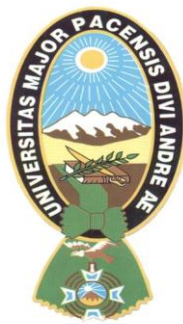


**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**



TESIS DE GRADO

**“DESARROLLO INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA, COMO UNA
INFORMACIÓN A MADRES PRIMERIZAS
(Estudio realizado en el Hospital Nuestra Señora de La Paz)”**

Para optar el grado de licenciatura en Ciencias de la Educación

POSTULANTE: Claudia Andrea Achá Suxo

TUTOR: Lic. Aida Ximena Foronda Clavijo

LA PAZ – BOLIVIA

2016

DEDICATORIA

Dedico esta Tesis a mi familia, que me inculcó humildad, perseverancia, por el constante apoyo, comprensión, confianza y cariño que me brindaron en esta etapa de mi vida.

AGRADECIMIENTO

Doy gracias a Dios por la vida, por dejarme cumplir una meta importante en mi vida profesional.

Del mismo modo, mi sincero reconocimiento por la valiosa colaboración de la Lic. Aida Ximena Foronda Clavijo, docente de la Carrera Ciencias de la Educación.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	Pág. i
AGRADECIMIENTO.....	ii
ÍNDICE GENERAL.....	iii
INTRODUCCIÓN.....	vii

CAPITULO I PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.1. Formulación del Problema.....	3
2. PREGUNTA CIENTIFICA A COMPROBAR.....	3
3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	3
3.1. Objetivo General.....	3
3.2. Objetivos Específicos.....	4
4. JUSTIFICACIÓN.....	4
5. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
5.1. Delimitación Temática.....	5
5.2. Delimitación del Sujeto.....	5
5.3. Delimitación Espacial.....	6
5.4. Delimitación Temporal.....	6

CAPÍTULO II FUNDAMENTO TEÓRICO

1. DESARROLLO INTEGRAL.....	8
1.1.La familia y en el desarrollo integral.....	9
1.2.La función que cumple la familia en el desarrollo integral.....	10
1.2.1. Seguridad.....	10
1.2.2. Educación.....	10

1.2.3. Salud y nutrición	11
2. EMBARAZO.....	12
3. DIFICULTADES DE LA MATERNIDAD.....	12
4. PREPARACION PSICOFÍSICA PARA EL EMBARAZO.....	13
4.1. Actividades físicas durante el embarazo.....	15
4.2. Evolución esquemática del embarazo en el bebé y en la mamá.....	15
5.EL PARTO.....	17
5.1.Los Primeros Síntomas del Parto.....	18
5.2. Parto por Cesaría.....	21
5.3. Parto Pretermito.....	23
a) Factores de riesgo.....	23
b) El bebé prematuro.....	25
6.CRECIMIENTO Y DESARROLLO.....	28
6.1. Definición de Crecimiento.....	28
6.2. Definición de Desarrollo.....	28
7. PERIODO NEONATAL.....	29
7.1. La adaptación del neonato al medio exterior.....	29
7.2. Necesidades básicas para el neonato.....	30
7.3.La dotación sensorial del recién nacido.....	31
7.4..La exploración pediátrica del recién nacido.....	34
7.4.1. El índice de apgar.....	34
7.4.2. ¿Qué significa la puntuación de Apgar?.....	36
8. EXPLORACIÓN PEDIÁTRICA DE LA ACTIVIDAD REFLEJA.....	37
8.1. Los reflejos del recién nacido.....	37
8.2. Exploración de anomalías metabólicas.....	41
9. EL VÍNCULO MATERNO- FAMILIAR.....	42
9.1. Vínculo afectivo neonatal.....	42
9.2. El contacto corporal.....	44
9.3. La comunicación visual y olfativa.....	44
10. LACTANCIA MATERNA.....	44
10.1. La leche industrial o artificial.....:	47

10.2. La leche materna.....	47
11. DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA DE 0 A 6 AÑOS.....	47
12. ETAPAS Y MOMENTOS MÁS SIGNIFICATIVOS DE LA PRIMERA INFANCIA.....	50
12.1. De 0 a 2 años.....	50
12.2. De 2 a 6 años.....	53
13. IMPLICACIONES EDUCATIVAS.....	56

CAPÍTULO III 58
MARCO INSTITUCIONAL

1. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ.....	59
1.1. Especialidades que brinda el Hospital Nuestra Señora de La Paz.....	59
1.2. Diagnóstico.....	59
1.3. Servicios complementarios.....	60
1.4. Costo.....	60
2. BENEFICIARIOS DEL SERVICIO:.....	60
2.1. Titulares.....	60
2.2. Beneficiarios Directos.....	60
2.3. Beneficiarios Indirectos.....	60
2.4. Horarios de atención.....	61

CAPITULO IV 62
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1. METODOLOGIA.....	63
1.1. Enfoque.....	63
1.2. Tipo de investigación.....	63
1.3. Investigación transeccional descriptiva.....	64
2. CARACTERÍSTICAS DE LA INVESTIGACIÓN.....	64
3. UNIVERSO O POBLACIÓN.....	64
4. MUESTRA INTENCIONADA O POR CONVENIENCIA.....	65

5. INVESTIGACIÓN POR ANÁLISIS CATEGORIAL.....	65
5.1. Relación objetivos-categorías-fuentes de análisis.....	66
5.2. Sistema de categorial y sus interrelaciones.....	67
6. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	67
6.1. El Cuestionario.....	68
6.2. La Entrevista.....	68
7. SUJETOS.....	68
8. AMBIENTE.....	69
9. PROCEDIMIENTO.....	69
CAPITULO V	
	71
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	
1. ENTREVISTA ESCRUCTURADO.....	72
CAPITULO VI	
	85
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
CONCLUSIONES.....	86
RECOMENDACIONES.....	88
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	90
ANEXOS	
	93
ANEXO 1 GUIA DE ENTREVISTA ESCRUTURADA.....	94
ANEXO 2 JEFAS DE TERAPIA.....	97
ANEXO 3 PERSONAL ADMINISTRACIÓN.....	98
ANEXO 4 SALA DE TERAPIA DE NEONATOS.....	99
PROPUESTA	
	101
MANUAL DE EDUCACION INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA.....	102

INTRODUCCIÓN

La educación es el pilar fundamental de nuestro Estado Plurinacional de Bolivia, la etapa de la primera infancia es la base fundamental para el desarrollo integral del niño y niña, de esta manera, realizamos esta investigación porque es importante informar a las madres primerizas en qué consiste, así ellas podrán observar si su niño o niña está desarrollando adecuadamente o sino que su niño necesita atención de una psicopedagoga.

En esta lógica, esta investigación intenta mostrar los resultados cualitativos, ya que desde hace tiempo atrás, se observa la gran necesidad de brindar información a madres primerizas que asisten en control pre natal a los centros de salud y/o hospitales.

En este marco, una educación de desarrollo integral infantil va más allá que una estimulación, es decir, que una educación integral consiste desde la fecundación, pre natal, donde al momento de nacer el bebé, llega a desarrollar su conducta motora, pero todo depende si el niño o niña esta con buena salud y alimentación adecuada..

El contenido del presente trabajo de investigación se encuentra estructurado en siete capítulos cuyos contenidos en forma resumida son los siguientes:

Capítulo I: Problema de Investigación, describe y analiza el planteamiento del problema, detallándose de manera minuciosa los aspectos más significativos del problema, los objetivos general y específicos que orientan la investigación, las justificaciones que explican la relevancia de una investigación de este naturaleza y por qué se ha escogido esta tema de investigación, como también, se detallan los alcances del estudio.

Capitulo II: Fundamento Teórico, describe y explica el conjunto de argumentos relacionados con las mismas temáticas de distintos autores como aporte para dicha investigación.

Capítulo III: Marco Institucional, describe y explica los servicios que presta el Hospital Nuestra Señora de La Paz y las especialidades que brinda a la sociedad en general.

Capítulo IV: Metodología de la Investigación, en este capítulo se desarrolla los aspectos relativos al diseño y tipo de investigación propuesto para la ejecución del trabajo de investigación, así mismo, revelan información relativas a la población que se abordó y los procedimientos de muestreo de esta población, como también las técnicas de recolección de datos.

Capítulo V: Resultados, describe e interpreta los resultados obtenidos de acuerdo a la aplicación de nuestros técnicas e instrumentos para esta investigación.

Capitulo VII: Conclusiones y Recomendaciones, en este capítulo se presentan las conclusiones a las que se llegó una vez analizado minuciosamente los resultados, dando respuesta a las preguntas de investigación, de igual manera, considerando las recomendaciones pertinentes para superar las debilidades detectadas.

Finalmente, se presentan las referencias bibliográficas, donde se registran los libros, revistas, fuentes online (internet), dossier, enciclopedias, y documentos legales que sirvieron de fundamentación a los aspectos desarrollados en esta investigación; finalmente, se presentan los anexos, que comprenden los instrumentos aplicados, también fotografías, cartilla de desarrollo integral.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Bolivia, la educación es el pilar fundamental, por ello, indicamos que la etapa de la primera infancia es la base primordial para el desarrollo integral del niño y niña, ya que consideramos que ellos son el futuro del mañana de nuestro país, por ello, es importante informar a las madres primerizas en qué consiste el desarrollo integral del niño.

Iniciándose el embarazo se presentan dudas por partes de las madres acerca del desarrollo del mismo, desde la formación de un cigoto que pasará a ser un embrión y luego del tercer mes de embarazo a denominarse feto, llegando así a realizarse con su nacimiento como neonato; asimismo, uno de los factores es el desarrollo psicomotor, la alimentación que requieren los niños y niñas, en la cual, debería ser asistida por la madre.

La realidad del cotidiano vivir en la actualidad que se ve afectada en lo económico, un buen número de niños bolivianos se han visto sometidos a una serie de privaciones de sus derechos, situación que observa en el desarrollo integral, así mostrando la falencia en la etapa de la institucionalización educativa ya que se detectan condiciones desfavorables al momento de desenvolverse en un centro educativo.

Todo ser humano desde su nacimiento, cuenta con una serie de posibilidades de un desarrollo integral, que podrá lograr en la medida que reciba la estimulación necesaria de su familia, asimismo, es fundamental informar a las madres primerizas acerca del desarrollo integral del niño o niña.

Desde hace tiempo se observa la gran necesidad de brindar información a madres primerizas que asisten en ningún control pre natal a los centros de salud y/o hospitales, pero en ningún de ellos se ha logrado brindar una información adecuada acerca del desarrollo integral de su niño o niña desde el momento del nacimiento.

Por ello, el hospital Nuestra señora de La Paz, nos brinda el acceso a brindar información a madres primerizas, con el fin de que la madre pueda poner en práctica toda la información acerca del desarrollo integral del niño o niña en su primera infancia.

1.1. Formulación del Problema

¿La información que poseen las madres primerizas en cuanto el desarrollo integral de la primera infancia, coadyuva en el cuidado del niño de manera integral en el Hospital “Nuestra de La Paz”?

2. PREGUNTA CIENTÍFICA A COMPROBAR

La adecuada información que poseen las madres primerizas coadyuva en los cuidados adecuados a los niños de la primera infancia de manera integral en el hospital Nuestra Señora de La Paz. De la información que poseen las madres primerizas depende el desarrollo del niño de la primera infancia.

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Objetivo General

Identificar las características de información que poseen las madres primerizas, en cuanto el desarrollo integral de la primera infancia, en el Hospital Nuestra Señora de La Paz

3.2. Objetivos Específicos

- ✓ Especificar el factor influyente en el desarrollo integral del niño de la primera infancia.
- ✓ Determinar las características de las funciones básicas de la primera infancia.
- ✓ Conocer si las madres primerizas saben sobre el desarrollo integral y sus componentes
- ✓ Plantear un manual de información para las madres que transitan el proceso de gestación

4. JUSTIFICACION

La presente es la investigación la que brinda información a las madres primerizas acerca del desarrollo integral del niño, con el propósito de que la madre puedan aprender a manejar y evaluar a su niño en su desarrollo de su psicomotricidad y puede ser utilizada tanto para los agentes que pertenecen a dicho centro hospitalario, la única diferencia es el número de participantes, pues cuando se trabaja con madres y sus niños a la par.

Una educación de desarrollo integral infantil va más allá que una estimulación, es decir, que una educación integral consiste desde la etapa prenatal, perinatal y post

natal donde al momento de nacer el bebé, llega a desarrollar su conducta motora, pero todo depende si el niño o niña esta con buena salud y alimentación.

La madre primeriza pondrá en práctica toda la información adquirida en el Hospital Nuestra Señora de La Paz, ya que al momento del nacimiento del su niño o niña, realizar todas las actividades que se brindaron durante su control, para poner en marcha y manejo adecuado para el desarrollo integral de su niño o niña.

Por tal motivo, la presente investigación se justifica porque a través de la evaluación oportuna y periódica del crecimiento y desarrollo psicomotor de las niñas y los niños, se contribuye a la detección precoz, atención y referencia oportuna de niñas y niños en riesgo o con trastornos del desarrollo y crecimiento.

5. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

5.1. Delimitación Temática

En esta investigación adscribo en el área de psicopedagogía con un enfoque humanista, ya que tiene como fin los esfuerzos a favor a la persona en el desarrollo, es proporcionar a todos los seres humanos la oportunidad de vivir una vida plena, la incumbencia fundamental del desarrollo son los seres humanos y sus necesidades.

Asimismo, lo valioso de este enfoque es que aporta la visión saludable y funcional del ser humano, de tal manera que posibilita una visión integral de la persona.

5.2. Delimitación del Sujeto

El número de participantes fue de 30 mujeres cuya característica principal es el ser madres primerizas gestantes, responsables de la educación de niños de 0 a 6 años de edad.

5.3. Delimitación Espacial

La presente investigación se realizó en la zona Bajo Llojeta, en el Hospital Nuestra Señora de La Paz.

5.4. Delimitación Temporal

El desarrollo de la investigación se realizó durante el segundo semestre de la gestión 2014 y el primer semestre de la gestión 2015.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1. DESARROLLO INTEGRAL

El desarrollo integral es una forma completa de moldear al niño, se preocupa de desarrollar todas las posibilidades de una persona. Asimismo, es la encargada de prepararla para varios planos futuros, tanto para el plano reflexivo como el del trabajo. Los campos que abarca la educación integral son básicamente el conocimiento para formar individuos cultos y con herramientas para entender el mundo. Por otro lado trabaja la conducta intentando que los niños aprendan libremente a comportarse. Por último intenta realizar la voluntad de los jóvenes. todos ellos con el fin de moldear individuos libres capaces de enfrentar y cambiar el mundo.

Desde el primer mes de vida son la base fundamental para el desarrollo físico, emocional, intelectual y social de las personas, así mismo, el de disfrutar de salud, nutrición, y educación, como de un buen cuidado y afecto por parte de los padres y madres en las etapas tempranas previene el riesgo de que se produzcan retrasos en el desarrollo que pueden ser irreversibles.

Por muchos años el desarrollo temprano de los niños y niñas estaba solamente en manos de los padres y la familia extendida. Sin embargo, actualmente la pobreza, enfermedades, mala nutrición, falta de registro de nacimiento, violencia, falta de servicios de calidad, rompimiento de las estructuras familiares tradicionales entre otros, obstaculiza, la posibilidad de que los padres puedan proveer el cuidado, afecto y atención necesaria para que los niños desarrollen todas sus potencialidades.(moral, 2004, pag 89)

Entonces es necesario que las políticas y los programas diseñados y elaborados para niños y niñas en la primera infancia, tengan un enfoque integral, es decir, que incluya todas las áreas de crecimiento:

- Perceptivo
- Lingüístico
- Físico
- Mental
- Emocional
- Social.

Es un enfoque que busca asegurar que cada niño y niña sea saludable, que esté bien nutrido, y que viva en un medio ambiente limpio y saneado.

Asimismo, para poder asegurar el desarrollo integral infantil, es fundamental el registro de nacimiento de cada bebé nacido en nuestro país, derecho que abre las puertas a otros derechos. Si los niños no tienen un nombre, una nacionalidad y una identidad, eso nos da a entender que no existen legalmente, no cuentan en los procesos de planificación, y no tienen acceso a los servicios de salud, educación, protección y participación.

Por eso, las estrategias para el desarrollo integral infantil, deben incluir el trabajo con padres, madres, miembros de la comunidad, instituciones gubernamentales

que proveen servicios, de salud, educación, registro de nacimiento, y a organizaciones no gubernamentales, que proveen servicios y atención a niños y niñas entre 0 y 6 años.

1.1. La familia en el Desarrollo Integral del Niño

La familia es el pilar fundamental por eso es considerada como el conjunto de personas unidas por lazos de parentesco, como la unidad básica de organización social, cuyas funciones y roles, en la que proporcionan a sus miembros:

- Protección
- Compañía
- Seguridad
- Socialización

Principalmente ser fuente de afecto y apoyo emocional especialmente para los hijos, quienes se encuentran en pleno proceso de desarrollo. La familia es el principal agente a partir del cual el niño desarrollará su personalidad, sus conductas, aprendizajes y valores.

1.2. La función que cumple la familia en el desarrollo integral del niño

Las funciones que cumple la familia en el desarrollo integral son la siguiente:

1.2.1. Seguridad

Toda familia, debe brindar la seguridad y los recursos necesarios que el niño necesita, es decir, para desarrollarse biológicamente, el cuidado y apoyo que le brinden sus padres, como la alimentación, vestido, gozar de buena salud, desarrollarse y aprender habilidades básicas necesarias para su supervivencia.

1.2.2. Educación

La familia debe brindar una educación, es decir, los patrones de conducta y normas que le permitirán desarrollar su inteligencia, autoestima y valores haciéndolo

un ser competitivo y capaz de desenvolverse en sociedad. De igual manera, un ambiente que le permitirá al niño formar aspectos de su personalidad y desarrollarse a nivel socioemocional.

Entonces, Teniendo en consideración la influencia que tiene la familia en el desarrollo integral del niño, es fundamental propiciar un ambiente libre de tensión y violencia, donde exista un equilibrio y se logre brindar las pautas y modelos adecuados que permitan a los hijos actuar adecuadamente, y así desarrollando las habilidades personales y sociales que perdurarán a lo largo de su vida y que serán reflejados más claramente en ellos cuando formen sus propios hogares.

1.2.3. Salud y Nutrición

La salud es muy importante ya que esta enlazada con la nutrición para el desarrollo integral.

La nutrición es un proceso biológico a partir del cual el organismo asimila los alimentos y los líquidos necesarios para el crecimiento, funcionamiento y mantenimiento de las funciones vitales.

Uno de los problemas grandes y graves en todas las regiones es la mala alimentación como resultado de una dieta inadecuada o de algún defecto en el metabolismo que impide que el cuerpo utilice sus alimentos correctamente. Por eso es importante mencionar la Desnutrición, ya que especialmente en el niño, se produce cuando el organismo no recibe los alimentos necesarios en cantidad y calidad suficiente para un adecuado crecimiento y desarrollo. Un niño con desnutrición se caracteriza por:

- ❖ Baja de peso.
- ❖ No tiene ganas de jugar.

- ❖ Se cansa rápido.
- ❖ Es un niño irritable.
- ❖ Las enfermedades lo atacan con más frecuencia (Diarreas, fiebres).

Entonces es muy importante hablar de la alimentación ya que consiste en la obtención, preparación e ingestión de los alimentos. Depende de las necesidades individuales, disponibilidad de alimentos, cultura, religión, aspectos socioeconómicos, etc.

El niño debe recibir una alimentación equilibrada, aquella que contiene la cantidad y proporción justa de elementos necesarios para que nuestro organismo se encuentre en plena forma física y mental. Porque es la base de una buena salud. Sobre todo durante la infancia y la adolescencia, ya que se produce el crecimiento físico e intelectual.

2. EL EMBARAZO

El embarazo es el estadio a través, del cual, la mujer hace concreto el deseo de ser madre; es un pasaje por unas instancias en las adquiere una nueva dimensión de su propio cuerpo, su propia historia.

Gisbert (1998) gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno, barca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento, pasando por los periodos embrionario y fecundación....
(p.443)

En la actualidad, asistimos a multiplicidades de configuraciones familiares, que ponen en evidencia situaciones tales como las de mujeres que no desean ser madres; o dos mujeres que quieren ser madres de un mismo hijo (maternidad lésbica); mujeres que prefieren un desarrollo profesional y postergan la maternidad; etc.

Desde la psicopedagogía, se comprenden los inicios de la construcción del deseo desde la matriz materna. Cada mujer, de acuerdo a su recorrido matricero, ira estructurando una red compleja en la que convergen múltiples dimensiones, que irán delineando su modalidad y objetos de deseo. En la complejidad, intervienen factores hereditarios, ambientales, vivencias personales y sociales, es decir, su propia historia. La historia de cada mujer, teniendo en cuenta caracteres transmitidos genéticamente (genética biológica y genética de los vínculos) más las experiencias parentofiales, familiares u sociales, todo ello, entretejido según la singularidad individual, irán estructurado sus deseos. (Mora, 2004, p. 60)

3. DIFICULTADES EN LA MATERNIDAD

Muchas mujeres por motivos muy diferentes que tendrán que ver con su historia singular, les resulta dificultoso el hecho de quedar embarazada. En tales casos, si la causa no es orgánica, hay que acentuar la mirada en los aspectos relacionados con su maternidad en el registro psíquico. El pensamiento, el deseo y el cuerpo se hallan indisociablemente unidos por redes matrices, en las que se encuentra entretejido el deseo de ser madre, así como los “nudos” que obturan su despliegue.(Mora, 2004). Al buscar un embarazo, una mujer emprende un recorrido en el cual se encuentra con estados ánimos muy singulares, estados que le transmitirá por vía directa, umbilical, a su bebé. Estos estados maternos serán de decisiva importancia en la construcción psíquica del bebé. De allí, la importancia que tiene para la madre, el poder atender de manera adecuada sus propios sentimientos.

Hoy se ha llegado a descubrir que el pensamiento y las singularidades psíquicas a lo largo de la vida (tanto en niños, adolescentes como en adultos tienen una base visceral, situada en el primer momento de estar en el mundo (matriz dimensional del hueco visceral: intrauterina” (Mora, 2004,p 62).

Desde el instante en que se crea la nueva vida (el bebé), empieza la construcción de su universo psíquico-sensorial.

Es por ello que atender a los estados de la mujer que busca u embarazo, sería una manera de promover la prevención primaria en salud psicopedagógica, porque podría llegar tener incidencia directa en los futuros estados anímicos del bebé. Sería una manera de asistencia temprana hacia posibles dificultades futuras.

A continuación, detallaremos aquellos aspectos a tener en consideración durante la búsqueda de embarazo, y durante el embarazo mismo. Explicaremos las transformaciones en la mujer que va a ser madre, de muy diversas maneras.

4. PREPARACIÓN PSICOFÍSICA PARA EL EMBARAZO

El hecho de pensar en un embarazo significa una decisión trascendental. Es muy importante prepararse emocionalmente para la maternidad: el embarazo es un periodo de grandes transformaciones para la mujer, ya que va a gestar un nuevo ser. Esto conlleva, entre otras cosas, nuevas experiencias intra e interpersonal, y el despertar de una nueva manera de dimensionar la vida.

Estas nuevas vivencias que empezaran a manifestarse, impregnaran todos los espacios de la vida, y se manifestaran con intensos sentimientos, de muy variadas y diferentes formas. Los despliegues emocionales que irán deviniendo en el transitar desde el momento de buscar concebir un hijo, irán descubriendo en la mujer sus diferentes estados anímicos; experimentando sensaciones profundas y singulares. Esos estares que vaya sintiendo, son las bases desde donde se está preparando para alojar al nuevo ser (el hijo) que está buscando. (Mora, 2006, pág. 9).

Es por eso muy importante el registro emocional de la mujer, de sus propias maneras de vivenciar los diferentes estímulos cotidianos. Dichas bases vivenciales (psicopedagógicamente denominadas “matrices dimensionales” irán siendo las bases de la gestación del psiquismo del hijo.

Es aquí muy importante destacar la importancia de la salud psíquica materna, como primera manera de prevención de salud psicopedagógica.

Los estados anímicos maternos impregnaran al bebé en gestación, y este ira gestando desde esos primeros registros sensoriales, sus futuras maneras de sentir, de accionar, de pensar.

En consecuencia, se ha llegado a descubrir que, atendiendo tempranamente la persona desde la psiquis materna puede prevenirse futuras manifestaciones sintomáticas. Es decir, atendiendo estares en la matriz materna, pueden prevenirse malestares en el bebé. De no atenderse, esos primeros malestares (intrauterino), se irían dimensionando a lo largo de la vida de diversas maneras: serán los distintos pliegues sintomáticos de sufrimientos psíquicos, (devenidos desde u estar visceral), que se manifiestan de muy diversa manera a lo largo de las diferentes etapas de la vida. (Mora, 2004, p. 62).

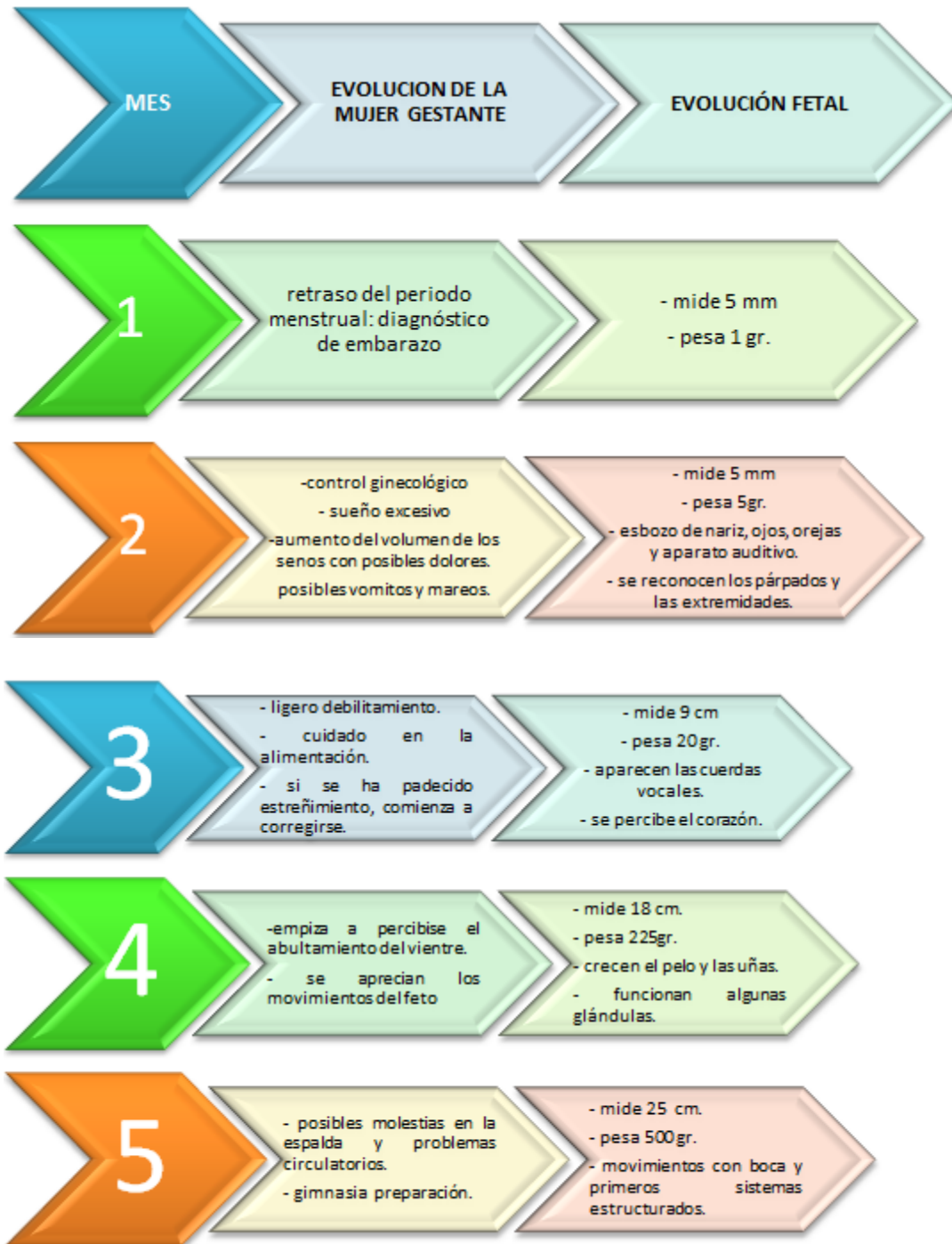
4.1. Actividades físicas durante el embarazo

Gisbert (1998), menciona las siguientes actividades:

ACTIVIDADES RECOMENDADAS	<ul style="list-style-type: none">❖ Caminar❖ Elongación❖ Natación❖ Bicicleta❖ Tenis
	Aunque es dificultosa su práctica durante el embarazo avanzado por el cambio del esquema corporal.

4.2. Evolución esquemática del embarazo en el bebé y en la mamá

Papalia (2004) menciona:





5. EL PARTO

El parto es un momento trascendental en la vida de toda madre y de todo hijo. Para el bebé significara dejar de estar en un medio interno, es decir, el vientre materno, para pasar a otro espacio, externo; comenzara a vincularse con el mundo de otro modo, prosiguiendo su desarrollo tanto físico como psíquico. En este último plano, continuara la estructuración de dimensiones nuevas, que irán delineando “matrices vinculares objetivas.(Mora, 2004, p 66)

Asimismo, para la madre significará el momento en que podrá ver cara a cara a su bebé, entrar en contacto piel a piel. La madre a partir de este momento, constituirá el mundo ideal para el bebé. Se iniciaran las modalidades de relación con

el fin de la vinculación del bebé, a partir de este primer vínculo que ira estableciendo con su madre.

El momento de nacimiento es una de las experiencias que dejan una huella imborrable tanto en el hijo como en toda mujer que lo protagoniza. Es un acto de trascendencia durante toda su vida.

Por otro lado, aunque suene contradictorio, el nacimiento ha dejado de ser un acto íntimo y familiar, para convertirse en un acto público y esencialmente médico. La historia misma sobre su evolución tiene algunas curiosidades que terminaron siendo rutina. Por ejemplo el medico moderno de parir con la mujer acostada en una camilla fue adoptada después de que Luis XIV hizo construir una mesa para contemplar el nacimiento de uno de sus hijos.

Existen evidencias de que en el antiguo Egipto las mujeres parían arrodilladas sobre piedras o en cuclillas. Y en la Edad Media, en cada casa hacia una sillita paridora, donde la mujer asistida por otras mujeres y las comadronas tenía a sus hijos, sentada, en posición vertical.

La modernidad trajo los primeros instrumentos: los fórceps. El cientificismo desalojo de la escena a la comadrona y puso al médico. En el siglo XX se diseñó el sillón de parto, que por un lado rescataba la posición vertical, pero imponía un lugar para parir: la intuición.

Los nacimientos, además de dejar el ámbito familiar, se medicalizaron. Y la nueva tecnología llegaba para evitar las muertes maternas o del bebé, en partos riesgosos. Pero el éxito hizo de lo excepcional una rutina. En respuesta, desde hace casi tres décadas, a nivel internacional, se empezó a hablar de parto humanizado.

5.1. Los primeros síntomas del parto

Los primeros síntomas del parto se acerca, empiezan por la pérdida del tapón mucoso, que se ira soltando poco a poco, entre siete y dos días antes del parto. Aparecen también las contracciones, al principio suave.

A continuación las contracciones se repetirán, primero cada media hora, más o menos, luego los intervalos irán decreciendo ininterrumpidamente y el dolor se agudizara. Deberá medirse la frecuencia (entre quince y treinta minutos al principio) y su duración quince o veinte segundos). Cuando las contracciones se repitan cada tres minutos durante media hora, es el momento oportuno de acudir al hospital.

En el caso de la rotura de la bolsa de aguas, con expulsión de líquido amniótico, acudir a la clínica. Una ligera pérdida, tanto como puede absorber una compresa, no tiene importancia, pero es recomendable que igualmente acudir a la clínica para control. En cambio, si el líquido sale como un chorro o un flujo continuo al moverle, es preciso acostarse enseguida y que así transportarse hasta la maternidad.

Este comprobado que la presencia del padre en todo el proceso del parto es fundamental tanto para la madre como para el niño y para el padre mismo. El padre que ha visto nacer a su hijo mantiene unos vínculos afectivos especiales y participa de forma más cativa en su crianza. Por eso, cada vez son más los padres que quieren estar presentes en este momento, aunque la decisión final depende del médico y al clínica. Ahora bien, el padre deberá hacerse presente durante todo el embarazo, para estar preparado para el momento.

El obstetra examinara para saber en qué fase del parto se encuentra la embarazada. Para ello, mediante un tacto vaginal determinara el nivel de dilatación. Algunos indican un enema para evacua: en algunas clínicas monitorizaran para conocer la frecuencia de las contracciones y el latido cardiaco del feto. El parto ha comenzado.

a) Las etapas del trabajo de parto

Organización Mundial de Salud, (2002) indica las etapas del trabajo de parto.

- ❖ La primera suele durar cuatro-seis horas en multigravidas y de ocho-diez horas en la primigravidas (madres primerizas) , hasta un máximo de dieciocho horas, tras el cual se considera excesivo el trabajo de parto.
- ❖ Comienza a partir de la dilatación completa del cuello uterino y finaliza con el nacimiento del niño.
- ❖ Empieza con el nacimiento del niño, hasta la expulsión de la placenta (alumbramiento), suele durar quince minutos, siendo su tiempo límite una hora.
- ❖ Son los reajustes circulatorios y de volumen sanguíneos maternos que se producen después del alumbramiento, suele durar dos horas.

- **El alumbramiento:**

Es el momento en que se desprenden la placenta, el cordón umbilical y las membranas.

Ello se consigue con las últimas contracciones uterinas, ayudadas ocasionalmente por la administración de ergóticos. El personal sanitario que este a su lado precede a examinar estas estructuras y comprobar su integridad.

- **Las perfusiones**

Una vez en marcha el trabajo del parto colocara un catéter en una vena del brazo y conectaran un frasco de suero. Con ellos podrán hidratar bien en caso necesario, dar las calorías que necesite para el trabajo muscular que espera (contracciones uterinas), y suministrar los medicamentos necesarios para una buena marchas del parto.

- **La vigilancia del bienestar fetal**

Mediante el registro continuo de la frecuencia fetal y de las contracciones uterinas se puede saber en todo momento como marcha el trabajo de parto. Este registro continuo consigue con la colocación sobre la pared del abdomen de unos sensores de presión (para detectar las contracciones) y de ultrasonidos (para controlar los latidos del bebé). (kattwinkel, 2011, p. 39).

Si fuera necesario tener más información del bienestar del bebé. Se colocara un pequeño electrodo en el cuero cabelludo o puedo practicarse un análisis del sangre tomándola de su cráneo gracias a un amnioscopio.

b. El dolor en el parto

Son fundamentalmente, la intensidad de las contracciones uterinas, la rigidez del cuello, la fatiga física de la madre, el gran volumen del bebé la ansiedad y la angustia por lo que va a pasar; la falta de apoyo familiar o médico.(Delgadillo , 2004, p 34)

Sea el dolor intermitente (en el periodo de dilatación) o continuo (en el expulsivo), las técnicas de analgesia (por ejemplo, la peridural) pueden aliviarlo o suprimirlo de una manera segura para madre e hijo.

- **Sintomatología**

En el periodo expulsivo el dolor pasara a un segundo plano y se experimentara la sensación de pujo. El apoyo de la cabeza del bebé sobre los músculos del periné provoca un reflejo: el de empujar hacia abajo a fin de expulsarlo fuera del vientre materno. El personal que asiste en el parto comprobara que están dadas las condiciones (dilatación cervical completa,

descenso de la cabeza del bebé) y dejaran pujar a tener una buena posición corporal para que los pujos sean eficaces. (Delgadillo, 2004, p. 55)

5.2. Parto por Cesaría

La cesaría es una intervención quirúrgica que consiste en seccionar el abdomen y luego el útero y extraer al bebé por la incisión. A continuación, se cierra el útero y la pared abdominal. En la piel se colocan hilos de sutura. La intervención puede hacerse con anestesia local o general y dura aproximadamente una hora. El perjuicio estético es nulo, pues realizar la intervención mediante una incisión baja, transversal y oculta bajo el vello del pubis. (gisbert, 1994, p. 244)

La imposibilidad de una parto por vía vaginal; las dimensiones insuficientes de la pelvis de la mamá por el volumen demasiado considerable del niño o porque su posición es mala, por ejemplo, la transversa; por un obstáculo en la salida del niño, por ejemplo, un fibroma; la necesidad de terminar rápidamente el parto para salvar a veces la vida de la mamá o la del bebé por amenaza de una hemorragia o por sufrimiento en el desarrollo del parto; por obligación de interrumpir el embarazo antes del final si su continuación es peligrosa para el bebé, como en la diabetes.

Si la cesaría administraron anestesia general, cuerpo tardara seis horas en asimilar. Y con anestesia peridural, el cuerpo tardará un poco más, aunque haya estado despierta durante la operación. No debe realizarse fuerza abdominal hasta que la herida haya sanado.

En las primeras horas no comer nada pero, antes de las veinticuatro horas, beber líquido. Y hasta que el tracto digestivo vuelva a funcionar normalmente, solo se podrá comer muy liviano. En la maternidad, controlan e higienizaran los que las quitan, entre el octavo y décimo día del post parto.

La recuperación comienza el primer día después del parto dando un paseo por la habitación. Esta corta, caminata favorece la circulación e impide la formación de

coágulos sanguíneos. Cuando se realice algún movimiento hay que tener mucho cuidado en no realizar fuerza abdominal, ya que cosieron más de cien puntos internos y aproximadamente quince externos. Se suele dar una medicación para aliviar los dolores y eliminar los gases acumulados como consecuencia de la operación.

El bebé no atravesó el canal del parto entonces su cabeza es más redonda y su piel no tiene irritaciones. El perineo está intacto por ende, no necesitara ejercicio de recuperación.

Sin embargo, toda madre con cesaría tiene que recuperarse de la intervención quirúrgica y de las molestias habituales de la cuarentena.

- **Los primeros días en la casa**

Unos cuantos almohadones pueden aliviar las molestias y evitar realizar mucha fuerza abdominal. Por ejemplo si hay tos, colocar un almohadón en la herida y abrazada a él, inclinarse hacia adelante para evitar la distensión de los puntos sin hacer fuerza.

Para tomar al bebé, sentarse y colocar el almohadón arriba del abdomen para subirlo a él; se evitara los dolores y estará más tiempo con la mamá. Está totalmente prohibido, hasta que la herida no haya sanado, realizar cualquier actividad que requiera de esfuerzo abdominal.

El post parto será más placentero si el bebé pudiera pasar un ratito todo los días en una mecedora sostenido por la mamá. Recientes investigaciones demostraron que el balanceo para estrechar aún más el vínculo afectivo entre la mamá y el recién nacido, ayuda a reducir el nivel de stress y alivia las molestias de los gases intestinales.

El aparato reproductor externo no sufrió daño, pero hay muchos tejidos internos- además de la piel- que deberán esperar aproximadamente un mes y medio para poder tener relaciones.

Probablemente resulten más cómodas las posturas laterales. A los tres meses, ya no se notará la herida y se habrá recuperado el ritmo habitual.

Al planear tener otro bebé, el medico recomienda esperar alrededor de dos años para que los tejidos del útero cicatricen correctamente. El haber tenido una cesaría no significa continuar con cesarías.

5.3. Parto Pretermito

Schwarcz (1995) indica que Cuando el parto se produce antes de la semana treinta y siete del embarazo, puede hablarse de un parto pretérmino.

Hay formas de solucionar este problema y de llegar sin inconvenientes al final del embarazo. El mejor tratamiento es la inhibición de las contracciones uterinas en forma temprana, es decir ni bien se identifica el caso.

Por esto es de suma importancia la búsqueda de elementos de diagnósticos precoz.

c) Factores de riesgo

Antecedentes obstétricos: abortos anteriores, infecciones urinarias, partos prematuros anteriores, malformaciones uterinas.

Factores demográficos: edad materna(menor de veinte años o mayor de treinta y cinco años), estado civil soletara), bajo nivel socioeconómico, tabaco, uso de drogas, condiciones laborales (cuarenta horas o más de trabajo por semana y seis horas o más de trabajo por semana y seis o más por día en actividad de pies).(Schwarcz, 1995, pág. 415)

Factores de embarazo actual: aumento de escaso peso, hipertensión, infección urinaria, fiebre, placenta previa, embarazo múltiple, cirugía abdominal durante el embarazo.

Los síntomas que pueden determinar un diagnóstico de parto pretérmino:

- Dilatación del cuello uterino (que el médico detecta por tacto vaginal y/o ecografía transvaginal).
- Contracciones uterinas frecuentes.
- Detección de fibronectina en el flujo vaginal: esta sustancia proviene del cuello uterino en casos de amenaza de parto prematuro (no se usa técnica porque es cara y ofrece igual resultado que una ecografía)
- Valoración de ciertas bacterias en el flujo vaginal.

la evaluación del cuello uterino que se realiza mediante la ecografía es un método alternativo para la predicción de parto prematuro. Este estudio se realiza entre la semana dieciocho y la veintitrés del embarazo y se puede medir la longitud del cuello uterino y estudiar su morfología. Normalmente la longitud del cuello oscila entre cuatro y cinco centímetros. (Schwarcz, 1995, pág. 3219).

Pero en aquellas pacientes con riesgo de parto prematuro la medida es menor, es decir que tendrán el cuello acortado. Con este método de medición se pueden detectar a casi todas las pacientes de riesgo, permitiendo así rápidamente tomar las medidas tendientes a prevenir el parto prematuro.

El médico obstetra que atiende a este tipo de pacientes sabrá cómo prevenir un parto pretérmino. Existen inhibidores farmacológicos de las contracciones, también pueden administrarse corticoides para la maduración fetal y otras medicaciones o tratamientos que permitirán que el embarazo llegue a feliz término.

Si el nacimiento del bebé se adelantó antes de completar las treinta y siete semanas de gestación se considera un bebé prematuro. El parto de un bebé prematuro no indica que necesariamente vaya a necesitar de la cesarí.

la ruptura de membranas (salida del agua) ocurre aproximadamente en el veinte por ciento de las mujeres que tienen un parto prematuro, algunos de los síntomas que pudieran presentarse son:

- Una sensación de presión y mucosidad ligera.
- Sangrado debido al desprendimiento de la placenta o de la placenta previa.
- Dolor sordo en la parte baja de la espalda.
- Sensaciones no comunes en el abdomen.
- Molestia abdominal ligera similar al cólico menstrual acompañado o no por presión abdominal y diarrea.

Un bebé prematuro tiene una apariencia diferente de la de un bebé de término. La piel del bebé estará muy arrugada, como la de una persona anciana. La cabeza del bebé aparecerá grande en proporción con el resto de su cuerpo y sus brazos y sus piernas serán unas adiciones delgadas a su pequeño cuerpo. Debido a que los bebés tienen muy poca grasa en el cuerpo, se enfrían y toman un color azul con mucha rapidez. También pueden parecer débiles y en ocasiones estarán relativamente inactivos, o es común también que los bebés prematuros estén inquietos y un poco irritables. (Kattwinkel, 2011, pág. 7).

El hablarle y abrazarlo con mucho cariño es muy importante para el bebé y es probable que responda cuando escucha la voz materna.

d) El bebé prematuro

El niño tiene en el momento de nacer una historia, la de su vida fetal. Es receptiva y activa esta alerta a los intercambios sensorio motores (visuales-

auditivas-táctiles), a los intercambios de lenguaje verbal, atento al que lo acuna, lo asiste, le habla y le sonrío.

El corte del cordón umbilical separa al feto de las envolturas placentarias, perdiendo así la seguridad acuática que lo cobijaba. El recién nacido oye el corazón del otro pero ya no escucha el suyo. Está ligado a la madre pero el olfato y la voz, por eso los olores y los fonemas que percibe cerca de ella lo hacen sentirse seguro. (Mora, 2004, p.108).

El nudo de la seguridad son el ritmo y el olfato, tiene necesidad del contacto con el cuerpo de la madre, cuyo ritmo ha conocido en útero. De este modo, lo vivido en él se teje y entrecruza con lo que siente la madre.

Esta red vincular se ha ido entretejiendo a partir de aquellos estados anímicos de la mamá durante el embarazo. Estos estados maternos generaran estados psíquicos viscerales en el bebé, quien ira construyendo el pensamiento desde estas bases originarias sensoriales, viscerales.

El mundo del recién nacido es un mundo construido desde percepciones e intercambios, de encuentros donde aparece todo que reconocen sus sentidos (olfato-oído-vista-tacto).

Cuando el cuerpo enferma hay que tratarlo, sin descuidar la palabra , el contacto y el olor de la madre , tan necesarios como los cuidados médicos, ya que hay un metabolismo del psiquismo que comienza la vida fetal. Además de atender especialmente al vínculo establecido maman-bebe, en aquel encuentro (o desencuentro) uterino.

En el caso del bebé prematuro , este recibe cuidados intensivos en su cuerpo , y por añadidura una información mímica, auditiva y de comportamiento del

entorno. Así, todo lo que la madre dice y hace al lado del bebé prematuro queda cuando ella se va.

Mora (2004) indica que el ser humano es desde el primer día un ser con deseo de comunicarse, de vincularse con otro, siempre al acecho de la presencia del otro; se siente existir corporalmente por referencias sensoriales y psíquicamente por la palabra que le dirige otro y lo humaniza, por la mirada. Desde la confianza básica en el primer vínculo mamá- bebé en el vientre materno, desde estas bases viscerales, primeras matrices dimensionales ira construyendo su mundo psíquico.

Todos los bebés necesitan comunicación. La inmadurez extrema no parece imposibilitar el deseo de ser oído por otro, incluso el bebé prematuro esta sediento de palabras.

Muchas madres que dan a la luz a un niño prematuro se enfrentan a una imagen de mala madre por haberlo gestado frágil. En el momento de salir de la clínica suelen llevarse a su hijo sintiendo que el bebé está vivo “gracias a otros”.

Esta resultara una manera singular de ser mamá, una manera débil de sostener a ese bebé.

Es precisamente por eso que hoy, en la mayoría de los servicios de reanimación de lactantes, el esfuerzo del equipo de salud se centra en la necesidad de mantener el lazo entre madre e hijo, salvando no solo la piel del niño sino también “su piel psíquica”.

Existen experiencias hechas en las que gracias al contacto cuerpo a cuerpo con la madre, el bebé prematuro aumenta más de peso que con un recurso tecnológico. Al hablarle o meter las manos en la incubadora, reconocerá tanto su voz como su olor.

Así en gran parte de los servicios en los que se atienden bebés prematuros la presencia de la madre es bienvenida y facilitada, salvo en los momentos en que se hacen “maniobras” (cambio de sondas, análisis, etc.)

Por otro lado, también es necesario sostener a la madre, acompañándola en su preocupación maternal primaria.

La existencia del niño esta indisolublemente vinculada con la presencia del otro, ya sea la madre o el equipo que lo asista, que se haga cargo de él, ocupando así la posición de continente para él.

De este modo, el personal de salud debería intentar, permitir la presencia de los padres el mayor tiempo posible.

Los padres deben además de conocer sus derechos saber defenderlo, deben estar informados del estado de salud del bebé, y si hay alguna restricción de visita la causa de la misma.

6. CRECIMIENTO Y DESARROLLO

6.1. Definición de crecimiento

El crecimiento es el “aumento de talla, que viene determinado por el incremento diferencial de cabeza, tronco y huesos largos de las piernas. El aumento de talla, sin embargo, no es más que una faceta del crecimiento, dentro de este concepto hay que incluir también el aumento de masa corporal y el crecimiento de todos los órganos y sistemas.” (Mora, 2004, p. 13)

El crecimiento es **cuantitativo**, definido como el proceso de incremento de la masa de un ser vivo. Que se produce por el aumento del número de células o de la masa celular

6.2. Definición de desarrollo

Proceso gradual de cambio y diferenciación desde un nivel de complejidad sencillo a otro más avanzado. En el hombre, las capacidades físicas, mentales y emocionales que permiten su compleja adaptación al ambiente y su integración a la sociedad se adquieren mediante procesos de crecimiento, maduración y aprendizaje. (Gisbert, 1998, p. 364)

El desarrollo es cualitativo, definido como el proceso por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas.

- **Características del desarrollo**

Es multidimensional ya que incluye los planos motor, intelectual, emocional y social, interactuando con su medio ambiente.

- Es integral ya que todos estos planos funcionan de manera interrelacionada y deben ser considerados como un conjunto indisoluble.

7. PERIODO NEONATAL

7.1. La adaptación del neonato al medio exterior

Mora (2004) menciona que la adaptación del neonato al mundo exterior constituye el encuentro con el aire, con la luz, con sonidos nuevos y extraños, como manos que lo acarician y lo mueven, la instauración de la respiración, la adaptación del sistema circulatorio, la recepción de alimentos por vía bucal.

En este primer mes de su vida durante los veinticinco primeros días después del parto se seguirá considerando al niño como recién nacido, atraviesa un periodo de cambios fisiológicos y ambientales sumamente delicados, pero imprescindibles para permitirle la vida autónoma. (Ruiz, Martínez y Gonzales, 2012,p 47)

El niño, después de su nacimiento se enfrenta a una serie de experiencias intensas y hasta dolorosas. En primer lugar, tiene que poner en funcionamiento sus pulmones, lo que supone un aprendizaje y una automatización. Al independizarse de la madre, se le ha suspendido también el aporte de sustancias nutritivas, y el neonato tiene ocasión de conocer la sensación dolorosa del hambre, hasta entonces desconocida para él.

Ruiz (2012) afirma que el ser humano nace con un bagaje adaptativo que le permite sobrevivir, pero este bagaje tiene que ir desarrollándose. Esto significa que el recién nacido deberá realizar un aprendizaje en el que va a experimentar muchos momentos de ansiedad. (p.65)

- Aprendizajes básicos para el neonato
- Respiración autónoma
- Nutrición: ingestión y digestión de nutrientes.
- Temperatura: regulación térmica.
- Adaptación al medio no líquido
- Funciones excretoras.

El único remedio para calmar esta ansiedad es la relación afectiva con la madre, quien por medio del contacto físico le aportará (o no) la seguridad que necesita. Al hacerle esperar el menor tiempo posible para el suministro de alimento, al protegerlo frente a los cambios de temperatura, al mecerlo en sus brazos- con lo que favorece la instauración de la respiración y la sensación de estabilidad-, estará estimulando la afectividad del neonato. Funciones como la motricidad, la facilidad de comprensión y otras, solo consiguen desarrollarse óptimamente a través de la relación emotiva.

7.2. Necesidades básicas para el neonato

Existen determinadas necesidades fisiológicas que son esenciales para que el recién nacido pueda adaptarse a la nueva realidad en la que ha pasado a vivir desde su nacimiento, pero existen también en este mismo periodo, como acabamos de ver, unas necesidades afectivas que son igualmente básicas. (Ruiz, 2012, p. 66)

- ***Necesidad de proximidad:*** el neonato tiene verdadera necesidad de estar lo más cerca posible de la madre, y tener un contacto físico con ella que lo contenga luego de la salida del útero.
- ***Necesidad de estímulos constantes:*** el recién nacido se orienta por percepciones muy sutiles: calidad de presión, olfato, etc. es recomendable mantener constancia en el ambiente y en el cuidado, para prevenir dificultades.
- ***Necesidad de ritmo:*** al nacer, el niño ya tiene instaurado un cierto ritmo. Es importante adaptarse a él para favorecer continuidad del equilibrio y la organización de su personalidad.
- ***Necesidad de contacto físico y caricias:*** por medio del contacto físico y las caricias el niño recibe información del mundo exterior y de su propio cuerpo, y ello le ayuda a formarse una imagen de sí mismo y a conocer la frontera entre él y el mundo exterior. En el terreno estrictamente fisiológico, además, se cree que la caricia es un estímulo que contribuye a la maduración del sistema nervioso.
- ***Necesidad de satisfacción inmediata:*** el recién nacido siente hambre. Frio, sensaciones que no puede satisfacer por sus propios medios y que le resultan insoportables.

Mora (2004) menciona que es un error, pensar que el neonato puede esperar, pues lo único que se consigue es aumentar su nivel de ansiedad, lo que no hace más que obstaculizar su maduración. (p. 66). La educación del niño solo puede iniciarse cuando el bebé ya ha conquistado un cierto grado de autonomía y seguridad.

7.3. La dotación sensorial del recién nacido

Aun hasta mediados del siglo pasado, existía la creencia en que el recién nacido, era un ser totalmente insensible, incluso al dolor, incapacitado para experimentar otra necesidad que no fuera la de alimentarse. Hoy sabemos que está dotado para ver, oír, oler, gustar y tocar, desde antes de su nacimiento. Así pues, en lo relativo a los sentimientos corporales, es mucho más precoz de lo que se suponía antiguamente.

a) La vista

Unos meses de nacer, el feto ya está capacitado para ver, aunque en el vientre materno el sentido de la vista no tiene posibilidad de desarrollarse y ha de esperar del nacimiento. La visión que posee el neonato es distinta a la del adulto. (Ruiz, 2012, p. 67)

- Puede percibir formas animadas e inanimadas a una distancia de veinticinco o treinta centímetros.
- Es sensible a la intensidad de la luz, y cierra los ojos para protegerlos cuando está muy elevada.
- Selecciona el color rojo y los objetos brillantes, manifestando también más interés por las formas ovaladas.
- Es receptivo ante el rostro humano, aunque incapaz todavía de efectuar reconocimientos.

Ruiz (2012) menciona que desde el primer día de vida, si se le presenta una hoja de color gris u otra con círculos blancos y negro, buscará siempre con los ojos esta segunda. (p. 68)

Estas observaciones reflejan el cuadro de posibilidades visuales del recién nacido, pero la actividad visual real suele variar mucho en los bebés. Así, mientras los hay que mantienen los ojos muy abiertos durante largos periodos, como queriendo escrutar ya el mundo que les rodea, otros dan la impresión de pasar el día

entero durmiendo. Estas diferencias en los ritmos de desarrollo se observan, en los niños, en todos los aspectos y largo de toda la infancia.

b) El oído

Este sentido, al nacer, está más desarrollado que de la vista, debido a que durante la vida prenatal, como mínimo en los dos últimos meses, el feto ya ha podido oír, realizando de esta manera un primero aprendizaje que le permite diferenciar los sonidos cercanos.(Ruiz, 2012, p. 67).

Poco antes del nacimiento ha aprendido también a identificar la voz humana, y es probable que le resulte más fácil reconocer la del padre que la materna, dado que en estos momentos el oído es mucho más sensible a los sonidos graves que a los agudos.

c) El olfato

El recién nacido sabe reconocer a la madre-o su sustituto- por el olor. Se han realizado experiencias al tercer día de vida, presentando a los recién nacidos dos compresas distintas; guiándose por el olfato, y sin dudarlo, ninguno de ellos se equivocaba a una sola vez, todos se volvían indefectiblemente hacia la de que había estado en contacto con el cuerpo de la madre. Esto se puede comprobar incluso en casa: cuando el bebé se sienta mal, esta intranquilo y llora, se tranquiliza más fácilmente si le coge en sus brazos de la madre o la persona que le hace sentir confianza y seguridad, ya que le niño las identifica inmediatamente al reconocer el olor, la presión de las manos sobre su cuerpo, el calor que desprenden, etc. (Ruiz, 2012, p. 68)

d) El gusto

Ruiz (2012) menciona que el niño nace sabiendo diferenciar los sabores agradables de los desagradables; sabe distinguir lo dulce de lo salado, lo amargo y lo ácido. (p. 89) Si a un recién nacido, diez o doce horas después del parto, se le mojan los labios con agua azucarada, parece querer dar muestras del contento, mientras que si se le pone una gota de limón hará muecas de desagrado.

Esta circunstancia ya era conocida y aprovechada antiguamente. Algunos alimentos, como el anís, el comino, el ajo y la cebolla, principalmente, traspasan su sabor a la leche materna; a la madre que tenía poca leche, se le recordaba tomar comino o anís para que el sabor fuera más agradable para el bebé, con ello se conseguía estimular la succión en el lactante y se lograba también, en consecuencia, aumentar la producción láctea. (Ruiz, 2012, p. 68)

e) El tacto

contacto de su cuerpo con el líquido amniótico, y en el periodo final de la gestación, durante las contracciones, ha sentido igualmente la presión del útero. En su fase de recién nacido es pues, muy sensible a la manipulación, al modo en que cogen y tocan. Hay gestos que le tranquilizan y otros que le excitan. Del mismo modo, a través del contacto con el agua templada del baño al recibir masajes y caricias suaves, experimenta sensaciones placenteras, que le sirven de estímulo y aumentan poco a poco su seguridad". (Ruiz, 2012, p. 69)

7.4. La exploración pediátrica del recién nacido

En la actualidad, se concede gran importancia médica del recién nacido, debido a sus posibilidades de prevenir futuras patologías.

Por esta razón, después del parto, el pediatra efectúa un primer control del niño en el mismo hospital, lo más pronto posible. Durante esta exploración, examina

el estado nutritivo del neonato, el color y turgencia de la piel, el tamaño del cráneo, los movimientos corporales, y comprueba además la posible existencia y alcance de malformaciones internas o externas, así como cualquier otra anomalía que pueda presentarse. La posibilidad de intervenir precozmente, en los casos en que sea necesario, aumenta las esperanzas de resolver un problema o, como mínimo, limitarlos.

7.4.1. El índice de APGAR

Es un método que permite valorar el estado general del recién nacido, mediante la observación de un conjunto de factores fácilmente verificables. Preparado en 1950 por la Dra. Virginia Apgar se conoce como test o índice de Apgar, y es el primer examen que se practica al neonato. Los datos se toman por duplicado, la primera vez exactamente a los sesenta segundos después del nacimiento, y la segunda en el minuto cinco de vida. A cada factor se da una puntuación de cero a dos puntos, y la suma proporciona el índice de APGAR. (Kattwinkel, 2011, p 14)

Si la primera exploración ha dado una puntuación baja, mientras que la segunda es buena, se deduce que ha existido sufrimiento en el nacimiento, pero se ha superado el peligro. Será, no obstante, un factor a seguir controlando posteriormente, puesto que en el futuro podrían presentarse complicaciones a consecuencia de este sufrimiento neonatal.

OBSERVACIONES	PUNTUACIÓN		
	0	1	2
Frecuencia cardíaca	Ausente	Menos de 100	Más de 100
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Llanto débil	Vigoroso
Tono muscular		Extremidades	

	Flácido	levemente flexionadas	Extremidades con flexión valida
Irritabilidad	Ninguna	Respuesta débil	Llanto
Color de la piel	Azul pálido	Manos y pies con cianosis (azulados)	rosado
Puntuación final			
	0-2	3-7	8-10
Diagnóstico	Muy grave (reanimación)	grave	Bueno-óptimo
Mortalidad	14%	11%	0,13%

Tabla I Kattwinkel, pág. 15

Sobre la puntuación de Apgar

La puntuación de Apgar, la primera prueba para evaluar a un recién nacido, se lleva a cabo en la sala de alumbramiento inmediatamente después del nacimiento del bebé.

“Por lo general, la prueba se le administra al bebé en dos ocasiones: la primera vez, un minuto después del nacimiento y la segunda vez, cinco minutos después del nacimiento. A veces, si el estado físico del bebé resulta preocupante o y si el resultado de la segunda prueba es bajo, se puede evaluar al bebé por tercera vez 10 minutos después del nacimiento.

Kattwinkel (2011), Se utilizan cinco factores para evaluar el estado físico del bebé y cada factor se evalúa siguiendo una escala del 0 al 2, siendo 2 la máxima puntuación posible. Los factores son los siguientes:(p. 15)

1. aspecto (color de la piel)
2. pulso (frecuencia cardíaca)

3. irritabilidad (respuesta refleja)
4. actividad y tono muscular
5. respiración (ritmo y esfuerzo respiratorio)

Los médicos, comadronas (parteras) y personal de enfermería suman las puntuaciones de estos cinco factores para calcular la puntuación de Apgar. La puntuación que puede obtener un bebé oscila entre el 0 y el 10, siendo 10 la máxima puntuación posible.

7.4.2. ¿Qué significa la puntuación de APGAR?

Mora (2004) menciona que un bebé que obtiene una puntuación de 8 o superior en la prueba de Apgar se suele considerar que tiene un buen estado de salud. (p. 70) De todos modos, el hecho de obtener una puntuación inferior no significa que el bebé esté enfermo o presente anomalías. Lo único que significa es que el bebé necesita algún tratamiento inmediato especial, como succionarle las vías respiratorias o administrarle oxígeno, para ayudarle a respirar, después del cual mejorará.

Cinco minutos después del nacimiento, se vuelve a realizar la prueba de Apgar. Si la puntuación del bebé era baja en la primera evaluación y se constata que no ha mejorado o al personal médico le preocupa el estado del bebé por otros motivos, el personal médico y de enfermería seguirá aplicando al bebé el tratamiento necesario y lo controlará atentamente. Algunos bebés nacen con afecciones que requieren cuidados médicos especiales y hay otros a quienes les cuesta más tiempo del habitual adaptarse a la vida extrauterina. La mayoría de los bebés que obtienen puntuaciones de Apgar un poco bajas en la primera evaluación se acaban adaptando bien al cabo de poco tiempo. (Mora, 2004, p. 124)

Es importante que los padres primerizos consideren la puntuación de Apgar con cierta relatividad. La prueba se elaboró para ayudar a los profesionales de la

salud a evaluar el estado físico de un recién nacido a fin de saber lo antes posible si el bebé necesita o no cuidados médicos inmediatos. No se elaboró para predecir el estado de salud, el comportamiento, el nivel intelectual, la personalidad ni el rendimiento a largo plazo de un bebé. Muy pocos bebés obtienen la puntuación máxima de 10, ya que sus manos y pies suelen permanecer azulados hasta que entran en calor. Y hay bebés completamente sanos que obtienen puntuaciones más bajas de lo habitual, sobre todo la primera vez que les realiza la prueba.

Tenga en cuenta que las puntuaciones de Apgar ligeramente bajas (sobre todo las que se obtiene un minuto después del nacimiento) son habituales en algunos recién nacidos, sobre todo los que nacen en partos de alto riesgo, tras una cesárea o en alumbramientos complicados. Las puntuaciones de Apgar bajas también son propias de los bebés prematuros, que suelen tener menos tono muscular que los bebés de término y que, en muchos casos, requieren más supervisión y ayuda respiratoria debido a su inmadurez pulmonar.

8. EXPLORACIÓN PEDIÁTRICA DE LA ACTIVIDAD REFLEJA

8.1. Los reflejos del recién nacido

Cuando lo bebés nacen, **su cerebro aún no está formado**. Necesitará algún tiempo más, pero la naturaleza le ha dotado de algunos **actos involuntarios** que le ayuda a sobrevivir fuera del útero y mientras termina de madurar su cerebro: son **los reflejos**. Existen los reflejos: arcaicos o primarios y los secundarios o respuestas posturales (los de maduración y los que perduran).”
(Mora, 2012, p. 124)

El neonato presenta una variedad de reflejos, a modo de respuestas musculares automáticas frente a un estímulo, algunos de los cuales son básicos para su supervivencia, como respirar, succionar salivar, toser y defecar. Tales reflejos llegarán en algún caso a alcanzar una sorprendente complejidad, y son indicativos de su estado neurológico general. Transcurridas tan solo dos horas después del

nacimiento, puede dilatar las pupilas en la oscuridad, las contrae por efecto de la luz, puede seguir con los ojos una luz móvil que se desplace a una velocidad apropiada, chupa de dedo o el pezón que le ponen en la boca, reacciona ante el sonido, y puede doblar y Extender Las Extremidades.

- **Diferentes Tipos de Reflejos Arcaicos o Primarios :**

Mora (2004), menciona los tipos de reflejos arcaicos:

a. De succión:

Qué y cómo es: El bebé hace los gestos de succión cuando se estimula el área que se encuentra alrededor de la boca.

Cuándo: Aparece hacia la 30ª semana de gestación y desaparece hacia el 6º mes, cuando empieza a ser un movimiento consciente y voluntario

b. El reflejo de Moro

Ante un estímulo brusco, el recién nacido extiende las extremidades y los dedos y recoge, acto seguido, los brazos y las manos sobre el pecho, como si tratase de abrazar a alguien cerrando fuertemente los puños. Es uno de los reflejos más importantes en el neonato por su valor indicativo, y desaparece generalmente hacia el tercer o cuarto mes. Si persiste, por el contrario, ocho o nueve meses después del parto, se considera indicio de una posible deficiencia o lesión en el sistema nervioso central.

El pediatra ha de explorar todas estas reacciones reflejas para verificar el desarrollo neurológico del niño y su capacidad de respuesta a los estímulos externos. En caso de no producirse una respuesta correcta, será necesario averiguar las causas de la anomalía y determinar inmediatamente su alcance, al objeto de instaurar un tratamiento adelantado que pueda estimular las capacidades del bebé. Desde el primer momento, los padres serán informados del desarrollo fisiológico y

neurológico del hijo, ya que su participación en la terapia de recuperación, con un adecuado adiestramiento por parte del especialista, es un factor capital para su eficacia.

Además de verificar estas conductas reflejas en el periodo neonato, a lo largo de la primera infancia el pediatra va comprobando la desaparición de algunas en concreto, que han de dejar paso paulatinamente a la aparición de otras respuestas más elaboradas. Estas sustituciones proporcionan un indicio de la correcta maduración del sistema nervioso.

c. Tónico del cuello:

Qué y cómo es: Al girar repentinamente la cabeza del niño hacia un lado, éste flexiona la extremidad inferior y extiende la superior del lado hacia el cual se ha dado la vuelta.

Cuándo: En el primer mes de vida y desaparece al 4^o o 5^o mes.

d. De enderezamiento de la cabeza:

Qué y cómo es: Al atraer el bebé hacia la posición de sedestación (sentado) con tracción de los brazos hay un intento de enderezamiento.

• Cuándo: A partir del primer mes de vida.

e. Babinski:

Qué y cómo es: Se produce al pasar suavemente la mano por la planta del pie del bebé desde el talón hasta el dedo gordo, entonces levanta los dedos y voltea el pie hacia adentro.

• Cuándo: Entre los seis meses y los dos años.

f. De posicionamiento:

Qué y cómo es: El bebé trata de levantar el pie para ponerlo sobre una mesa o cama al mantener sus espinillas en contacto con un borde.

Cuándo: En unos meses dejará de hacerlo.

g. De marcha o de ambulación:

Qué es y cómo es: Si se pone al recién nacido en posición de andar, el bebé realiza movimientos de marcha con las dos piernas como si caminase.

Cuándo: Este reflejo suele desaparecer entre los dos o tres meses de vida.

- De incubación del tronco:

Qué es y cómo es: Es una reacción del lactante al rozar su espalda a lo largo de la columna vertebral; entonces se encorva lateralmente junto con la cabeza hacia el lado estimulado.

Cuándo: Hacia el quinto o sexto día de vida

h. Palmar:

Qué y cómo es: Funciona de forma semejante al anterior. Al poner un objeto en la mano, se provoca una fuerte reacción de presión palmar.

Cuándo: Desde la 28ª semana de gestación, disminuye a los 10 días y suele desaparecer entre los dos y los cuatro meses de vida.

i. De presión plantar:

Qué y cómo es: Puede lograrse cuando rozando con un lápiz la parte del dedo pulgar del pie provoca que se flexionen los dedos, llegando incluso a retener el objeto.

• Cuándo: Desde la 28ª semana de gestación y desaparece a los ocho o nueve meses.

8.2. Exploración de anomalías metabólicas

Aunque haya resultado normal en las primeras exploraciones médicas, nunca está excluido que en el niño pudiera existir alguna alteración genética que se manifiesta después de semanas o meses. Si no es detectada en los primeros momentos de su vida, más tarde puede originar lesiones, especialmente neurológicas, que ya entonces irreversibles.

Las anomalías genéticas pueden producir una serie de alteraciones de tipo bioquímico, en el organismo, que se inician en el momento de ingerir alimentos y van agravándose progresivamente, a medida que avanza el desarrollo del pequeño. Se distinguen, según los casos intolerancia metabólica a determinados componentes de los nutrientes, o bien una carencia de sustancia imprescindibles para el desarrollo, como las hormonas o las vitaminas. De los distintos tipos de lesiones que estas intolerancias o carencias pueden originar, revisten especial gravedad las que se producen en el cerebro. (Ruiz, 2012, p. 481)

Muchas de estas enfermedades metabólicas son detectables en los primeros días de vida, entre el quince y el octavo, mediante el análisis de sangre. Una vez diagnosticadas, pueden ser tratadas eficazmente con una dieta alimenticia especial o administrada directamente la hormona o la vitamina que no se sintetiza o no se absorbe.

Estas alteraciones de tipo metabólico conducirán a un desarrollo inadecuado del sistema nervioso del bebé, que a su vez desembocaría en algún tipo de oligofrenia, es decir, en una deficiencia mental irreversible. De ahí la importancia de realizar todas investigaciones que sirvan para revelar su existencia antes de que la afección aparezca ya en su plenitud, cuando no existe remedio posible.

- Exploración u otras alteraciones

Además de las exploraciones indicadas, el especialista realiza también una exploración visual exhaustiva del bebé, observando detalladamente su constitución física. Por medio de este examen, puede detectar malformaciones en sus miembros al mismo tiempo que verificar las características más importantes de su morfología general, con el fin de destacar o diagnosticar alteraciones morfológicas, que a veces pueden presentarse bien a consecuencia del parto bien por causas prenatales o genéticas.

Con idéntica atención observara el tamaño y la forma del cráneo, al objeto de descubrir cualquier anormalidad (microcefalia, aplastamiento craneal) que debe ser verificada posteriormente con pruebas más precisas, y a fisonomía de las facciones, para descartar la presencia de características propias de determinadas enfermedades genéticas o cromosómicas, como el síndrome de Down, que conlleva un retraso mental importante y a menudo malformaciones viscerales, su presencia puede detectarse durante el embarazo, ya que la alteración cromosómica que lo origina existe en el momento mismo de la concepción

9. EL VÍNCULO MATERNO- FAMILIAR

9.1. Vínculo afectivo neonatal

Durante el primer año de vida, el niño mantiene una especie de simbiosis con la madre. Entre los dos forman un todo que para él constituye la única realidad. La madre o la persona que la reemplaza, es para el bebé como parte de sí mismo, la que se encarga de satisfacer sus necesidades y aliviar su desagrado.

En realidad, el vínculo materno-familiar es un intercambio de fuerzas que actúan una sobre otra: si esta relación es satisfactoria, beneficia a ambos por igual. Pero su trascendencia va mucho más allá de un simple intercambio de gratificaciones afectivas. Esta ligazón entre madre e hijo iniciada intrauterinamente, constituye la continuidad del desarrollo del niño, de la estructuración del psiquismo infantil y de la personalidad del futuro adulto. Incluso las relaciones que el niño va a

establecer más adelante en su vida dependen en gran medida de esta primera relación. La seguridad que puede adquirir en este periodo, pues significa un estímulo importante para su evolución posterior.

a. Los actos de comunicación

La relación entre la madre y el lactante no es una relación verbal, como la que tiene lugar entre los adultos, sino que se instaura a través de señales y signos, utilizando el contacto físico, el sentido de la vista, del tacto y del olfato. (Mora. 2004. P.128)

Cada madre tiene su manera particular de entrar en contacto con su hijo, del mismo modo que éste se comunica con ella de una forma propia y determinada.

Las señales afectivas que parten de la madre están determinadas por una actitud afectiva inconsciente, es decir, que la impulsa a obrar de un cierto modo sin que ella misma pueda darse cuenta; esta actitud afectiva es la que sirve de orientación al lactante. Igualmente, las reacciones o respuestas del hijo permiten a la madre descubrir cuando es comprendida.

Así se va estableciendo poco a poco la comunicación entre ambos.

b. Señales y signos

La madre emite “señales” que son percibidas por el niño y éste se comunica con ella por medio de “signos”, el signo es un término indicativo de valor general, como por ejemplo el llanto. La señal, en cambio, es el uso específico de un signo, o si se prefiere, la asociación entre el signo y el acontecimiento significado. Así, el contacto del pezón con la boca del lactante significa para éste la señal de que va a saciar su apetito. (Ruiz, 2012, p. 842).

9.2. El contacto corporal

Es tan importante como medio de comunicación entre la madre y el hijo que como necesidad propiamente afectiva del lactante. Poco a poco, a través de las necesidades de bienestar (o molestar) que le producen las caricias maternas, el niño va haciendo acopio de seguridad (o inseguridad). Incluso se ha señalado que cuanto más precoz pueda ser el primer contacto tanto mejor será la comunicación madre-hijo, y mayores los beneficios que de la misma se derivan.

9.3. La comunicación visual y olfativa

Una gran parte de las comunicaciones madre –hijo pasa por la mirada. Con ella se establece ya el primer contacto cuando la parturienta mira a su hijo por primera vez. A partir de esta comunicación inicial, surgirán intercambios de otro tipo, pero siempre en éstos estará presente la comunicación inicial. Surgirán intercambios de otro tipo, pero siempre en estos estará presente la comunicación visual. También el niño, cuando están tomando el pecho, fija sus ojos en el rostro materno, y en los ojos de la madre encuentra la señal de que pronto quedara saciado su apetito y desaparecerá la ansiedad. (Mora, 2012, p. 126)

La comunicación olfativa es más importante para el bebé. El niño nace con el olfato completamente desarrollado, y por medio del mismo aprende rápidamente a reconocer a la madre o al adulto cuidador.

10. LACTANCIA MATERNA

Hacia principios del siglo pasado, aparecieron las primeras leches artificiales para lactantes, sustitutorias de la materna. Gracias a la aceptación que lograron

alcanzar por parte del estamento médico, prácticamente todos los bebés nacidos en estado Unidos en los años cincuenta estaban recibiendo lactancia artificial.

Mora (2004) menciona que los principales argumentos que avalaron su empleo fueron:

- ❖ Superior calidad de la leche industrial.
- ❖ Se evitan infecciones en el pecho y posibles contagios
- ❖ La madre puede reintegrarse al trabajo o a su vida normal.
- ❖ Es posible un control más estricto de la alimentación del bebé
- ❖ Es la solución esperada para aquellas mujeres que no producen suficientes secreción para amamantar a su hijo.

En cuanto a la leche materna, por su parte, siempre se han reconocido sus ventajas:

Está disponible en todo momento, a la temperatura adecuada y no requiere preparación.

Se obtiene y se consume fresca.

Contiene anticuerpos que aportan defensas al niño contra posibles infecciones, en un periodo en que sus sistema inmunológico es todavía inmaduro.

Se ajusta a las necesidades del lactante, ni se dan casos de intolerancia.

Favorece la vuelta a la normalidad del aparato genital del sistema de la madre.

Además, la leche materna no es la misma ni en cantidad ni en calidad a lo largo de toda la lactancia. Es una relación tan conjuntada la que existe entre los dos organismo que la madre tiene más cantidad de leche en los periodos en que más necesita el hijo, y también la composición de la misma va variando para adecuarse a las necesidades que presenta el lactante.

Sin embargo, no son exclusivamente las cuestiones nutritivas inmunitarias o prácticas las que hay que tomar en consideración. No se puede olvidar que la relación efectiva madre-hijo que se da en el acto de amamantar constituye para ambos una experiencia muy gratificante es de gran importancia para el desarrollo del bebé.

La lactancia materna, en efecto, no solo alimenta al lactante, sino que le proporciona la oportunidad de disfrutar de una íntima relación física con la madre, de mantener con ella un contacto sensorial, pudiendo sentir el calor y el olor de su cuerpo. Mientras se está alimentando, el niño fija su mirada en el rostro materno, y con la mano apoyada en su pecho va acompañando el ritmo de succión. (Ruiz, 2012, p. 276)

Este reconocimiento que efectúa a través de los sentidos le proporciona seguridad y confianza. También la madre, al participar como agente activo en la nutrición de su hijo, siente que este depende y forma parte directamente de ella como antes del nacimiento, cuando se estaba formando en su vientre.

La lactancia materna es, un principio, la más aconsejable, a pesar de que las leches artificiales han alcanzado en los últimos años un óptimo nivel de calidad.

En los últimos tiempos ha aumentado considerablemente, en efecto, el número de madres que prefieren amamantar a su bebe, e incluso se observa un cierto sentimiento de culpa en las que por cualquier motivo han de recurrir a la lactancia artificial. Como también se da el caso, algunas veces, de madres que serían reacias a dar el pecho a su hijo se sienten obligadas a hacerlo, lo que les crea un problema de ambivalencia que puede convertirse la lactancia en una sucesión de episodios llenos de tensión y ansiedad, despojándola de sus deseables efectos benéficos.

La actitud que se debiera adoptar no cae en ninguno de los dos extremos: la leche materna en mejor para el niño, indiscutiblemente, salvo en casos de contraindicación (prematuros con peso muy bajo, HIV, enfermedades infecciosas o metales agudas en la madre, etc.), pero más importante y beneficiosa es aun la relación que se llega a establecer entre la madre y el lactante. Es mejor, para el bebé, recibir un biberón de una madre feliz a que lo amante una madre insatisfecha. (Ruiz, 2012, p. 689)

Tampoco dar el biberón a un niño tiene que ser forzosamente un acto mecánico y frío, despejado de todo componente efectivo. Es posible también mantener a través de él un estrecho contacto con el hijo y convertir la hora del alimento en un espacio relacional. El valor emotivo de la lactancia no está tanto en la forma como en el contacto corporal y en el diálogo emocional.

10.1. La leche industrial o artificial

Mora, (2004) menciona que la leche evita contagios al lactante, permite controlar mejor su alimentación, facilita que la madre pueda reintegrarse al trabajo y, por último, resuelve el problema de aquellas mujeres que no producen suficiente secreción.” (p. 128)

10.2. La leche materna

Mora (2004) Un alimento disponible en todo momento y a la temperatura adecuada, se ajusta a las necesidades del lactante, contiene anticuerpos, se obtiene y consume fresca, y favorece la vuelta a la normalidad del aparato genital de la madre.” (P. 128).

11. DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA DE 0 A 6 AÑOS.

En este periodo es de una importancia fundamental, por cuanto en muchos de los niños y niñas significa un principio de socialización a través de la escuela y el grupo de compañeros de juego, y supone la configuración de una personalidad de acuerdo con el desarrollo madurativo y una influencia decisiva del entorno.

a. Desarrollo psicomotor.

Supone un incremento rápido en estos años que se corresponden con el 2º ciclo de la Educación Infantil. Características generales son la maduración del sistema muscular y nervioso y la estructura ósea, habiendo aparecido ya la primera dentición.

Algunos factores, como la desnutrición o la privación de afectos, tienen una incidencia significativa en el proceso de crecimiento, mostrando los niños y niñas desnutridos retrasos en el desarrollo óseo, y circunferencias craneales más pequeñas que aquellos otros bien alimentados.

Resulta una etapa en que tiene gran importancia las destrezas motoras y hay un evidente avance en la coordinación de los músculos mayores y menores y en la coordinación viso-manual. De aquí la importancia que dentro del currículo se otorga al contacto del niño niña con materiales de naturaleza diferente y experiencias diversas que posibiliten ejercitar las habilidades motora y manipulativas esenciales para el posterior desarrollo de aprendizajes instrumentales escolares.

b. Desarrollo mental, cognitivo y del lenguaje.

Durante este periodo cronológico el niño y la niña representan un pensamiento más flexible, pero sin tener aún la madurez que un adulto, no posee todavía pensamiento abstracto. En esta etapa preoperacional de desarrollo cognitivo Piaget se desarrolla la función simbólica que permite representar al niño y niña lugares y eventos de su mundo interior, de su propio mundo. Esta función simbólica se manifiesta en el lenguaje, la imitación diferida y el juego simbólico, todavía el niño y niña se encuentra con limitaciones impuestas por el egocentrismo y la irreversibilidad. Estamos en un periodo muy importante para estimular y desarrollar la cognición.

El lenguaje en este periodo es fundamentalmente egocéntrico y socializado. Según Piaget y Vygotski este lenguaje no tiene en cuenta las necesidades de quien escucha, convirtiéndose poco a poco en un lenguaje mecanismo de comunicación.

Otra de las características típicas de este período es el juego. A través del juego los niños y niñas ejercitan una actividad física fundamental, aprenden acerca del mundo y hacen frente a sus sentimientos en conflicto al reescenificar situaciones de la vida real. La evolución pasa desde el juego solo, al juego con otros pero sin compartir, y finalmente al juego compartido con otros niños/as en colaboración.

c. Desarrollo afectivo y de la personalidad.

De acuerdo con el análisis psicomodinámico (Freud) el niño/a de educación infantil en este período lo posicionamos en la etapa fálica de su desarrollo psicosexual, obteniendo placer en su estimulación genital. Circunstancias recogidas en este período son también los complejos de Edipo –en el niño- y de Electra –en la niña-.

El autoconcepto desempeña un papel central en el psiquismo del individuo, siendo de gran importancia para su experiencia vital, su salud psíquica, su actitud hacia sí mismo y hacia los demás en definitiva, para el desarrollo constructivo de su personalidad.

d. Desarrollo social

- Una conducta de apego como resultado de una relación afectiva fundamentalmente madre-hijo, que va a tener una relevancia importante en la configuración de la personalidad del individuo.
- Un reconocimiento o autoconocimiento de sí mismo, comenzando por la propia imagen, diferenciando el yo del no-yo, para descubrir al final de esta etapa la existencia de los otros.

e. características relevantes:

- Una conducta de grupo, tras el descubrimiento de los otros donde se va a desarrollar aspectos tan importantes como el juego en un principio paralelo y posteriormente compartido, conflictos por la posesión de los objetos primeros contactos con la norma...

Destacar que el conocimiento de estas características, junto con las necesidades derivadas de los ritmos biológicos propios de esta edad, no solo permiten avanzar en el desarrollo armónico e integral de nuestros alumnos, sino que también justifica el trabajo por rutinas y gran parte de la organización de un centro de Educación Infantil.

12. ETAPAS Y MOMENTOS MÁS SIGNIFICATIVOS DE LA PRIMERA INFANCIA.

Las etapas se establecen en función de algún acontecimiento específico que marque un avance en el desarrollo a una determinada edad. Variaran en su clasificación según el autor que estudiemos.

No debemos de olvidar que el desarrollo se produce en cuatro áreas íntimamente relacionadas: **cognitiva, motora, afectiva y social.**

A continuación se describen las características más relevantes de las etapas, según Piaget y Freud.

En los primeros años de vida el niño es un ser indefenso y heterónimo. Hasta llegar a la autonomía total será necesario un largo proceso, no sólo madurativo a nivel biológico y psicológico sino también de aprendizaje social y emocional.

12.1. De 0 a 2 años

a. Desarrollo cognitivo

Según Piaget nos encontraríamos en la etapa sensoriomotora que abarca desde los 0 hasta los 2 años. Conocemos el mundo a través de nuestros sentidos (primeros en desarrollar) y la motricidad. El niño va tras la conquista del objeto.

El desarrollo cognitivo implica un proceso de descentración progresiva y de conocimiento objetivo de la realidad. Poco a poco el niño irá construyendo la noción de objeto.

b. Desarrollo motor

Según Piaget “la acción es la génesis de todo conocimiento”. En esta etapa son muy importantes los movimientos reflejos o respuestas condicionadas a determinados estímulos (si no hay respuestas podría ser un síntoma de una lesión del sistema nervioso).

Algunos tipos de movimientos reflejos son: reptación, rotación, succión, de prensión o palmar, de moro, de babinsky (si se golpea la palma del pie los dedos del pie se contraen), etc.

La comunicación del niño con el ambiente se inicia a través del lenguaje del cuerpo, antes que el lenguaje de la palabra aparezca. Tiene gran importancia la relajación y la tensión en el tono muscular y en la función tónica-gestual. El movimiento del cuerpo es fuente de conocimiento y de experiencia. Gracias a la estimulación externa el niño tendrá una motricidad más intencional.

Alrededor de los 15 meses el niño comenzará a andar y sobre los 20 meses comenzará a correr y el movimiento será más coordinado y diferenciado. Todo ello le permitirá ampliar su conocimiento del mundo.

c. Desarrollo afectivo

El bebé desde dentro del vientre materno vive una simbiosis con la madre, que después del nacimiento precisará para desarrollarse con normalidad. Tras el parto el bebé tendrá un bombardeo de estímulos y comenzará a tener necesidades fisiológicas, afectivas, necesidad de seguridad, etc.

De todas las teorías clásicas sobre el desarrollo de la personalidad la que más seguidores ha conseguido han sido las teorías psicoanalíticas, cuyo precursor fue Sigmund Freud. Este autor une el desarrollo de la personalidad al desarrollo de la sexualidad. Entre los 0 y los 2 años estaríamos hablando de la etapa oral. Se trata de la una estimulación de la zona bucal, las actividades serán las de chupar, masticar y morder, etc. y a través de ello conoce el mundo que le rodea. El placer es producido por la alimentación y el objeto de deseo es el pecho de la madre.

Un aspecto muy importante en el desarrollo afectivo del niño es la instauración del apego (Bolby) alrededor de los dos años. Se trata de sentimientos que unen al niño con los padres o personas que le cuidan. Es un vínculo emocional que implica el deseo de mantenerse en contacto por medio de la cercanía física.

Los niños necesitan formar un vínculo afectivo seguro hacia alguien. Este vínculo desarrolla un conjunto de respuestas complementarias a las conductas del bebé y estas conductas son:

- Preferencia sensorial a distintos niveles

- ❖ Auditivo: prefiere la voz humana y distingue la voz de la madre o padre, música, sonidos familiares, etc.
- ❖ Visual: reconoce el rostro humano y fija la mirada en los ojos.
- ❖ Atención diferencial: dirige su atención hacia los estímulos que proceden de sus congéneres con preferencia.

- Conductas vinculares o señalizadores

- ❖ Llanto y sonrisa.
- ❖ Amamantamiento: conducta de interacción.
- ❖ Intercambio vocal: tiene como fin potenciar los intentos vocálicos pre-verbales del niño.
- ❖ Conductas visuales: el bebé y el adulto utilizan la mirada para crear un diálogo

- Las fases del desarrollo del apego

- ❖ El bebé dirige sus conductas vinculares hacia todas las personas de su entorno sin distinción.
- ❖ Comienza a seleccionar y priorizar la elección de la madre.
- ❖ El apego queda establecido y hay un rechazo hacia lo desconocido.
- ❖ Poco a poco el niño irá tolerando la frustración por la separación o ausencia de los padres.
- ❖ El apego influye de modo decisivo en el desarrollo personal, social y cognitivo posterior del niño y a través de él adquiere seguridad.

d. Desarrollo social

Alrededor de los 4-6 meses la sonrisa será más selectiva y tendrá un mayor interés por los rostros familiares y los extraños les crearán angustias.

Sobre los 6 meses comenzarán los juegos alternativos donde el niño sigue lo que el adulto hace y el adulto le da intencionalidad. Ejemplos: Cinco lobitos, cucu tras.

A los 7 meses diferenciará el lenguaje adulto y a los 8 meses será más confiado y situará rostros y objetos. Aparecerá el juego solitario que cambiará al juego paralelo a los 18 meses. En este tipo de juegos los niños parece que juegan juntos pero no lo

hacen, se denomina monólogo compartido donde el lenguaje aun no es un instrumento de intercambio.

A los 2 años su organización del mundo es egocéntrica y aparecerá la moral heterónoma (2-7 años) donde los castigos son causa- efecto y las normas son castigos, son normas coercitivas, el niño no entiende de donde vienen las normas.

12.2. De 2 a 6 años

a. Desarrollo cognitivo

Lo más importante es el desarrollo de la inteligencia infantil y a esta etapa la denomina Piaget etapa preoperativa o preoperacional donde se afianza la función simbólica.

La etapa preoperativa es un periodo de preparación a las operaciones concretas y los elementos que la caracterizan son:

- ❖ Pensamiento simbólico y preconceptual (de un año y medio, 2 años a 4 años): aparece la función simbólica en el lenguaje, el juego simbólico (escoba como caballo), la imitación diferida y la imagen mental y el lenguaje.
- ❖ Pensamiento intuitivo (de 4 a 6 o 7 años): representaciones basadas sobre configuraciones estáticas.

- Las características concretas de este tipo de pensamiento

- ❖ Ausencia de equilibrio: no hay todavía equilibrio entre asimilación y acomodación (ante un concepto nuevo: la asimilación: se incorpora un nuevo elemento y la acomodación: reajuste hasta acomodarlo y se denomina conflicto cognitivo)
- ❖ Experiencia mental: aprende la realidad a través de acciones y sus resultados sin usar todavía construcciones abstractas.

- ❖ Centración: tendencia a fijar la atención en sólo algunos aspectos de la situación provocando una deformación del juicio. Centra la atención en una situación determinada.
- ❖ Irreversibilidad: carece de la movilidad y reversibilidad de los actos mentales. No ve relaciones entre la cosas. Ejemplo: sabe que tiene un hermano pero no ve que a su vez él también es hermano de su hermano.
- ❖ Estatismo: tiende más a fijarse en los estados que en las transformaciones.
- ❖ Egocentrismo: tienden a tomar el propio punto de vista como único.
- ❖ Yuxtaposición.

b. Desarrollo motor

El niño no deja de ganar peso y altura. El crecimiento del cerebro trae como consecuencia que el niño va adquiriendo un progresivo control sobre su propio cuerpo de acuerdo con las leyes de crecimiento o los gradientes de crecimiento:

- ❖ Cefalo-caudal:
- ❖ Próximo-distal:
- ❖ General-específico

También son importantes los automatismos básicos, que son la prensión y la locomoción.

Todo esto permitirá una serie de avances a diferentes niveles

Autocontrol

- ❖ Control de esfínteres: se produce entre los dos años y medio y los tres años. Primero se producirá de día y luego de noche y primero será la anal y luego la orina.
- ❖ Control de piernas: a partir del segundo año el niño irá ganando en la firmeza, finura y precisión de los movimientos de las piernas.

- ❖ Motricidad fina: irá adquiriendo mayor control en movimiento de manos y dedos.

- **Preferencia lateral (lateralidad)**

Se suele producir entre los tres y los seis años.

- **Esquema corporal**

Se refiere a la representación que tenemos de nuestro cuerpo. La representación se consigue a través de un proceso de ensayo-error (proceso de aprendizaje). El esquema corporal es fundamentalmente una representación simbólica primero de las diferentes partes de nuestro cuerpo por separado y posteriormente del conjunto que éstas forman. Es un proceso progresivo que se da aproximadamente a los 5 años (yo corporal) cuando el niño integra conscientemente las distintas partes en un todo y la reflexión del movimiento.

c. Desarrollo afectivo

Según Freud entre los 2 y 3 años el niño se encontraría en la fase anal en la cual obtiene placer en la retención y expulsión de heces y consigue cierto control sobre los padres.

También entre los 3 y hasta los 6 años podemos hablar que el niño se encuentra en la fase fálica donde el niño descubre las diferencias anatómicas entre el hombre y la mujer. El placer se localiza en la zona genital y buscará el placer a través de las autoestimulaciones. El conflicto central será el complejo de Edipo en niños y el complejo de Electra en niñas (deseos hacia el progenitor de sexo opuesto y hostilidad hacia el del mismo). Cuando reprimen estos sentimientos pasan a otra fase del desarrollo.

Las fuentes de conocimiento de los niños en estas edades son las plantas, los animales, las personas, los juguetes y los fenómenos naturales.

d. Desarrollo social

Nos referimos al desarrollo del conocimiento y la comprensión del niño del sistema social en el que vive.

Hay que distinguir dos aspectos:

- ❖ Conocimiento del otro:
- ❖ Relaciones interpersonales, consideran las relaciones como algo dado e incluso impuesto.

Cada etapa genera unas necesidades que también han de atenderse en la familia, escuela, comunidad.

Es importante la colaboración con las familias, y otros principios como el juego.

13. IMPLICACIONES EDUCATIVAS

A lo largo del artículo hemos venido haciendo referencia a esas implicaciones educativas, cuando hemos hablado de la importancia del papel del adulto en el desarrollo de las potencialidades del niño, en su proceso de descentración, no obstante estas implicaciones se han de centrar en:

- ❖ La educación debe adaptarse al ritmo de cada niño, desarrollar sus potencialidades.
- ❖ El alumno como protagonista.
- ❖ Relación entre desarrollos.
- ❖ Primero capacidades sensoriales más ritmos estables, ambiente lúdico, afecto y seguridad.

- ❖ Abordaje integral
- ❖ Juego, motivación.
- ❖ Participación de las familias.
- ❖ La organización del currículo debe responder a la experiencia propia del niño
- ❖ Los objetivos deben expresarse en términos de capacidades.
- ❖ Los contenidos deben ser globalizados y correspondientes a los ámbitos de su desarrollo: Identidad y Autonomía Personal, medio físico y social, comunicación y representación.
- ❖ Principios Metodológicos: actividad, juego, aspectos afectivos y de relación, partir de su nivel, interacción del niño con el medio, interés, socialización, libertad autorregulada, observación y experimentación.
- ❖ Evaluación: individual, continua y formativa utilizando la observación como instrumento.

CAPITULO III

MARCO INSTITUCIONAL

CAPITULO III

MARCO INSTITUCIONAL

1. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ

Otorga prestaciones de salud en los regímenes de enfermedad, maternidad y pediatría a la población estudiantil, familiares, docentes, administrativos y demás trabajadores de la Corporación de Educación Superior Nuestra Señora de La Paz con calidad, eficiencia, calidez, oportunidad y economía, mediante los servicios de medicina promocional, preventiva, curativa y rehabilitadora de acuerdo a derechos y prerrogativas establecidas en el sistema de salud.

1.1. Especialidades que brinda el Hospital Nuestra Señora de La Paz

- ❖ Anestesiología
- ❖ Cirugía General
- ❖ Cirugía Pediátrica
- ❖ Cirugía Traumatológica
- ❖ Dermatología
- ❖ Ginecología y Obstetricia
- ❖ Medicina General
- ❖ Medicina Interna
- ❖ Odontología
- ❖ Oftalmología
- ❖ Otorrinolaringología
- ❖ Pediatría
- ❖ Psiquiatría
- ❖ Traumatología

1.2. Diagnóstico

- ❖ Ecografía - Electrocardiografía

- ❖ Laboratorio Clínico
- ❖ Radiología

1.3. Servicios complementarios

- ❖ Ambulancia
- ❖ Emergencias 24 horas
- ❖ Enfermería
- ❖ Farmacia
- ❖ Fisioterapia
- ❖ Hospitalización

2.4. Costo

Bs. 120.-Semestral (para los titulares y beneficiarios directos, con pagos al inicio de cada semestre)

2. BENEFICIARIOS DEL SERVICIO:

2.1. Titulares

- Los alumnos regulares de la Universidad Nuestra Señora de La Paz.
- El personal docente, administrativo y trabajadores de la Corporación de Educación Superior Nuestra Señora de La Paz.

2.2. Beneficiarios Directos

- Los cónyuges de la o el titular.
- Los hijos menores de edad.

2.3. Beneficiarios Indirectos

- Los padres de los afiliados al SEMU
- Los hermanos menores de 18 años de los titulares afiliados al SEMU.

- Estos grupos de beneficiarios tendrán un descuento del 30% en todos los servicios establecidos en el programa de atención en salud de acuerdo a los aranceles institucionales establecidos por el HUNSLP.

2.4. Horarios de Atención

Consultorios médicos de horas 8:30 a 20:00 en forma continua de lunes a viernes Emergencias las 24 horas.

Oficinas administrativas de 8:30 a 12:30 y de 15:00 a 19:00 de lunes a viernes

CAPITULO IV

MARCO METODOLÓGICO

CAPITULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1. METODOLOGÍA

1.1. Enfoque

Esta investigación es cualitativa.

Es una investigación cualitativo, es un campo muy amplio que atraviesa disciplinas, problemas de investigación, métodos y despectivas epistemológicas. Implica una serie de prácticas que no se encuentran ligadas, con una determinada teoría o paradigma en particular ni son privativas de una u otra área del conocimiento..... mientras en las investigaciones cualitativas, en cambio no necesariamente hay respuestas sistemáticas ni estandarizadas. Lo que más busca son las visiones, percepciones y significados porque los “objetos” que las ciencias sociales examinan son seres humanos pensantes y parlantes. (Chuquimia, 2005, p. 43)

1.2. Tipo de Investigación

El presente trabajo es de investigación acción, que en palabras de Elliot (1996) es el “...estudio de una situación social para tratar de mejorar la calidad de la acción en la misma. Su objetivo consiste en proporcionar elementos que sirvan para facilitar el juicio práctico en situaciones concretas y la validez de las teorías” (p. 88)

Los estudios de investigación- acción tienen como objetivo proporcionar elementos que sirvan para proveer el juicio práctico en situaciones concretas y sobre todo la validez de la teoría. En la investigación acción, las teorías no se validan de forma independiente para aplicarlas, sino a través de la práctica.

En este trabajo se explicará en que consiste el desarrollo integral, así como las características que deben desarrollar los niños de la primera infancia, como en educación, salud y cuidados.

1.3. Investigación transeccional descriptiva

Los diseños transeccionales descriptivos tienen como objeto indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables. El procedimiento consiste en medir en un grupo de personas u objeto. (Hernández Sampieri y otros: 1999. P. 188)

Esta investigación transeccional fue utilizada porque se realizó en un tiempo determinado, en este caso tiene que ver la primera infancia.

2. CARACTERÍSTICAS DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación se caracteriza por trabajar con una población seleccionada, madres primerizas. Por tal motivo se trata de una investigación descriptiva, ya que describiendo, registrando y analizando e interpretando de los fenómenos del objeto de estudio.

3. UNIVERSO O POBLACIÓN

Tamayo (2000) una población es el conjunto de todos los elementos que concuerdan con una serie de especificaciones, es decir todos los objetos, fenómenos o situaciones que pueden ser agrupados sobre la base de una o más características comunes. (p. 220)

El universo para desarrollar la presente investigación se seleccionó de cinco hospitales de la ciudad de La Paz como ser: Hospital de la Mujer, Hospital San Gabriel, Hospital Juan XXIII, Hospital San Francisco de Asís, pero en el Hospital Nuestra Señora de La Paz aceptó para realizar el desarrollo del trabajo planteado.

Para elaborar el presente trabajo de investigación se consideró como población a madres primerizas del hospital Nuestra Señora de La Paz que recibe atención en dicho hospital, de la ciudad de La Paz.

4. MUESTRA INTENCIONADO O POR CONVENIENCIA

El muestreo es intencionado, que es apropiado para para viabilizar el proceso operativo del diseño metodológico planteado en la presente investigación. Este tipo de muestreo corresponde a la categoría de muestreo no probabilístico porque las elecciones de la madre que conforman es la muestra.

El muestreo intencionado se caracteriza por el empleo del criterio y juicio estricto personal del investigador, por el esfuerzo para obtener muestras representativas mediante la inclusión de áreas o grupos típicos en la muestra. El muestro intencionado se basa en la idea de que el investigador puede usar su conocimiento acerca de la población para elegir los casos que incluirá en la muestra. (CHUQUIMIA, 2005. p. 133).

Este tipo de muestreo intencionado se llegó a utilizar, porque es un grupo exclusivamente de madres primerizas, que llegaron a realizar su control prenatal y post natal en el Hospital Nuestra Señora de La Paz, con el fin de que las madres reciban la información acerca del desarrollo integral del niño.

5. INVESTIGACION POR ANALISIS POLI CATEGORIAL

El diseño de investigación es un sistema de categorías, según Farfán (2008) menciona que el sistema categorial construido por objetivos, categorías, niveles y fuentes para el proceso investigativo.(p164)

5.1. RELACION OBJETIVOS-CATEGORIAS-FUENTES DE ANALISIS

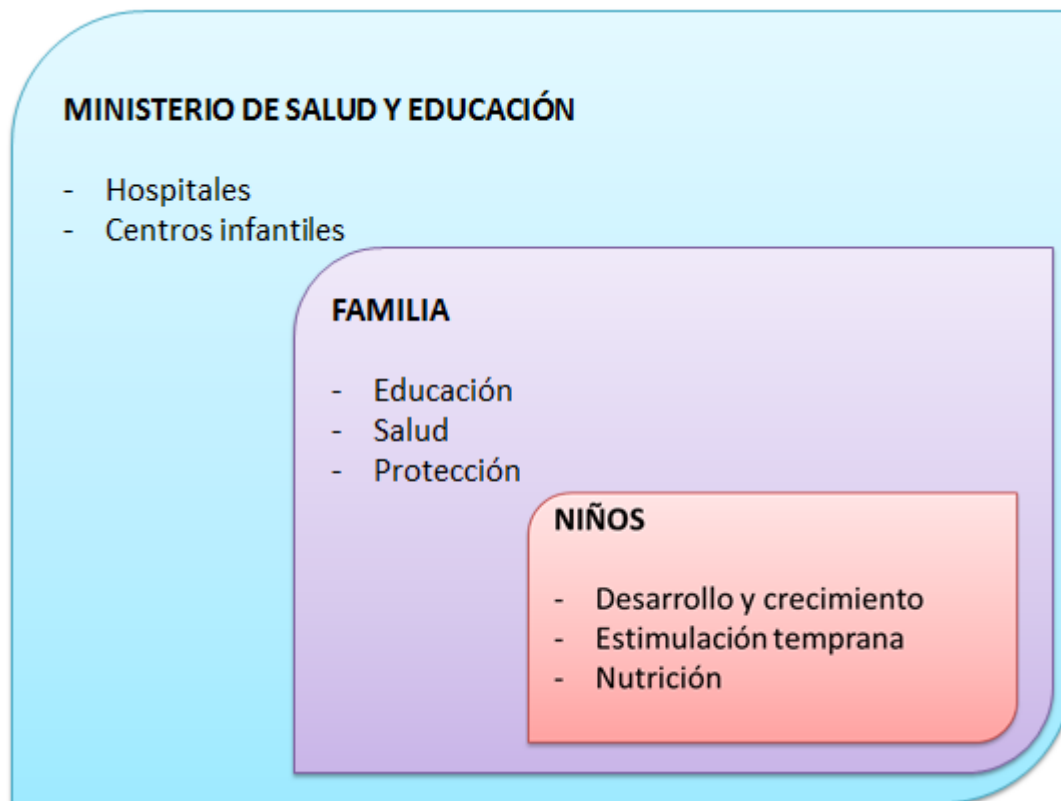
Por tratarse de una investigación cualitativa, se diseñó una matriz de objetivos con sus respectivas categorías y fuentes de análisis, respecto al brindar información a madres primerizas acerca del desarrollo integral del niño de la primera infancia en la ciudad de La Paz

Objetivos	Categorías 1º Nivel	Categoría de 2º nivel	Fuente
- Identificar las características de las funciones básicas de la primera infancia	Desarrollo infantil	Crecimiento Desarrollo	Revisión Bibliográfica
- Identificar el factor influyente en el			

<p>desarrollo integral del niño de la primera infancia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conocer si las madres primerizas saben sobre el desarrollo integral y sus componentes - Plantear un manual de información para las madres que transitan el proceso de gestación 	<p>Familia</p> <p>Protección</p> <p>Educación</p> <p>Salud</p> <p>Nutrición</p>	<p>Escala de Apgar</p> <p>Reflejos arcaicos</p> <p>Lactancia materna</p> <p>Estimulación temprana</p>	<p>Revisión Bibliográfica</p> <p>Propuesta del manual</p>
--	---	---	---

5.2. SISTEMA DE CATEGORIAL Y SUS INTERRELACIONES

La existencia de un sistema se halla en la relación que tiene entre si los elementos que posee, como ya señalamos al relacionar objetivos categorial, la concreción de esta relación intra-sistémica.



6. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

La investigación es de carácter activa- participativa, para lo cual las técnicas de investigación serán en sujeción al procedimiento metodológico con las siguientes características:

6.1. EL CUESTIONARIO

un cuestionario consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir.... Cada cuestionario obedece a diferentes necesidades y problemas de investigación, lo que origina que en cada caso el tipo de

preguntas a utilizar sea diferente” (Hernández Sampieri y Otros: 1998. p 285-288).

Los instrumentos utilizados en la investigación fueron cuestionarios con preguntas cerradas, de opción múltiple, realizadas a las madres primerizas que reciben atención en el hospital “nuestra Señora de La Paz” por ello, las preguntas cerradas dan la oportunidad al entrevistado a elegir su propio criterio y a tener una eficaz interpretación

6.2. LA ENTREVISTA

La entrevista es una técnica de recolección de datos además que esta es aplicable a muchas personas según sea nuestra muestra.

Chuquimia (2005), la entrevista puede ser definida como una conversación de carácter planificado entre el investigador y el o los entrevistados. En toda entrevista existe un propósito definido en relación con el entrevistado (p.143)

Es decir que en las entrevista el investigador debe de dar confianza al entrevistado para que el entrevistado responda con la mayor fidedigno posible en su respuestas.

7. SUJETOS

Se trabajó con 30 mujeres que son madres primerizas que asisten a realizar sus controles prenatales en el hospital nuestra señora de La Paz.

8. AMBIENTE

La investigación se realizó en la ciudad de La Paz, en el Hospital “Nuestra señora de La Paz” ubicado en la zona Bajo Llojeta en el mismo donde las

madres cuentan con servicios como apoyo psicológico, trabajo social, profesionales con especialización en diferentes en las áreas de: doctores y enfermeras de neonato, doctores y doctoras ginecólogos/as, doctores de traumatología, doctores anesthesiólogos, evidenciando que no existe el apoyo de un profesional Cientista de la Educación del área de psicopedagogía.

1. Se trabajó como uno de los instrumentos la entrevista estructurada por ser un conjunto vertebrado de preguntas que permite saber y obtener datos importantes para esta investigación.
2. A la vez se utilizaron el cuestionario estructurado con opciones múltiples y permitir conocer e identificar a cerca del desarrollo del niño o niña de la primera infancia.
3. Se utilizó un registro de observación, debido a que éste permite registrar durante todo el proceso el desarrollo de la aplicación de la información, y así observar los resultados que se quieren obtener.

9. PROCEDIMIENTO

El estudio se presenta a través de tres etapas:

1ª ETAPA:

Contacto con la institución a través de una carta de solicitud acompañada de las intervenciones que se desean realizar.

2ª ETAPA:

Es el período donde se aplicará la investigación del tipo descriptivo a través de entrevistar a las madres gestantes.

3ª ETAPA:

En este período de la investigación es donde se realiza los resultados para llegar a las conclusiones de la misma. Cumpliendo con el cronograma planificado.

CAPITULO V

ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

CAPITULO V

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Se llegó a brindar la información a las madres primerizas que realizaron su control pre natal, en el Hospital Nuestra Señora de La Paz, acerca del desarrollo integral del niño de la primera infancia. Pero antes de brindar esta información, le preguntamos a una de las madres lo siguiente **¿Usted qué entiendes por desarrollo integral del niño?** , y ella respondieron lo siguiente:

La señora: Guadalupe Mamani

No sé qué es el desarrollo integral del niño, pero me gustaría saber en qué consiste y si puedo hacer algo para mi bebito para su crecimiento, siempre y Cuando yo pueda realizarlo.

La señora: María Ortiz

Más o menos sé que es el desarrollo integral, a lo que me informaron tiene que ver el desarrollo del niño y sus etapas.

De acuerdo a la respuesta, decidimos explicar a las madres que el desarrollo integral y sus componentes, es por eso que le brindamos la información del desarrollo integral, en la que explicamos que desde el momento de la fecundación y la evolución esquemática del bebe, durante los nueve meses (periodo pre natal) hasta el nacimiento (periodo post natal).

Le explicamos a la madre que el bebé recibe su primera evaluación a los cinco minutos después de haber nacido, que es la escala de **APGAR** y que

posteriormente el bebé va creciendo y desarrollando el nivel **cognitiva, motora, afectiva y social**.

Después de brindar esta información, las madres tomaron en cuenta la importancia que es el desarrollo integral y los beneficios que recibirá el niño. Y nuevamente le preguntamos finalizando toda la información y una de las respuestas de las madres son:

La señora: Guadalupe Mamani

Para mi el desarrollo integral consta de varios factores, porque desde que nace el niño tiene posibilidades de desarrollarse, pero para que esto suceda, debemos ver su calificación de la escala de apgar porque desde ahí nos daremos de cuenta cuáles serán las dificultades que se puede presentar durante su crecimiento del niño.

Posteriormente, le preguntamos a las madres lo siguiente: **¿Usted considera que es importante recibir información acerca del desarrollo integral del niño de 0 a 6 años? ¿Por qué?** y nos indicaron lo siguiente:

La señora: Guadalupe Mamani

Yo creo que si, porque así podemos ver cómo está creciendo o desarrollando nuestro niños.

La señora: Lidia Mamani

No, porque considero que no es importante y tampoco me interesa saber la información.

La señora: Benita Ochoa

Si, considero que es importante, ya que como futura me gustaría saber cómo puedo ayudar para que mi niño crezca sano y fuerte.

Una vez obtenidas las respuestas por partes de las madres, se brindó la información adecuada acerca de la importancia del desarrollo integral del niño de 0 a 6 años de edad, es por eso, que en esta primera etapa el niño va desarrollando el nivel **cognitiva, motora, afectiva y social.**, como también se les explico a las madres en que consiste los reflejos arcaicos y en los meses que debe desarrollar el bebé estos movimientos. Después de brindar esta información, las madres tomaron en cuenta la importancia de dicho tema.

La señora: Martha Choque

Es muy importante el desarrollo integral del niño de 0 a 6 años, porque va desarrollando su motricidad fina y gruesa, el lenguaje , movimientos, pero esto tiene una etapa, cada mes el niño va desarrollando poco a poco estas actividades de acuerdo a la cartilla que nos brindó y la información que recibimos de esta charlas.

Asimismo, le preguntamos a la madre lo siguiente: **¿Usted considera que la familia es el principal responsable del cuidado del desarrollo integral del niño? ¿Por qué?** y nos indicaron lo siguiente:

La señora: Martha Choque

Por supuesto que sí, porque nosotros somos lo que inculcamos valores y normas a nuestros niños y niñas, como a nosotras nos inculcaron nuestros padres.

La señora Lidia Mamani

No, yo creo que son los colegios, porque ellos son los principales responsables del cuidado del desarrollo.

La señora: Benita Ochoa

Sí, claro que nosotros somos los principales responsables del cuidado como también del desarrollo de nuestros hijos.

Se brindó la información adecuada del desarrollo integral e indicamos que desde su embarazo hasta el nacimiento del niño van desarrollando, y uno de los pilares fundamentales es la familia, y son responsables de brindar al niño protección y educación, ofreciendo recursos necesarios que el niño necesita para desarrollarse físicamente. El niño debe recibir una alimentación adecuada, vestido, gozar de buena salud, desarrollarse y aprender habilidades básicas necesarias para su supervivencia. Después de brindar esta información, las madres tomaron en cuenta la importancia de dicho tema.

La señora Lidia Mamani

Ahora me doy cuenta que nosotros los padres, somos los responsables para el desarrollo integral de nuestros niños, antes pensé que el colegio se encargaba, pero estaba equivocada. La familia es el principal responsable.

También preguntamos a las madres lo siguiente: **¿Usted qué componentes considera que se encuentra dentro del desarrollo integral del niño?** y nos indicaron lo siguiente:

La señora: Marizabel Martínez

Bueno, desde mi punto de vista, como futura madre, considero que son la educación, salud, vivienda.

La señora: Daniela Chávez

Creo que es la familia, educación, son esos dos puntos que considero que son los componentes.

A las madres, se les explico que los componentes de la educación integral, una de ellos, es Seguridad y dentro de esto se encuentra, alimentación, vestido, gozar de buena salud, desarrollarse y aprender habilidades básicas necesarias para su supervivencia. Asimismo, le explicamos que la Educación les permite desarrollar su inteligencia, autoestima y valores haciéndolo un ser competitivo y capaz de desenvolverse en sociedad. De igual manera, La salud es muy importante ya que esta enlazada con la nutrición para el desarrollo integral. El niño debe recibir una alimentación equilibrada, aquella que contiene la cantidad y proporción justa de elementos necesarios para que nuestro organismo se encuentre en plena forma física y mental. Porque es la base de una buena salud. Sobre todo durante la infancia y la adolescencia, ya que se produce el crecimiento físico e intelectual.

Después de brindar esta información, las madres tomaron en cuenta la importancia de dicho tema.

La señora: Daniela Chávez

Los principales son: la seguridad porque como mamá brindamos el cuidado y atención, después es la educación que debe recibir mi niño, también salud y nutrición

También preguntamos a las madres lo siguiente: **¿Usted considera que la salud es importante para el desarrollo integral del niño de 0 a 6 años? ¿Por qué?** y nos indicaron lo siguiente

Señora: Pilar Machaca

Obviamente que sí, porque mediante la salud, nuestros niños podrán desarrollarse normalmente, porque sino tiene salud no desarrollaría nuestros niños y niñas.

La señora: María Ortiz

Sí, porque la salud es primordial en nuestros bebitos, aunque a veces los bebés siempre se llegan a enfermar.

La salud es muy importante ya que esta enlazada con la nutrición para el desarrollo integral. Porque el niño debe recibir la atención y el cuidado adecuado.

Asimismo, les preguntamos a las madres lo siguiente: **¿Usted considera que la nutrición es responsables para un buen desarrollo integral del niño de 0 a 6 años? ¿Por qué?** y nos indicaron lo siguiente:

Señora: Beatriz calle

Bueno, considero que la nutrición es responsable, porque reciben sus vitaminas y proteínas que ayuda a su desarrollo del niño.

Señora: Victoria Butrón

La verdad, considero que la nutrición es importante, pero por escasos recursos nosotras no nos alimentamos, aun estando en nuestro proceso de gestación.

El niño debe recibir una alimentación equilibrada, aquella que contiene la cantidad y proporción justa de elementos necesarios para que nuestro organismo se encuentre en plena forma física y mental. Porque es la base de una buena salud. Sobre todo durante la infancia y la adolescencia, ya que se produce el crecimiento físico e intelectual. Después de brindar esta información, las madres tomaron en cuenta la importancia de dicho tema.

La señora: Guadalupe Mamani

La nutrición es importante porque el niño recibe su alimentación adecuada y la cantidad que requiere cada niño, porque mediante su alimentación crecerá y desarrollara de acuerdo a su edad

La siguiente pregunta que se realizó a las madres es: **¿Usted qué entiende por desnutrición?** y nos indicaron lo siguiente:

La señora: Guadalupe Mamani

La desnutrición es la falta de alimentación, que no se les brinda los alimentos adecuados y que se refleja en el colegio.

La señora: Benita Ochoa

Bueno, desde mi observación como futura madre, la desnutrición es porque no recibieron su alimentación adecuada o también es por el exceso de la comida chatarra.

La desnutrición, se produce cuando el organismo no recibe los alimentos necesarios en cantidad y calidad suficiente para un adecuado crecimiento y desarrollo. Después de brindar esta información, las madres tomaron en cuenta la importancia de dicho tema.

La señora: Benita Ochoa

La desnutrición consiste por no recibir una alimentación adecuada y sus características son de un niño desnutrido, bajo peso, no tiene ganas de jugar, se cansa rápido, con frecuencia los niños les da fiebre y diarrea

La siguiente pregunta que se realizó a las madres es: **¿Usted qué entiende por mal nutrición?** y nos indicaron lo siguiente:

La señora: Susana Guarachi

La malnutrición es lo mismo de desnutrición, porque los niños no recibieron los alimentos adecuados para su desarrollo.

Señora: Beatriz Calle

La mal nutrición es la alimentación como resultado de una dieta inadecuada o de algún defecto en el metabolismo.

A las madres les explicamos que la mala nutrición es muy diferente que la desnutrición.

La mala nutrición es una mala alimentación, es decir, es una dieta inadecuada o de algún defecto en el metabolismo que impide que el cuerpo utilice sus alimentos correctamente. Después de brindar esta información, las madres tomaron en cuenta la importancia de dicho tema.

Después de brindarles la información a las madres primerizas, le preguntamos lo siguiente: **¿Usted cree que existe diferencia entre “mal nutrición” y “desnutrición”? ¿Por qué?** y nos indicaron lo siguiente:

Asimismo, le preguntamos a las madres lo siguiente: **¿Usted considera que la lactancia materna es importante para el desarrollo integral del niño ¿Por qué?** y nos indicaron lo siguiente:

Le explicamos a las madres primerizas que la lactancia materna es muy importante, porque contiene anticuerpos que aportan defensas al niño contra posibles infecciones, en un periodo en que sus sistema inmunológico es todavía inmaduro. Asimismo, se les informo las ventajas que tiene la leche materna y su importancia para el bebé. Después de brindar esta información, las madres tomaron en cuenta la importancia de dicho tema.

La siguiente pregunta que le realizamos a las madres es : **¿Usted considera que la desnutrición es responsables para un bajo rendimiento escolar del niño? ¿Por qué?** y nos indicaron lo siguiente:

Se llegó a explicar a las madres que la desnutrición es un factor principal para el bajo rendimiento escolar, porque no reciben una alimentación de calidad y cantidad. Es por eso que se ve a niños sin ganas de estudiar, se cansan rápidamente, como también simplemente los niños llegar a dormir en clases y no toman atención a los profesores.

Se realizó la siguiente pregunta a las madres primerizas: **¿Usted conoce qué aspectos va desarrollando el niño durante el primer año?** y nos indicaron lo siguiente:

Se llegó a explicar a las madres que durante su primer año de nacido, el bebé debe desarrollarse, en la motricidad fina, gruesa, lenguaje y social, es por eso que le explicamos a la madre que el niño, debe realizar seguimiento visual línea media (1m.), de igual manera, debe realizar movimientos de las Manos semi-abiertas (2 meses) y también Mira su mano (2 meses y medio). Asimismo, el niño debe realizar prensión cúbito palmar (4 meses), como también, pasa cubo de mano mirándolo (5m) y finalmente realiza Prensión pinza-radial (12 meses).

Este proceso de desarrollo también les explican en el hospital por parte del doctor, pero a grandes rasgos, ya que los niños siguen su control post natal, pero las madres consideran que es muy importante que exista un personal exclusivamente para que les explique detalladamente todo este proceso de su desarrollo de su niño.

Le preguntamos a las madres primerizas lo siguiente: **¿Usted a qué edad considera que los niños y niñas empiezan a caminar?** y nos indicaron lo siguiente:

Se llegó a explicar a las madres que los niños logran a caminar al cumplir los doce meses, pero existe algunos factores, alguno de ellos es por causa que le detectaron displacia de cadera y que por causa de esto, tardan en caminar, pero esta causa previamente los doctores que atienden a neonatos les explica las causas y la importancia que debe recibir el niño acerca de este tratamiento.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Llegamos a las siguientes conclusiones que se arribó a través de la investigación que son las siguientes:

Respondiendo al objetivo general

Las mujeres gestantes primerizas que realizaron su control prenatal en el Hospital Nuestra señora de La Paz, a través de la entrevista , nos indica no tiene la información respecto al desarrollo de la primera infancia, como también que no tiene conocimiento sobre el desarrollo integral, ni sus componentes.

En el objetivo específico 1:

La familia es uno de los principales factores que llegan a influenciar en el desarrollo del niño de la primera infancia.

Según los resultados recabados de nuestras entrevistadas fue que las madres están muy conscientes que la familia es el principal actor para brindar al niño una formación integral, , porque la familia es donde se les brinda seguridad, estabilidad, educación, salud, y protección al niño. Asimismo, la familia influye patrones de conducta, roles, valores, logrando así a un ser competitivo y capaz de desenvolverse ante la sociedad, pero para llegar a desarrollar todo ello, es importante la salud y nutrición, ya que debe recibir el niño desde su nacimiento, las proteínas y vitaminas adecuadas para prevenir la desnutrición y la mala alimentación que a veces se llega a observar en los centros educativos

En el objetivo específico 2:

Las madres primerizas que recibieron su control prenatal en el Hospital Nuestra Señora de La Paz, de acuerdo a la entrevista , nos indica que no conocían, pero después de brindar la información, ellas ya sabían cuáles eran las características de las funciones básicas de la primera infancia ya que ellas consideran que se les pueda dar más información en el Hospital . las madres conocen ahora cuáles son esas áreas íntimamente relacionadas: cognitiva, motora,

afectiva y social. Todo esto es importante para el desarrollo de las potencialidades del niño, ya que es un proceso de centralización.

En el objetivo específico 3:

Las madres primerizas no tienen muchos conocimientos respecto a lo que es la atención integral y sus componentes, ya que son importantes para un buen desarrollo del niño y asimismo la estimulación temprana que puede recibir cada niño durante la primera infancia, es por eso, que le brindamos la información a ellas, con fin de que las madres sepan los componentes del desarrollo integral.

En el objetivo específico 4:

En el Hospital Nuestra Señora de la Paz, logramos brindar el manual de información del desarrollo integral del niño de la primera infancia a todas las madres primerizas, con el fin de que ellas logren desarrollar y estimular a su niño o niña hasta la primera infancia.

Finalmente, de acuerdo a los resultados obtenidos por parte de las madres de familia, fue satisfactorio al obtener los datos, ya que se observó que las madres tomaron en cuenta toda la información que le brindamos, acerca del desarrollo de su bebé y las consecuencias que se puede presentar al no dar una estimulación adecuada a su niño.

RECOMENDACIONES

A continuación recomendamos lo siguiente:

EDUCACIÓN

- ❖ Implementaciones de Gabinetes psicopedagógicos en los hospitales donde atienden a neonatos, como también atender a bebés que salieron de terapia de neonatos, y así estimular, ya que como psicopedagogas podemos llegar a subsanar las dificultades que se presentaran una vez dejando la sala de terapia.
- ❖ Implementación de gabinete psicopedagógico en el hospital Nuestra Señora de La Paz, donde las psicopedagogas puedan realizar sesiones de estimulación a los niños, como también dar charlas a las madres.

FAMILIA

- ❖ Realizar cursos talleres acerca de la posiciones de la lactancia materna con la colaboración de las licenciadas de enfermería, como también brindar información cuán importante la leche materna para sus niños.
- ❖ Realizar charlas y sesiones con las madres acerca de la estimulación temprana, de su motricidad fina, gruesa, lenguaje y social.
- ❖ Realizar cursos talleres con los padres de familia acerca de salud y la protección del cuidado del niño.

MINISTERIO DE SALUD

- ❖ Realizar convenios con hospitales estatales y privados, para que las psicopedagogas puedan realizar prácticas profesionales y así ellas podrán brindar información a las madres del desarrollo integral del bebé.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Atención Integral y Estimulación Temprana: los reflejos primarios. Martha Chavero García,(ed), *Didáctica, Educación integral y áreas transversales*, (pp 139-140)
- ✓ Bolivia, Secretaria de Estado de Educación, dirección general de educación inicial (2004) *El Trabajo Diario en el Nivel Inicial*, Clara Vargas-Libertad López, autor.
- ✓ Britton W, (2009). *Guía de Estimulación Temprana*, Perú, ANTAMINA ediciones.
- ✓ Delgadillo J. C. (2004). *Biología*, Bolivia, Campo Iris.
- ✓ Escobar J, (Ed)(2004)Diccionario Enciclopédico Ciencias de la educación (1ª Ed) San Salvador.
- ✓ Gisbert C,(Ed)(1998) *diccionario de Medicina* (4ªed) España Barcelona
- ✓ Ginebra, Organización Mundial de la salud (2002) *Manejo de las Complicaciones del embarazo y el Parto, guía para obstretrices y médicos*. autores.
- ✓ Gonzales I,(2009) *psicología del desarrollo*, editorial JIVAS ediciones.
- ✓ Kattwinkel, J. (ed.)(2011) *Reanimación Neonatal*. (6ªed).
- ✓ La Paz, Ministerio de Educación cultura y Deporte, viceministerio de educación (2001) *Escala Abreviada de Desarrollo Psicosocial*. Bolivia editor
- ✓ Lujambio A,(2010) *guía de estimulación y psicomotricidad en la educación inicial*, México.
- ✓ Mora E. (2004). *Psicopedagogía infarto- adolescente*. EDITORIAL CULTURAL S.A.
- ✓ Ordoñez, c. (1994) *pase Ud. Doctor y explíquenos todo*. La Paz- Bolivia. Nexos
- ✓ Papalia, D. E.(2004) *Desarrollo Humano*. (9ªed). México
- ✓ Ruiz M. D., Martinez M. R. &Gonzales P. (2012) *Enfermería Pediátrica*. (vol 2) España.
- ✓ Sastre S,(2001) *El Desarrollo de Nuestros Niños*, INTRAMED ediciones.
- ✓ Sandoval k,(2003) *Educación diferencial*, Perú, América ediciones.
- ✓ Torres A,(2002)*Desarrollo y Crecimiento*. México, MEDRIGRAFIC ediciones.
- ✓ Schwarcz,R & fercina, R. (1995) *obstetricia* (5ª ed.).Buenos Aires, El Ateneo.

- ✓ USAID, normas del ministerio de salud (2008) *Módulo para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y niño*, Carlos urbano duránd, Autor.
- ✓ Ferres N, (2012, agosto 31) La psicomotricidad y El Desarrollo Infantil, artículo 2, extraído el 29 septiembre, 2012. De la página web http://www.adra.org.pe/es/archivos/publicaciones/pub_487_9/shtml
- ✓ Uriarte R.(2012 agosto 4)Estimulación Infantil y Medio Ambiente, articulo 4, extraído el 5 octubre,2012de la pagina web