOS

Dice adiós con la mano



Toca con el dedo índice






Agarra con el pulgar e índice (objetos pequeños, pasas, cereal, etc.)



Lanza una pelota por imitación



LENGUAJE	DESARROLLO DE LA INTELIGENCIA	SOCIAL/AFECTIVA
<p>Primera palabra</p>	<p>Sabe características de los objetos como color, forma, textura</p>	<p>Hace berrinches cuando quiere algo</p>
<p>Ordenes simples Ejemplo: toma, dame Inicia preguntas</p>	 <p>Utiliza la vista, oído, tacto, olfato y gusto para conocer los objetos</p>	 <p>Dice no</p>
<p>Desarrollo de la memoria Señala al abuelo, al tío cuando se le pregunta</p>		 <p>Expresa ternura, enojo y celos</p>
<p>Señala partes del cuerpo Nariz, ojos, boca</p>		

Escala de Desarrollo de 13 a 18 meses

HÁBITOS	MOVIMIENTOS GRANDES DEL CUERPO	MOVIMIENTOS DE LAS MANOS
<p>Se lava y se seca las manos</p>  <p>Se lava los dientes con ayuda</p>  <p>Dice de alguna forma que quiere orinar o hacer popo</p> 	<p>Camina sólo</p>  <p>Se agacha y se levanta</p>  <p>Se arrodilla sólo</p>  <p>Intenta trepar muebles bajos</p>  <p>Sube escaleras sostenido por una mano</p>  <p>Jala y empuja un objeto liviano</p> 	<p>Construye una torre de dos cubos</p>  <p>Señala con el dedo lo que quiere</p>  <p>Construye torres con 3 ó 4 cajitas</p>  <p>Lanza una pelota si se le pide</p> 

LENGUAJE

Combinación 2 a 3 palabras
 Dame pacha, quiero leche

Pronombres personales
 Mío, tuyo

De 1 a 50 palabras

Primeras preguntas
 Busca objetos que no están presentes
 ¿Está?, ¿no está?

DESARROLLO DE LA INTELIGENCIA

Hace diferencias de los objetos por su tamaño, forma, textura



Conoce las partes de su cuerpo



SOCIALIAFECTIVA

Juega con otros niños



Sabe lo que es suyo



Sabe el nombre de las cosas que prefiere



Escala de Desarrollo de 19 a 36 meses

HÁBITOS

Hace una siesta al día



Come, se viste, juega, se limpia con cierta independencia



MOVIMIENTOS GRANDES DEL CUERPO

Camina hacia atrás



Corre



Pedalea



Recoge un objeto del suelo sin caerse



Da una patada a una pelota sin perder el equilibrio



MOVIMIENTOS DE LAS MANOS

Hace garabatos con crayón



Pasa páginas de libros



Come con cuchara



Mete y saca cosas



LENGUAJE

Habla telegráfica

Verbos
Ir, dar, comer, caer, poner

Canta canciones cortas

Hace preguntas

Conoce más de 125 palabras

DESARROLLO DE LA INTELIGENCIA

SOCIAL/APECTIVA

Realiza algunas tareas sólo como quitarse los calcetines y zapatos



Comprende algunas emociones (alegría, tristeza)



HÁBITOS

MOVIMIENTOS GRANDES DEL CUERPO

Salta con los dos pies



Camina sobre las puntas de los pies



Se sostiene en un solo pie



MOVIMIENTOS DE LAS MANOS

Estira y dobla hojas, tela



Abre un frasco



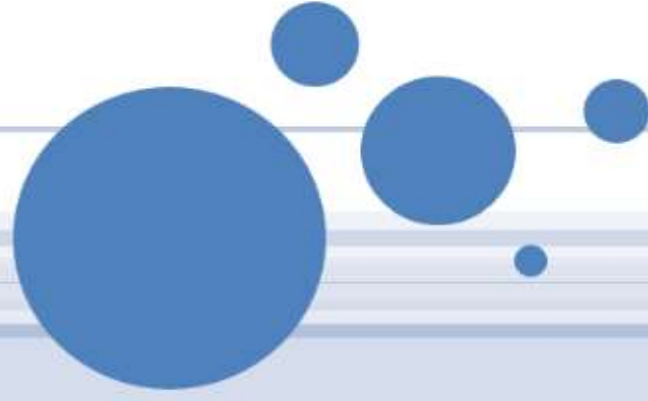
Se abotona y se desabotona



Guarda sus objetos



Manual de apoyo para madres



MÓNICA SUSANA MÉNDEZ CONTRERO

INTRODUCCIÓN

o *Es necesario que cada niño y niña reciba el mejor comienzo en la vida –su futuro y, en realidad, el futuro de sus comunidades, de las naciones y del mundo entero, dependen de ello”.* Unicef 2008

Este manual es una herramienta para orientar a las madres y padres de familia durante su período de gestación y los cuidados específicos de desarrollo del niño o niña hasta los dos años.

ÍNDICE

Introducción	2
Ser padres	4
Amor	
Buena salud	
Entorno seguro	
Preparativos	10
Parto	
Pediatra	
Lactancia	
Cuidados básicos	18
Llanto	
Sueño	
Higiene	
Anexos	
Juegos y canciones	25

SER PADRES

AMOR

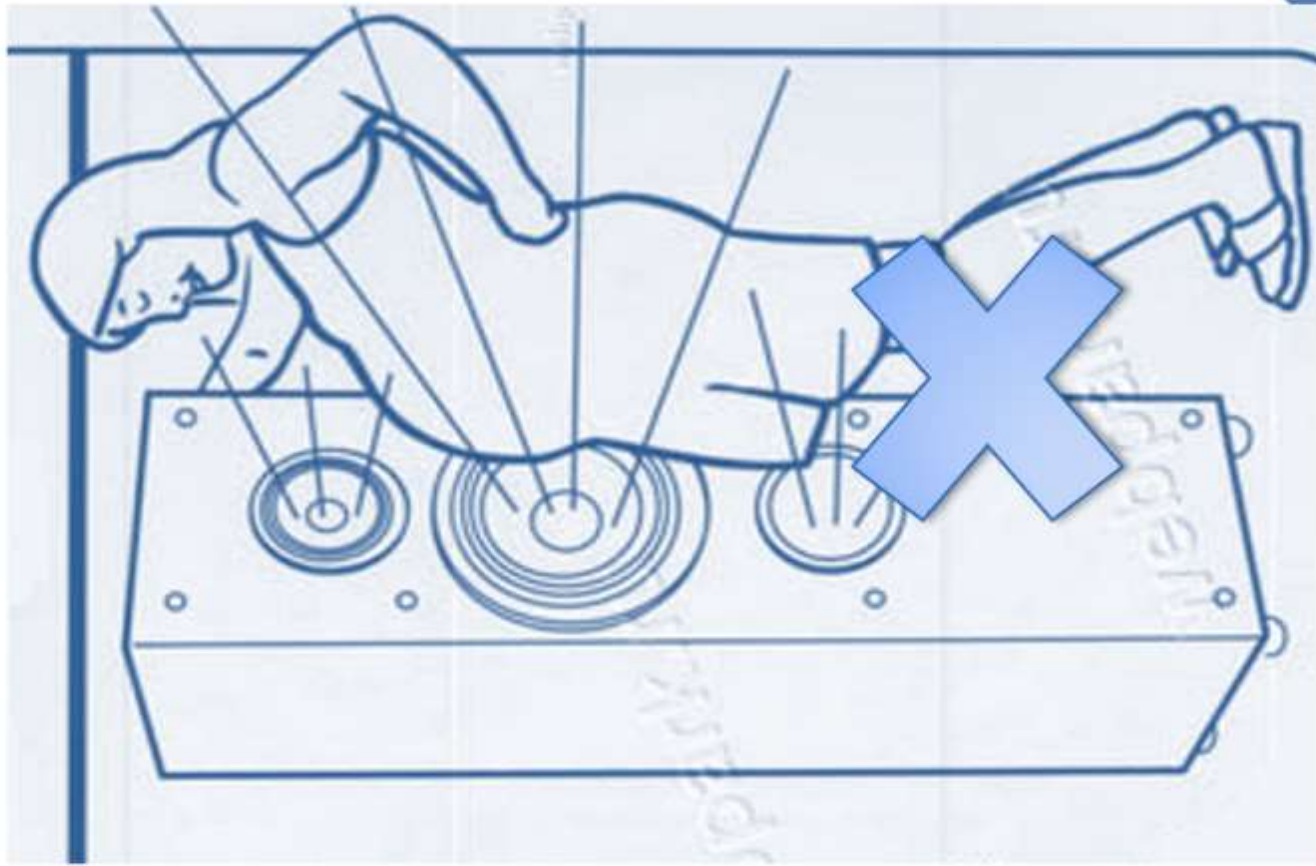
¿Qué es?

Aceptar la nueva vida, es dar seguridad y afecto.

Actividades sugeridas durante el embarazo:

- o Hablarle al bebé, haciendo caricias suaves con la mano en el vientre.
- o Hablarle con voz dulce y tranquila.
- o Escuchar música suave como marimba, música con instrumentos.
- o Contarle de la familia y la emoción por su llegada.





SER PADRES

BUENA SALUD

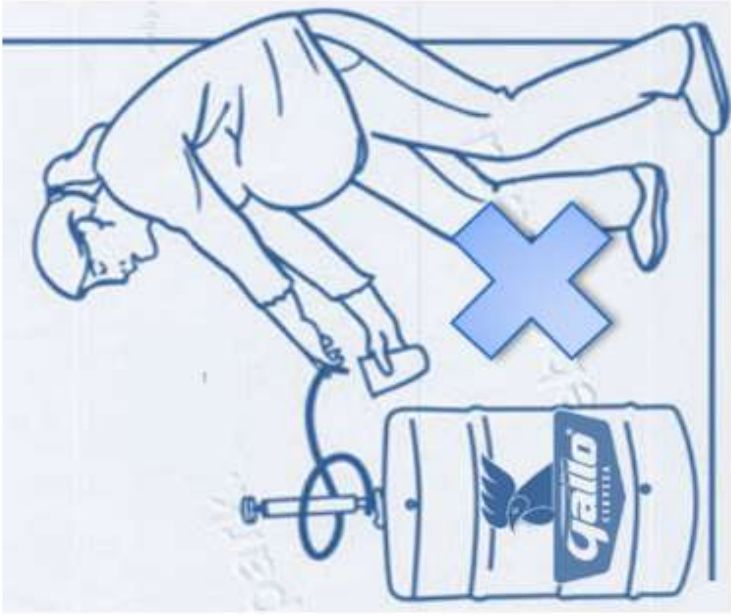
¿Qué es?

Son los cuidados y la guía desde los primeros años de vida.

Actividades sugeridas:

- o Asistir a todas las citas programadas durante el embarazo.
- o Desde el embarazo alimentarse sanamente, con frutas, verduras, pan, cereales y otros.
- o Pedir al pediatra la receta para el ácido fólico, hierro y calcio.
- o Caminar hablándole al bebé, acariciando el vientre.
- o Evitar fumar, el alcohol, drogas, café, medicina sin receta médica, contacto directo con animales.





SER PADRES

ENTORNO SEGURO

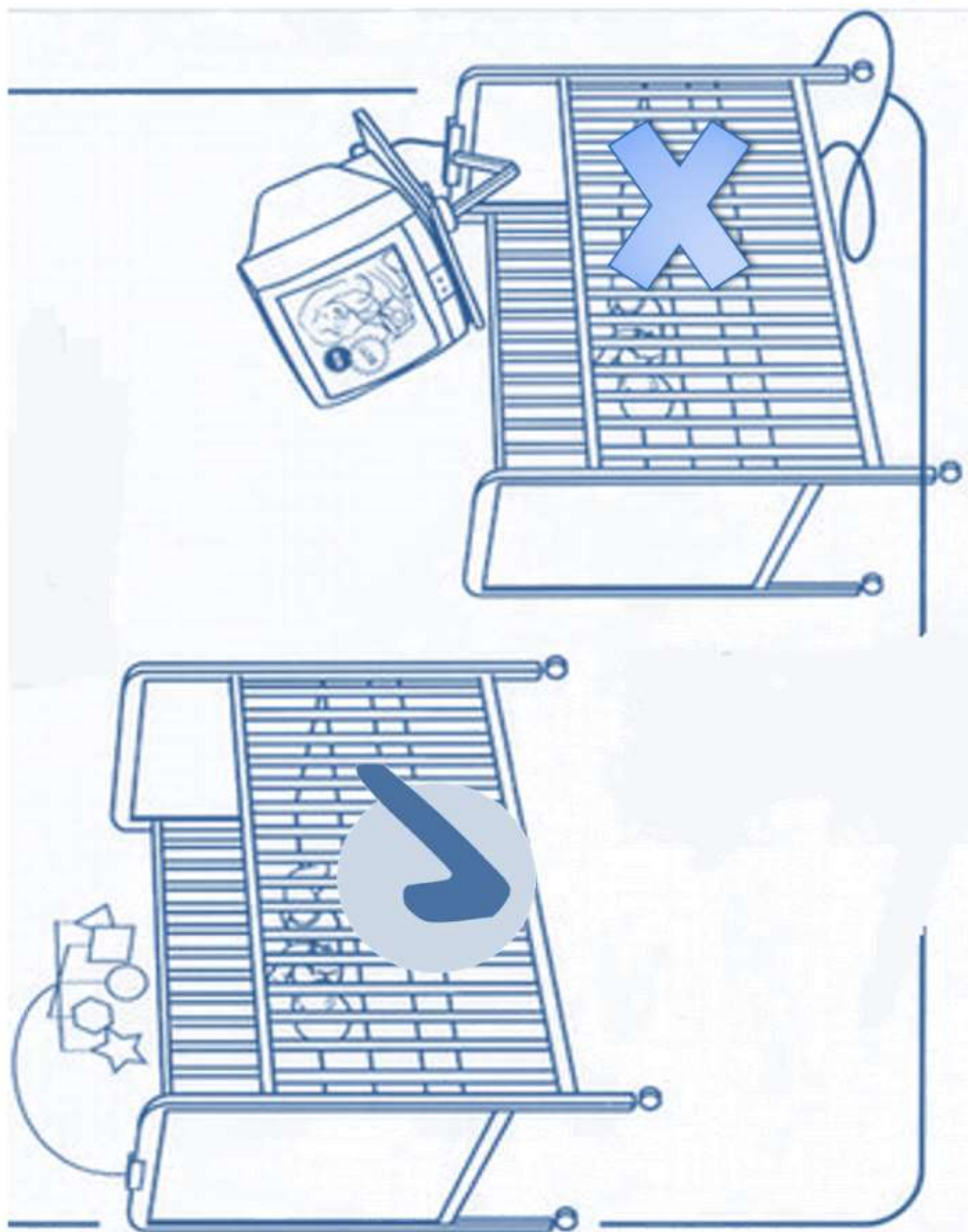
¿Qué es?

Un hogar tranquilo y agradable, con amor y seguridad en lo físico y lo emocional.

Actividades sugeridas:

- o Resolver los problemas de casa con tranquilidad, sin gritos.
- o Preparar la casa para la llegada del bebé:
 - Colocar la cuna en un lugar seguro, con luz y ventilación
 - Colocar la ropa, los pañales y cremas en un lugar cercano.
- o Elegir la ropa del bebé: Pijamas con pies, camisetas de manta, suéteres, gorros, calcetines, toalla, pañales, fajuelas, guantes, ombligueros y mantas





PREPARATIVOS

PARTO

¿Qué es?

Es dar a luz a una nueva vida. Puede ser de forma natural o cesárea, según la salud de la madre y el bebé.

Actividades sugeridas:

o Hacer una lista con:

Teléfonos de familiares que puedan ayudar.

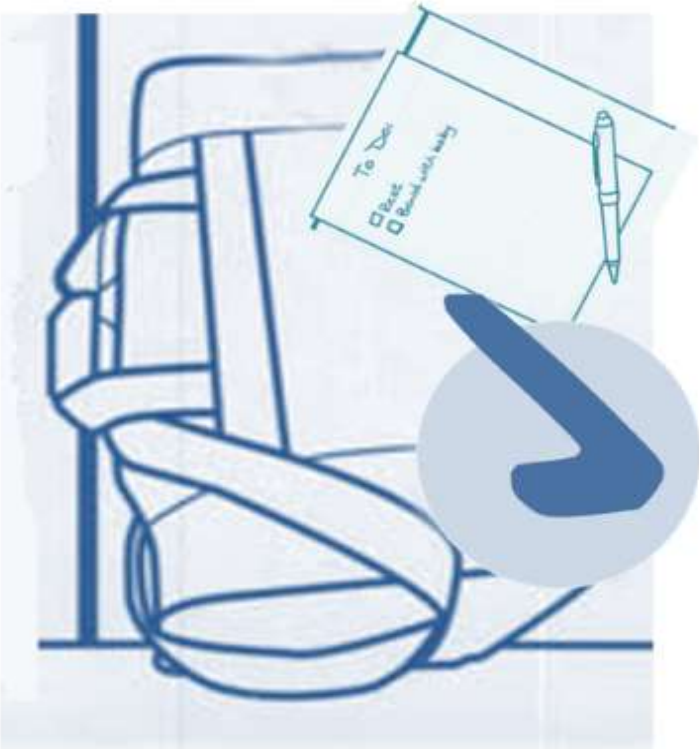
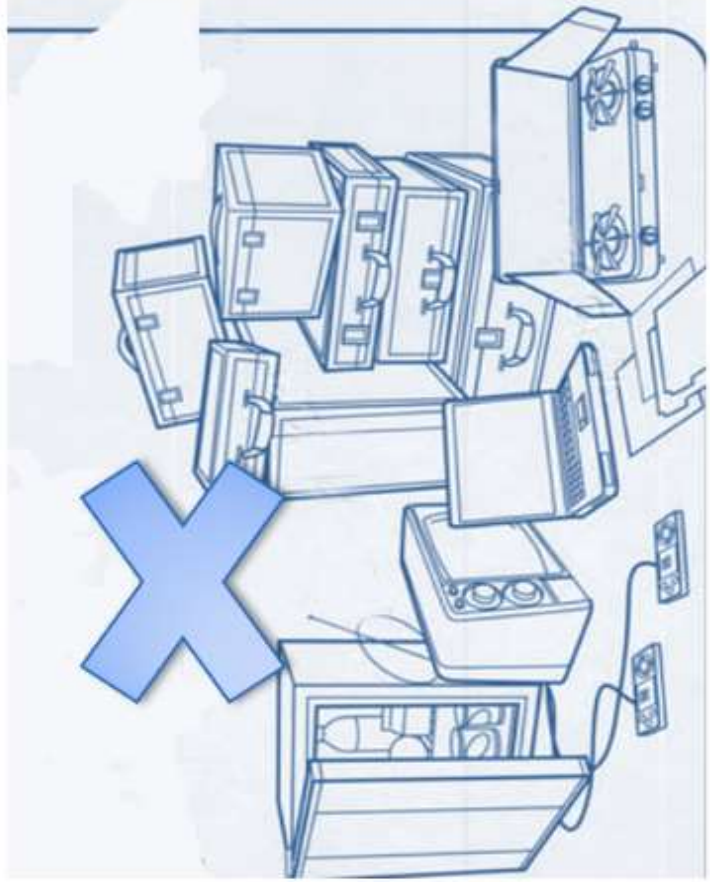
Su nombre, teléfono de la ambulancia, número de afiliación del IGSS.

o Saber la dirección exacta del hospital.

o Preparar un maletín con una mudada de ropa para la madre y para el bebé, mantas, pañales y carné del IGSS.

o Si tiene otros hijos pedir ayuda para que los cuiden el día del parto.





PREPARATIVOS

VISITA AL PEDIATRA

¿Qué es?

Es cuando el médico examina al bebé de forma regular. En estas visitas se asegura que el bebé está creciendo sin problemas.

Actividades sugeridas:

- o Hacer una lista de preguntas para el pediatra.
- o Hablarle al bebé, contarle que irá al doctor, que él lo cuidará y verá todo su cuerpo para saber si está bien.
- o Cuando el pediatra esté viendo al bebé, observar si revisa su cabeza, oídos, ojos, boca, corazón, pulmones, estómago y genitales.
- o Comentarles al doctor si el bebé ha vomitado, no quiere comer, si ha tenido fiebre, si llora constantemente, si no duerme, etc.

PREPARATIVOS

LACTANCIA

¿Qué es?

La leche materna es el mejor alimento para el bebé. Aumenta el amor, la seguridad y la tranquilidad del bebé y su madre.

Actividades sugeridas:

- o Hacerle preguntas al médico sobre la forma correcta de darle pecho al bebé.
- o Evitar dar masajes al pezón, si el pezón no tiene la colocación correcta, consultar al médico.
- o Utilizar un sostén adecuado durante el embarazo que sujete el busto.
- o Acaricie el labio inferior del bebé o la mejilla con el pezón para que el bebé lo agarre con la boca.

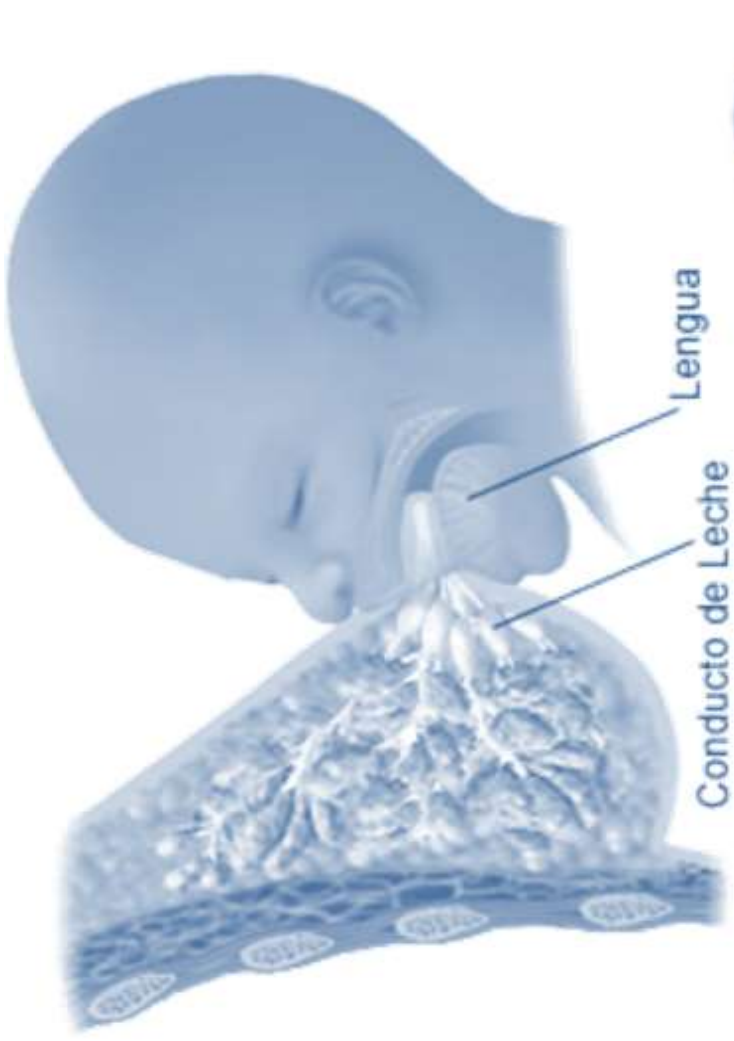


PREPARATIVOS

LACTANCIA

- o Elija una postura cómoda.
- o El cuerpo y la cara del bebé deben de estar frente a usted.
- o Es recomendable colocarlo para que agarre bien el pezón.
- o Puede introducir un dedo en la boca del bebé para interrumpir la lactancia y comprobar si el líquido sale del pezón.
- o Escuche música tranquila como marimba o música instrumental.
- o Beba abundantes líquidos para ayudar la producción de su leche.
- o Si la leche no sale de su pecho, consulte al médico.





PREPARATIVOS

CÓMO SACAR LOS GASES A UN BEBÉ

- o Coloque al bebé con la cabeza apoyada en su hombro. Dele unas palmaditas suaves en la espalda hasta que saque aire por la boca.
- o También puede acostar al bebé boca abajo, sobre las piernas y darle palmaditas suaves o masaje en la espalda.
- o Otra forma es sentar al niño en sus piernas, apoyando una mano en el pecho y la cabeza, con la otra mano darle palmaditas suaves en la espalda.





CUIDADOS BÁSICOS

LLANTO

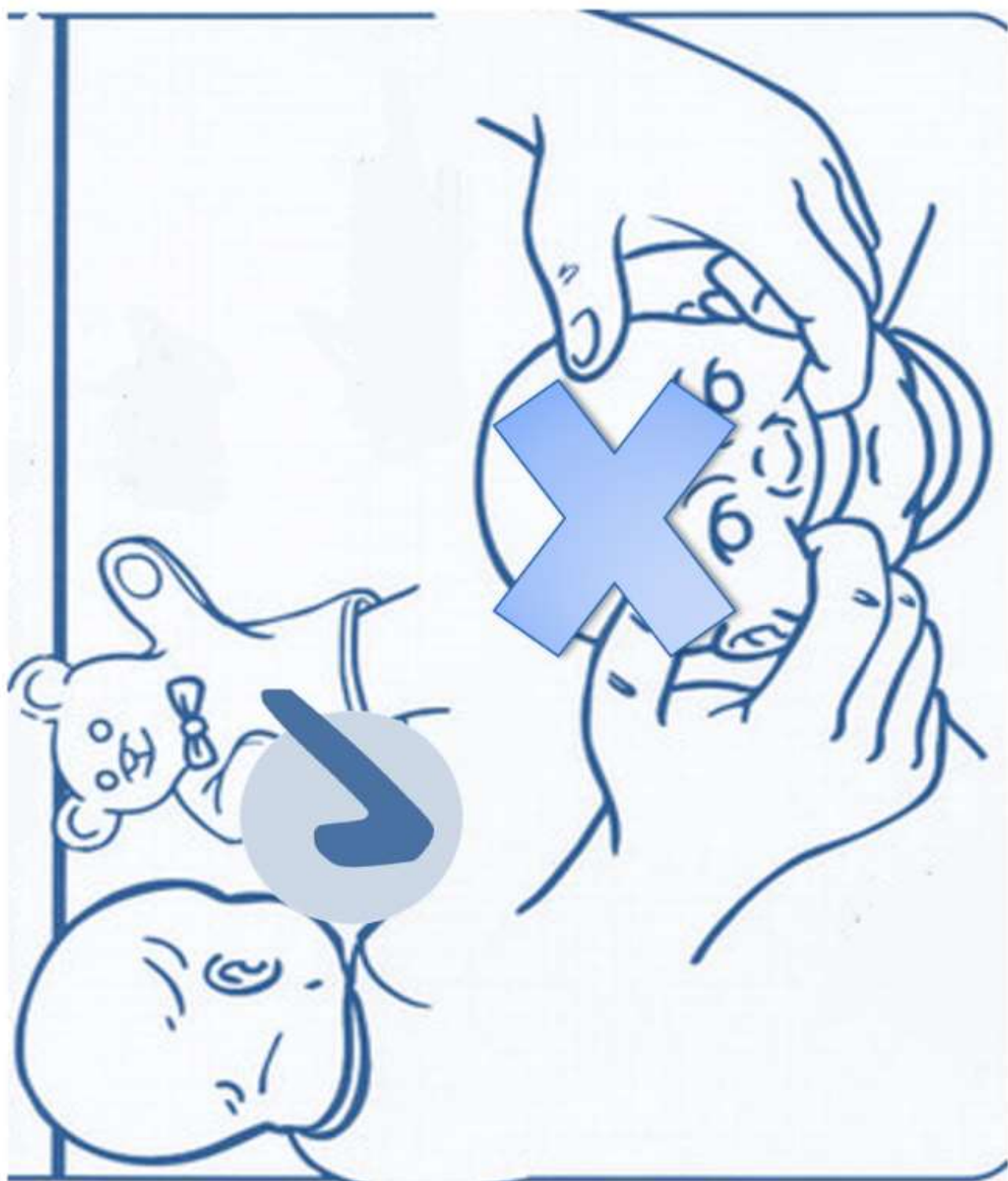
¿Qué es?

Es un sonido que el bebé emite cuando tiene hambre, sueño o se siente molesto.

Actividades sugeridas:

- o Cárguelo, hágale suavemente, pregúntele qué necesita.
- o Revise el pañal.
- o Recuerde la hora de la última vez que lo alimentó.
- o Acarícielo suavemente en la cabeza o dele unas palmaditas en la espalda o en el pecho.
- o Arrópelo o envuélvalo cantándole una canción.
- o Póngale música suave
- o Paséelo en la casa
- o Hágalo eructar
- o Observar si el llanto es de dolor, en caso sea necesario llevarlo inmediatamente al médico.





CUIDADOS BÁSICOS

SUEÑO

¿Qué es?

Es una necesidad de reposo o descanso en el que los bebés reponen su energía y liberan la hormona del crecimiento.

Actividades sugeridas:

- o Desde el embarazo platíquelo sobre la diferencia entre la noche y el día.
- o Durante el día acaricie el estómago, hágale al bebé mientras caminar, mencionando las actividades diarias.
- o Durante la noche, las caricias deben ser más suaves, acompañadas de canciones y cuentos, con voz suave y tranquila.





- Al bañar al bebé de noche se relaja el cuerpo, el contacto de las manos de la madre con la crema corporal, las canciones de arrullo y los cuentos ayudan a que el sueño sea tranquilo.
- Colocar al bebé en posición fetal (de lado) para evitar riesgos.
- Antes de dormir, saque el aire del bebé mientras se canta una canción de cuna.
- Durante el sueño, ponga música tranquila, instrumental y mecer al bebé.

CUIDADOS BÁSICOS

HIGIENE

¿Qué es?

Es la limpieza diaria del bebé que incluye todo el cuerpo, los dientes, las uñas y el pelo.

Actividades sugeridas:

- o Bañar al bebé diariamente, acarícielo en cada momento, díglele con voz suave cada parte de su cuerpo, cantarle una canción.
- o El cambio de pañales debe ser frecuente, cada cambio debe incluir caricias, besos, hablándole sobre la limpieza. Verifique que el ombligo o fajuela esté en su lugar.
- o En cada cambio de pañal, lávese las manos con agua y jabón.

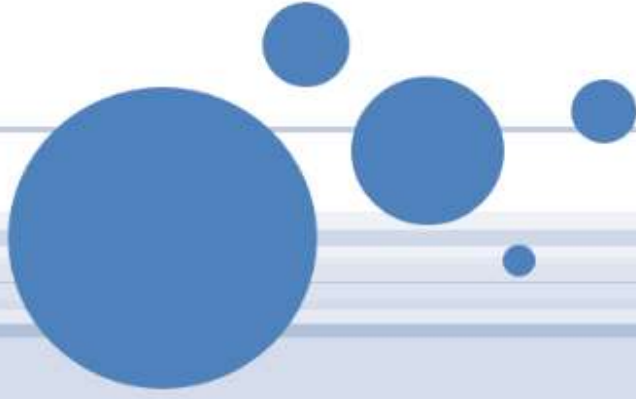




- Si la piel del bebé está roja, con bombas de agua o sangre, consultar al pediatra.
- Cortar las uñas y el pelo del bebé con frecuencia, al cortarlos hablarles, acariciarlos y decirles lo hermosos que se ven.
- Al vestir al bebé, hacerlo con movimientos suaves, acompañados de caricias, palabras lindas, tener cuidado con la cabeza, los brazos y las piernas.
- Arrullar al bebé, tomarlo entre los brazos con cuidado, diciéndole palabras de amor, acariciar su pelo, su piel. Cantarle canciones de cuna.

Actividades, Juegos y conciencias

MÓNICA SUSANA MÉNDEZ CONTRERO



1 MES

- o Ponerle un dedo sobre la palma de la mano para que él lo apriete, si no lo hace ayudarlo y cantarle la canción del gusanito.
- o Si le aprieta el dedo hálelo hacia delante para que él haga fuerza.
- o Repetir el mismo ejercicio con las dos manos.

Canción: Gusanito

- o ¿Qué tienes en la mano?
 - o Un gusanito
- o ¿Con qué lo alimentas?
 - o Con pan y quesito
- o ¿lo abrazamos, lo abrazamos?
 - o Sí amiguitos



2 MESES

- o Permitirle permanecer boca abajo ya que esto le ayudará para el control de su cabeza.
- o Ayudarlo a pasar de la posición boca arriba a la posición boca abajo, en un rodado suave.
- o Cuando esté boca abajo pásele el dedo en el trayecto de la columna vertebral en forma descendente para ayudarlo a levantar la cabeza y hombros. (Canción 2)
- o Moverle suavemente las sus piernas como si pedaleara cuando esté semidesnudo.
- o Flexionarle las piernas, llevándole las rodillas hacia el abdomen sin forzarlo.
- o Dejarlo sentado apoyado con almohadas.

CANCIÓN 2

- o Una tortuguita
 - o Mueve la cabeza
 - o Estira la patita
 - o Y se le quita la pereza
- 
- The illustration shows a cartoon-style turtle with a shell decorated with spiral patterns. It is surrounded by two butterflies and decorative swirls. The turtle is positioned in the center of the illustration, with its head and front legs visible. The butterflies are positioned above and to the left of the turtle. The entire illustration is set against a light blue background with decorative swirls.
- o Dice el perezoso
 - o Me duele la cabeza
 - o Me duele la cintura
 - o Tengo ganas de dormir

3 MESES

- o Hacer un rollo con una toalla del grueso de una botella. Poner al niño boca abajo con el rollo a la altura del pecho y los brazos por encima del rollo, tomarlo de las caderas y empujarlo suavemente hacia adelante y hacia atrás.
- o (Cante la canción 3)

3. CARACOLINO

- o En la mar yo vi
- o En la mar yo vi
- o Un caracolito
- o Enrollarse así

- o En la mar yo vi
- o En la mar yo vi
- o Un caracolito

- o Desenrollarse así



4 MESES

- o Moverle las piernas como si montara bicicleta.
- o Colocar al niño boca arriba y sujetar sus piernas con una mano para que le queden estiradas. Poner la otra mano por debajo de la cabeza del niño y vaya e ir levantándolo suavemente, estimulándolo a que haga fuerza para sentarse. (Canción 4)

CANCIÓN 4

o **A bailar aprenderás**

- o Tus manitas dame acá
- o Y a bailar aprenderás
 - o Primero, aquí
 - o Después allá
- o Una vuelta y nada más

- o Tus piernas dame acá
- o Y a bailar aprenderás
 - o Primero, aquí
 - o Después allá
- o Una vuelta y nada más



5 MESES

- o Mientras está boca arriba realizar juegos con sus brazos y piernas, y él intentará sentarse apoyándose en sus dedos.
- o (Canción 5)

CANCIÓN 5

o **Derechitos**

- o Derechitos al marchar
 - o A la mesa vamos ya,
 - o De puntillas ya verás
 - o Ningún ruido se oirá.
-
- o De puntillas, quedito
 - o De puntillas no me oirán
 - o De puntillas, quedito
 - o Ningún ruido se oirá



6 MESES

- o Colocar una frazada en el suelo y hacer los siguientes ejercicios:
- o Colocar al niño boca abajo y dejarlo gatear o arrastrarse, llamando su atención con un juguete.
- o Estando boca abajo tomarle las piernas y levantarlas completamente del suelo para que camine sobre sus manos.
- o Levantarlo y llevarlo frente a un espejo y dejarlo mirarse. (Canción 6)

CANCIÓN 6

◦ El miquito

- Un miquito muy travieso
- Al espejo se miró
- Pero al ver su propia cara
- El miquito se asustóóóó



7 MESES

- o Colocar un objeto llamativo encima de una mesa (pelota plástica, caja de cartón forrada de papel lustre rojo, una botella plástica con toky de naranja) y estimularlo para que se levante y tome el objeto de la mesa. (Canción 7)

CANCIÓN 7

- o Pasa, pasa, pasa el batallón
 - o Pin, pin, pin, pon
 - o Soy el soldadito que toca el tambor
-
- o Pasa, pasa, pasa el batallón
 - o Pin, pin, pin, pon
 - o Soy el soldadito que toca el tambor

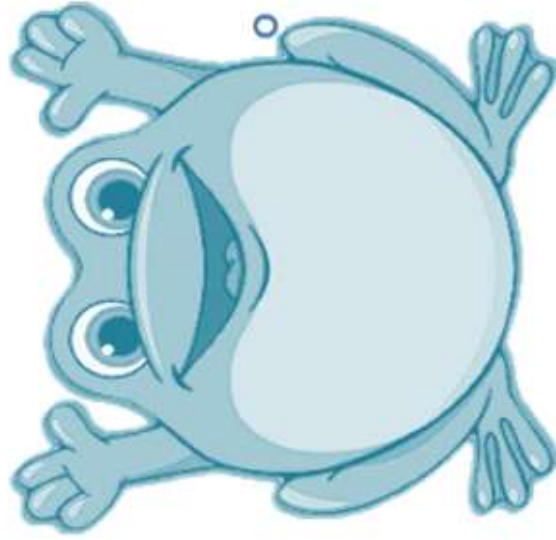


8 MESES

- o Coloque algo que le guste para que gatee hasta alcanzarlo.
- o Sentar al niño en la cama y levántele los dos pies, aunque irá perdiendo el equilibrio pero hará esfuerzos para mantenerse sentado.

o **Canción: Sapito**

- o Había un sapito
- o Cantando per per per
- o Debajo de una piedra
- o Per per per per per
- o Caían aguaceros y estaba muy feliz
- o Porque no se mojaba
- o Per per per per per



9 MESES

- o Sujetarlo de las dos manos para que se mantenga de pie, algunos dan pasitos.
- o Colocar un objeto cerca del niño, pero de manera que tenga que cambiar de posición para alcanzarlo (pararse, gatear, darse vuelta).



Conci3n: La Rueda

Una rueda, muy bonita

Vamos todos a formar,

Y si sale redondita

Cantaremos tra, la, la

10 MESES

- o Colocar un cojín delante del niño y mostrarle su juguete favorito detrás de él; dejarlo que intente pasar por encima del cojín para alcanzar el juguete.

Ronda de mi corazón

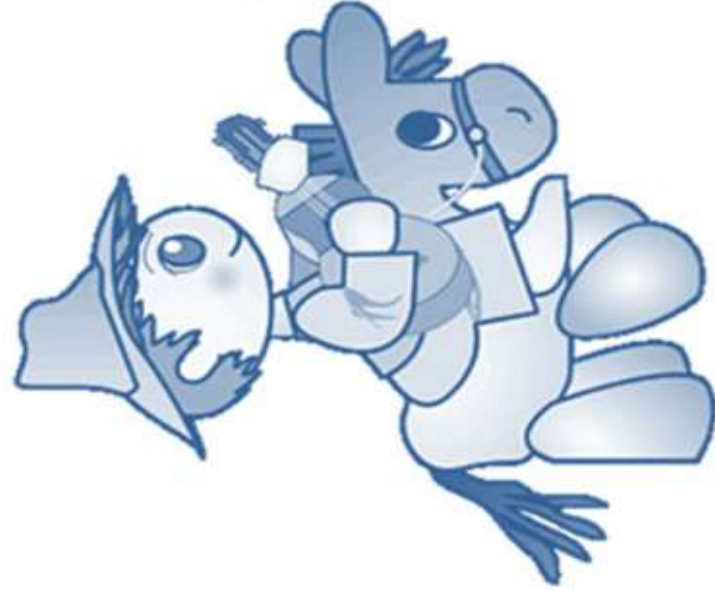
- o Las hojitas hacen ronda, las arrastra el ventarrón
 - o Esta ronda, tan redonda, ronda de mi corazón
 - o Soy hojita de durazno
 - o Que me trajo el ventarrón.
 - o A gozar en esta ronda
 - o Ronda de mi corazóooooon



11 MESES

- o Con una frazada hacer un rollo de manera que quede lo más duro posible y montar al niño encima. Dejarlo hacer los movimientos que él desee.

Caballito



- o Niños: perdí mi caballito
- o Din, dina, din dinela
- o Perdí mi caballito
- o Din, dina, din di lá

12 MESES

- o Permitirle jugar con objetos de uso cotidiano bien lavados y secos: botellas plásticas, vasitos, peines, almohadas y enseñarle el uso de cada uno de ellos.
- o Dejar a su alcance cubos y frascos plásticos para que haga torres.
- o Canción: El rey de la selva
 - o El rey de la selva es el temible león
 - o Con una gran melena y su cola de algodón
 - o Con tus manos plash, plash, plash (aplaudir)
- o Con tus pies tas, tas, tas (pies)
 - o La cabeza tin, tin, tin
 - o Todo el cuerpo grrrrr, grrrr



12 A 18 MESES

- o Colocar al niño de rodillas cerca de un mueble y animarlo para que se levante. Poco a poco se le debe retirar la ayuda física.
- o Estando en posición de gateo, animarlo a pasar y realizar la destreza sobre cojines colocados en el suelo.
- o Anime al niño a sentarse en sillitas o bancas de su tamaño, también puede hacerlo en graditas o subirse en sillones de adultos.

- o Colocar de pie con la espalda contra la pared, ponerse el adulto delante de él con los brazos extendidos, al mismo tiempo que le dice ven.
- o Estando de pie ofrecerle una pelota para que él la lance.
- o Estando de pie ofrecerle un juguete atado a un cordón para que lo arrastre y animarlo a andar tirando de él.
- o Colocar al niño ante un espejo grande y situarse el adulto detrás de él, de manera que se vean ambos. Animelo a que mueva diferentes partes de su cuerpo.

o **EL PINIÑO**

- o Un pinito está agachadito
- o Pobrecito tiene mucho calor
 - o Pues la lluvia no llegó
 - o El invierno se atrasó.



- o Vamos todos a echarle un poco de agua
- o Pobrecito tiene mucho calor
 - o Pues la lluvia no llegó
 - o El invierno se atrasó

o **Allá en la montaña**

- o Allá en la montaña pum pum trabajan los enanos pum pum Allá en la montaña am am am comen los enamos am am
- o Allá en la montaña sh sh duermen los enanos sh sh sh



MONTAÑA

- o **Viajar en tren:**
 - o Viajar en tren, viajar en tren
 - o Es de lo mejor, es de lo mejor
 - o Halar el cordel, halar el cordel
 - o Para parar el tren, para parar el tren
 - o El conductor, el conductor
 - o Se enojará. Se enojará
 - o Y mandará, y mandará
 - o A parar el tren, a parar el tren.



- o **Todos los patitos**

- o Todos los patitos toman chocolate el más chiquitito es el que lo bate.

- o Bate que bate el chocolate
- o Bate que bate el chocolate.



18 A 24 MESES

- o Juegue con él niño o la niña de caminar hacia delante, hacia atrás, de lado.
- o De caminar rápido o despacio.
- o De correr en línea recta o alrededor de un lago, imaginario dando círculos.
- o Correr en parejas tomados de la mano.
- o Subir y bajar gradas: con apoyo de la baranda pero alternando los pies.
- o Saltar un escalón con los dos pies juntos, y al llegar al piso con los dos pies juntos sin poner las manitas en el suelo

o **Un osito**

o

o Un osito bien gordito

o Por el bosque pasó

o Y un montón de tierra negra

o Con hormigas se encontró

o Metió la nariz, se las quiso comer

o En la nariz lo picaron

o Y se puso a correr.



o Cucú

- o En el lejano bosque
- o Cantaba el cucú
- o Oculto en el follaje
- o Un búho contesto,
- o Cucú le llamó, cucú le llamó
- o Cucú cucú cucú.



o

o

- o **La escolita**
- o Corre corre niño
 - o Pajarito vuela
- o Que las estrellitas ya están en la escuela
 - o La maestra luna
 - o Dicta la lección, una nube negra
 - o Es el pizarrón,
 - o Un trozo de viento es el borrador
 - o Premia a la que siempre se porta mejor
 - o Una estrella chica se pintó de tiza

