

*PROGRAMA EDUCATIVO PREVENTIVO PARA MADRES GESTANTES DE ALTO RIESGO BIOLÓGICO
Y/O AMBIENTAL*

SORELLY DEL SOCORRO MORENO CARVAJAL

LUCY GIRALDO PINEDA

Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar el Título de Magister en Educación

Asesora: DOCTORA YOLANDA TURIZO DE MARIN

MEDELLIN UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA FACULTAD DE EDUCACION

1993

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA DEPARTAMENTO DE EDUCACION AVANZADA

ACTA DE APROBACION DE TESIS

Los suscritos presidente y jurados de la tesis PROGRAMA EDUCATIVO PREVENTIVO PARA MADRES GESTANTES DE ALTO RIESGO BIOLÓGICO Y/O AMBIENTAL, presentada por las estudiantes Sorelly del S. Moreno Carvajal y Lucy Giraldo Pineda, como requisito para optar al título de magister en Educación: Psicopedagogía, nos permitimos conceptuar que ésta cumple con los criterios teóricos y metodológicos exigidos por la Facultad y por lo tanto se aprueba.

Mayo 25 de 1993


F i T ^ i o z (i A j
YOLANDA TURJAO DE M
Presidente

i b u * &
ROCIO GONZALEZ ESCOBAR
Jurado


MABEL VALLEJO DE/M.

JAV

Medellin, Mayo 25 de 1993

AGRADECIMIENTOS Las autoras expresan sus agradecimientos:

*A DOCTORA YOLANDA TURIZO DE MARIN, Médico Pediatra A JAVIER ALBERTO OSORIO B. Médico
- Cirujano A HOSPITAL MARCO FIDEL SUAREZ DE BELLO A CENTRO DE SALUD ACEVEDO*

A Todas aquellas personas que en una u otra forma colaboraron en la realización del presente trabajo

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	1
1. PROBLEMA	3
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
2. JUSTIFICACION	7
3. MARCO TEORICO	12
3.1. RIESGO	1
3.2. VINCULO AFECTIVO	6
3.3. LACTANCIA MATERNA	21
3.4. ESTIMULACION	26
3.5. DESARROLLO INTEGRAL	30
4. METODOLOGIA	32
4.1. OBJETIVOS GENERALES	37
4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	37
4.3. POBLACION Y MUESTRA	37
4.4. PROCEDIMIENTO	38
4.5. INSTRUMENTOS UTILIZADOS	41
4.6. TIPO DE INVESTIGACION	*4
4.7. HIPOTESIS 4.8. VARIABLES	2
4.8.1. Dependientes	42
4.8.2. Independiente	42
5. PLAN DE ANALISIS	42
5.1. ANALISIS DE RESULTADOS	42
5.1.1. Madres	43

5.1.1.	<i>Padres</i>	44
5.1.1.1.	<i>Grupo experimental</i>	44
5.1.1.2.	<i>Grupo control</i>	51
5.1.2.	<i>Bebés</i>	59
5.2.	<i>ANALISIS ESTADISTICO</i>	61
5.2.1.	<i>Naturaleza y estructura del diseño</i>	61
5.2.2.	<i>Análisis de varianza</i>	61
6.	<i>CONCLUSIONES</i>	63
7.	<i>BIBLIOGRAFIA</i>	65
8.	<i>RECOMENDACIONES</i>	67
9.	<i>ANEXO 1 MODULOS</i>	
	<i>PREPARACION PARA EL EMBARAZO</i>	69
	<i>JUSTIFICACION</i>	69
	<i>OBJETIVOS</i>	69
	<i>ANATOMIA DE LA REPRODUCCION</i>	70
	<i>CONCEPCION Y GESTACION</i>	73
	<i>CAMBIOS FISIOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO</i>	75
	<i>CAMBIOS PSICOLÓGICOS EN LA GESTANTE</i>	79
	<i>NUTRICION DE LA EMBARAZADA</i>	82
	<i>ESTIMULACION INTRAUTERINA</i>	95
	<i>GIMNASIA PRENATAL</i>	101
	<i>PREPARACION PARA EL PARTO</i>	113
	<i>JUSTIFICACION</i>	113
	<i>OBJETIVOS</i>	113
	<i>PARTO HUMANIZADO</i>	114
	<i>EL PUERPERIO</i>	122
	<i>LACTANCIA MATERNA</i>	125
	<i>PRESENCIA DEL PADRE</i>	135
	<i>SEXUALIDAD</i>	136
	<i>ANTICONCEPTIVOS</i>	142
	<i>MANEJO DEL RECIEN NACIDO</i>	144
	<i>JUSTIFICACION</i>	144
	<i>OBJETIVOS</i>	144
	<i>VINCULO AFECTIVO</i>	145
	<i>MANEJO DEL RECIEN NACIDO</i>	163
	<i>LAS VACUNAS</i>	166

<i>ACCIONES DE ESTIMULACION</i>	169
<i>ALIMENTACION DEL NIÑO DURANTE EL PRIMER AÑO</i>	177
<i>ESQUEMA DE ALIMENTACION DE 4 MESES A 7 AÑOS</i>	178
<i>DESARROLLO PSICOMOTOR</i>	179
<i>A SI SE EXPRESA MI BEBE</i>	181
<i>QUE ALCANZA A PENSAR MI BEBE</i>	183
<i>EN CASA CON EL BEBE</i>	185
<i>GUIAS PARA EL DESTETE</i>	190
<i>FUNCION SOCIAL DE LA FAMILIA</i>	191
<i>JUSTIFICACION</i>	191
<i>OBJETIVOS</i>	192
<i>LA FAMILIA</i>	192
<i>MALTRATO AL MENOR</i>	206
<i>INTEGRACION DEL NIÑO MEDIANTE EL JUEGO</i>	213
<i>ANEXO 2 ESCALA DE VALORES</i>	216

INTRODUCCION

Los procesos de educación familiar, han sido modificados paulatinamente, dadas las exigencias del momento actual.

La función materna exige una mayor preparación desde el propio ámbito familiar y, desde una concepción más humana en lo que se refiere a la procreación de un hijo.

El Programa Educativo Preventivo, dirigido a madres gestantes, busca un cambio de actitud de la Mujer-Madre en el sentido de asumir como suya, la tarea real y consciente, de establecer una relación de afecto y seguridad con su bebé, que será la base fundamental para su posterior desarrollo armónico dentro del grupo social en el cual va a desenvolverse.

No obstante, conviene involucrar a todas las personas que hacen parte de la familia, para que los vínculos de afecto, no vengan sólo de la madre, sino que converjan en el grupo familiar y se proyecte como una función de interacción humana.

En este sentido, se dan elementos básicos para la prevención de la Deprivación psicoafectiva, bajo peso al nacer, carencia de cuidados básicos del recién nacido, destete temprano, entre otras.

Este trabajo presenta un Programa Educativo-Preventivo, que se convierte en una alternativa de interacción entre el sector de la Salud y el sector Educativo, en función del bienestar general de la gestantes y su fruto, que se proyectara posteriormente en el desarrollo integral de su hijo, y le ayudará a su plena realización, desde sus posibilidades ambientales.

El texto de la investigación consta básicamente de dos partes, a saber: Una teórica conformada por la formulación del problema, marco teórico, metodología y elaboración de módulos.

El aspecto práctico comprende el programa y las actividades a desarrollar en la ejecución del mismo, específicamente con el grupo de madres participantes.

Esperamos que el Programa Educativo Preventivo, sea un aporte para la Comunidad en general y se considere viable de aplicar en poblaciones con características similares.

1. PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El crecimiento demográfico hace que una cantidad considerable de familias colombianas vivan en condiciones higiénicas deficientes y sin espacio vital apropiado para el desarrollo integral del niño.

Los barrios marginados han surgido como asentamientos de viviendas sin previa planificación urbanística, sin la previsión de necesidades, sin autonomía, sin servicios. El niño que vive en un área degradada, plantea problemáticas familiares específicas.

La convivencia en áreas marginadas, provoca desadaptaciones del niño que pueden concretarse en una amplia gama de condiciones causas y patologías caracterizadas por un desarrollo incompleto del niño que es incapaz de reaccionar al ambiente social.

Nunca serán los suficientemente ponderados los efectos de la marginalidad durante la escolaridad del niño. Las expresiones de esa desadaptación tienen causas que van, desde los traumas que encuentran su origen en las relaciones tensionantes con los padres o en las fantasías que compensan alucinatoriamente las carencias; a los conflictos actuales que tiene que soportar el niño cuando ingresa a una institución educativa, sin la seguridad previa de cuidados y aprestamiento sistemático en el hogar, injusticia de los maestros y castigos sin motivo aparente

Existen, otros condicionales socioeconómicos que actúan a modo de factores incidentes: En primer término, la falta de asistencia adecuada en el momento del embarazo o del parto, lo cual puede producir lesiones cerebrales o anoxias perinatales, caracterizadas por la disminución o falta de oxígeno en las células o tejidos del organismo, esto conduce a la muerte de neuronas cerebrales diferenciadas para los procesos de aprendizaje; Segundo, la nutrición deficiente e inapropiada en períodos críticos coyunturales, no solo para el desarrollo físico, sino también para el psicointelectual; Tercero, no se da un intercambio relacional lógico entre padres y niño, por un lado, por falta de tiempo y por la fatiga del trabajo, y por otro lado, por la absorción exclusiva en otros problemas de subsistencia que invaden a los padres; Cuarto, el ritmo de trabajo de los padres y su sometimiento a una jornada laboral intensa genera tensiones intrafamiliares sin posibilidad de intercambios, agudizan la pobreza lingüística de los padres y acorta los estímulos verbales que ayudan al desarrollo del niño; Quinto, las carencias afectivas y el exceso de protección durante el poco tiempo que los padres dedican al niño, producen una afectividad desarmónica con regresiones notables, fobias de aprendizaje y huida de la realidad; Sexta, el alcoholismo como evasión a los problemas reales de la marginalidad, causa distensiones familiares, agresividad y otras secuelas en la emotividad del niño; Séptimo, se distorsionan los procesos de identificación con los padres

porque al asumir la madre los valores de la imagen paterna, se crean alianzas inconscientes entre la madre y el niño contra el padre.

Todos los anteriores elementos unidos a la violencia misma del barrio acaban haciendo intolerable la vida del hogar. Los padres y el niño viven tiranizados en un ritmo de trabajo y de carencias donde todo esfuerzo educativo del niño esta descompensado.

Todos los anteriores elementos unidos a la violencia misma del barrio acaban haciendo intolerable la vida del hogar. Los padres y el niño viven tiranizados en un ritmo de trabajo y de carencias donde todo esfuerzo educativo del niño esta descompensado.

Las características de los sectores marginados, el alto grado de desorganización en la vida familiar por ausencia del padre o por uniones inestables, niveles significativos de violencia, alcoholismo, condicionan actitudes negativas que se acumulan a las diversas formas estigmatizantes de reacción frente al niño con retardo. La concepción "cultura de la pobreza" parece responder a una reacción social de la discriminación de la que son objeto los sectores marginales y que determinan una actitud doblemente negativa frente al niño; es decir, ser marginado y tener limitaciones en el desarrollo.

La deficiencia mental se incrementa en un altísimo porcentaje, en aquellos niños que provienen de zonas marginales y donde las constantes son la pobreza de estímulos afectivos e intelectuales, las tensiones intrafamiliares, etc.

El desarrollo psíquico esta fuertemente influenciado por factores ambientales que van más allá de la nutrición y de la prevención de enfermedades, donde el tipo de ambiente social, en que el niño crece, adquiere enorme importancia, por cuanto constituye la fuente de estímulos y experiencias que determinan su desarrollo normal o desviado; teniendo en cuenta que las alteraciones en el desarrollo del ser humano, comprenden una alta gama de trastornos como: Las malformaciones congénitas, los retardos del crecimiento, las desviaciones atípicas del desarrollo como: El retardo psicomotor, deficiencias neurológicas, sensoriales o funcionales, parálisis cerebral, retardo mental y disfunción cerebral mínima.

A través de la historia se ha ido superando la actitud de la sociedad frente a los niños con retardo. Ciertamente podemos, hoy en día afirmar que el retardo en el desarrollo es relativo, no solo temporal, sino también espacialmente. Multiplicidad de variables culturales, fisiológicas y psicológicas, matizan la actitud social frente al retardo.

Probablemente el problema más agudo que enfrentan las familias, es un estado generalizado de desaparición por la ausencia de alternativas de atención integral al niño.

Nos proponemos implementar un programa preventivo educativo, para las gestantes de alto riesgo biológico y/o ambiental, inscritas en la consulta prenatal del HOSPITAL MARCO FIDEL SUAREZ del Municipio de Bello, donde esta acción aporte estrategias fundamentales para reducir la incidencia de las deficiencia e incapacidades que se presen tan en los niños que sean capaz de promover actitudes y hábitos favorecedores de la propia integración personal en la relación con el desempeño social, con actividades encaminadas a la detección temprana de los síntomas e incapacidades y consecutivamente con la atención curativa y correctora a fin de reducir los términos de gravedad o evitar que se transformen en permanentes.

2. JUSTIFICACION

El Atlas del Muido del niño, Banco Mundial, en sus estudios y análisis realizados en el quinquenio 1980, 1985 señala que, los países en vía de desarrollo en Suramérica, treinta y seis millones de niños menores de 14 años, viven dentro de los medios más elementales para satisfacer las necesidades básicas de alimentación, salud, vivienda y educación.

En este sentido la atención infantil presenta enormes vacíos que tienen efectos adversos sobre el desarrollo físico, mental y social del niño; efectos que se presentan en elevadas tasas de morbi-mortalidad infantil, de incidencia y prevalencia de desnutrición, de retardo mental, de trastornos de aprendizaje, de reacciones violentas en las respuestas de adaptación social, expresadas en indiferencia frente a la vida y todo lo que ella representa.

No obstante, con la participación de Colombia en programas de atención a la niñez, nuestro país "hace parte" de tan altos índices de desigualdad en la atención al menor y paulatinamente engrosa las cifras que para el año 2000, se considera pueden ascender a 70 millones.

Desde este panorama de la atención infantil, es necesario situarse en Colombia y específicamente en Antioquía, con programas preventivos que tiendan a mejorar las condiciones de la familia mediante una formación que permita a la pareja ejercer conscientemente el deber y el derecho de la paternidad.

Un vasto sector de la población, especialmente la de los niños, se ve afectada por diversos factores como el estado nutricional; el abandono y maltrato infantil; la deprivación psicoafectiva; retardo en el desarrollo en los aspectos cognitivo, motor y psicosocial; igualmente cuando por falta de detección temprana estos se agravan o pasan a ser permanentes.

Investigaciones de las últimas décadas demuestran que la desnutrición, no solo responde por más de la mitad de las muertes en los menores de 6 años, sino que plantea problemas graves de salud, al contribuir a nacimientos prematuros y a un peso anormalmente bajo en los recién nacidos.

También se ha demostrado que la desnutrición severa y temprana, deteriora significativamente el desarrollo intelectual de los niños, lo mismo la relación existente entre ésta y el retardo mental.

Las proteínas son elemento clave para el desarrollo del sistema nervioso central; su carencia altera su crecimiento y en consecuencia el desarrollo intelectual y motivacional.

Las calorías son el componente energético que determina la actividad y funcionamiento del organismo; su carencia reduce la actividad y limita las oportunidades de experiencia y prácticas determinantes del desarrollo infantil. La desnutrición protéico-calórica, afecta el crecimiento del sistema nervioso central; produce además una disminución severa de la energía requerida, para interactuar con el ambiente, lo que se traduce, en una inmensa apatía, falta de curiosidad y disminución significativa de la actividad; el niño pierde su potencial capacidad de atraer la atención de los adultos que lo rodean; en particular de la madre y su interacción con el ambiente como agente facilitador del desarrollo se reduce a un mínimo.

El estudio de los antecedentes pre-concepcionales indica que los factores de riesgo, para el desarrollo físico e intelectual están presentes desde esos periodos y que los niños, no solo nacen en la pobreza, sino que nacen desde la pobreza. Las madres que en su niñez han padecido privaciones de toda índole, presentan en su madurez un estado de salud y nutrición precaria y niveles educativos muy bajos o inexistentes. Generalmente se inician muy jóvenes como madres, tienen gran número de hijos, intervalos muy cortos entre embarazos y éstos últimos se suceden hasta avanzada edad.

El desarrollo psicoafectivo del niño, comprende los aspectos que intervienen en la estructuración de su personalidad y parten desde el mismo momento de la concepción; siguiendo un proceso paralelo al del desarrollo físico, cumpliendo las mismas etapas, y encontrándose sometido a la acción de diferentes factores de riesgo en cada una de ellas; que determinarán la base para la posterior selección específica de determinadas formas de conducta.

La carencia de estímulos y la falta de oportunidades para que el niño desarrolle al máximo sus potencialidades de integración al medio familiar y social, lo sumerge más profundamente en el vacío de sus limitaciones y se acentúa a partir de los riesgos ambientales desfavorables; estos son, quienes en primera instancia influyen sobre el sistema nervioso central y como respuesta se observan carencias a nivel bio-psicosocial del niño.

El estado emocional de la madre tiene múltiples influencias para su propio estado físico, para el desarrollo del niño, y para el momento del parto. La madre que experimenta emociones negativas acerca de su gestación se verá afectada por el permanente estado de stress, angustia y depresión.

Además del efecto sobre el organismo materno, el estado emocional de la madre, influye en las relaciones y en el desarrollo del feto; emociones tales como la ira, el miedo la ansiedad, y el stress ponen en acción el sistema nervioso autónomo de la madre, que libera algunas sustancias químicas en la corriente sanguínea, ya que el metabolismo celular se modifica, y como consecuencia, cambia la composición de la sangre y nuevas sustancias químicas se transmiten a través de la placenta, lo cual produce cambios en el sistema circulatorio del feto. (Miasen y otros, 1990).

La actitud de la madre respecto al embarazo, permite pronosticar con validez, cuál será su conducta con el niño después del nacimiento.

Las diversas experiencias que sufre el ser humano, durante sus primeros seis años de vida, dejan huella definitiva sobre el sistema nervioso en proceso de maduración. Estas experiencias comienzan a grabarse durante el período prenatal y continúan haciéndolo durante la vida infantil en familia, incluyendo las presiones ambientales y culturales subsecuentes. La interacción de estos factores determinan la estructura que presenta la personalidad del individuo.

Este es el bagaje biológico, con que el recién nacido llega a un ambiente saturado de privaciones para su desarrollo: ingresos familiares insuficientes, vivienda inadecuada, hacinamiento, carencia de servicios básicos y de la salud; todo lo cual se suma a prácticas de crianza guiadas por la transmisión social de creencias y valores, no siempre propicios al desarrollo potencial del niño.

Así, el niño, no solo está expuesto a factores físicos que afectan su salud, sino también a la privación de experiencias físicas y sociales reconocidas universalmente como nutrientes básicos para el desarrollo intelectual.

Es aquí, donde las acciones dirigidas a crear estrategias conducentes al trabajo preventivo con padres de alto riesgo biológico y/o ambiental, en la búsqueda de un desarrollo integral del niño, que además pueda adaptarse al medio social, y responder a éste con todas sus potencialidades y bajo múltiples oportunidades de acción.

Por lo tanto el programa se fundamentará en el enfoque de la educación integral a las mujeres y a los niños, involucrándolos procesos de reproducción humana, crecimiento y desarrollo y período

intergenésico, dentro del entorno familiar y comunitario, basado en las características socioculturales de la zona, dando prioridad a los riesgos que causen mayor morbi- mortalidad perinatal infantil y materna.

Un programa con procesos educativos que faciliten el cambio de actitud de los integrantes de la familia, permitiendo enriquecer las pautas de crianza, la protección en salud, nutrición y calidad de vida, en un ambiente que le garanticen, tanto sus condiciones físicas y de salud, como su desarrollo psicológico.

3. MARCO TEORICO

En el presente siglo, varios autores le han dado principal importancia al niño y a su desarrollo psicológico, por considerarlo premonitorio para la vida futura. Los primeros años de vida del ser humano han sido considerados como cruciales para su desarrollo afectivo, intelectual, social, y de salud personal. Parece evidente que durante los primeros años de vida no solo existe un proceso de maduración neural, sino una construcción de la inteligencia y la personalidad individual. Igualmente se ha demostrado los efectos negativos que la desnutrición y la deprivación psicoafectiva ejercen sobre el desarrollo psicomotor, cognitivo, emocional, social y los efectos positivos que los programas de enriquecimiento del medio ambiente y protección nutricional, han tenido en el desarrollo intelectual y físico de los niños.

En algunos países de América Latina, en sus planes de desarrollo económico, han identificado que la inversión en salud, nutrición y protección materna infantil, son de vital importancia para el futuro del país, y por tanto han dado especial prioridad a estos programas, extendiéndolos incluso a la atención preescolar, con el fin de que directa o indirectamente beneficien las necesidades biológicas y psíquicas del infante.

A pesar de la creciente importancia que los gobiernos han dado a la protección infantil, aun es deficiente; ya que las tasas de mortalidad, continúan siendo altas en los países en vía de desarrollo. Esto ha hecho pensar, en nuevas estrategias a las cuales se vinculen, no solo los servicios formales para la salud, y el cuidado de los niños, sino también la misma comunidad y sus familias, a través de programas de amplia cobertura que ofrezcan posibilidades alternas de atención, particularmente en aquellos grupos sociales más desprotegidos, en donde el ambiente psicosocial y las condiciones de salud son más negativas. Es evidente que los conocimientos científicos actuales, permiten identificar que los primeros años de vida del ser humano, deben manejarse adecuadamente por ser fundamentales para el futuro, ya que esta edad influirá negativa o positivamente en el desarrollo del individuo y es premonitoria de sus capacidades físicas y mentales, que se tendrán en la adultez. Particularmente hay que tener en cuenta los estímulos psicosociales que tienen influencia tanto en el desarrollo mental como en las relaciones sociales futuras porque "la estimulación psicosocial temprana, es probablemente, uno de los conceptos más profundos que existen hoy día, si se tiene en cuenta que su importancia reside en el modelar el futuro de nuestra sociedad" (Teodoro Tjossen).

Los progresos de la investigación de la ciencia, particularmente lo que guarda relación con el desarrollo orgánico y funcional del individuo, han demostrado que las experiencias que sufre el hombre, durante la vida, influyen en su desarrollo psíquico y en su conducta; se ha planteado una relación interdependiente entre lo orgánico y lo psíquico, sin que ello signifique que la parte orgánica determine más lo psíquico, como algunas veces se pretende, sino que es una relación de equilibrio.

Los niños con problemas orgánicos, intercerebrales, o los adultos con daño cerebral, presentan trastornos en su conducta y en sus manifestaciones psíquicas, y se ha llegado incluso a confundir estas anormalidades, clasificándolas como síndromes psíquico-psiquiátricos.

Los niños con problemas orgánicos, intercerebrales, o los adultos con daño cerebral, presentan trastornos en su conducta y en sus manifestaciones psíquicas, y se ha llegado incluso a confundir estas anormalidades, clasificándolas como síndromes psíquico-psiquiátricos característicos, conocido por los médicos como trastornos psicósomáticos o reacciones coherivas; cuando estos problemas de desajuste emocional somatizan síntomas. Aquí el psiquismo actúa como parte orgánica; de igual manera, se ha planteado que las conductas y experiencias de la vida pueden llegar a alterar aspectos funcionales y anatómicos del sistema nervioso central, los órganos sensoriales y el sistema endocrino.

Muchos experimentos han demostrado que la falta de estímulo afecta algunos órganos, el daño de la privación sensorial, puede afectar el órgano y las estructuras del sistema nervioso central.

La mayoría de las experiencias que se han realizado en animales, tienden a demostrar que el peso cortical de animales criados en ambientes pobres en estímulos tienen un peso notablemente más bajo al de los estimulados; al parecer esto corrobora la hipótesis de que el estímulo, modifica la actividad biológica y funcional de la corteza. Otros estudios plantean que las condiciones de privación al modificar condiciones anatómicas y bioquímicas, tienen efectos sobre el aprendizaje en sujetos de laboratorio.

Estos hechos tienen especial significado en el ser humano, dado que la culminación de la maduración del cerebro, no se da en la etapa fetal, sino que continúa en los primeros años de vida, particularmente en las dos etapas iniciales; de tal forma que cualquier lesión por falta de estímulos influirá negativamente. En este período ocurre la mayor parte del desarrollo y la maduración del sistema nervioso central, como sucede con la proliferación de dendritas que crecen el 80% después del nacimiento.

También se considera, que el ambiente, influye sobre los cambios hormonales, en periodos críticos del desarrollo, particularmente ante el stress que cambia en forma futura el comportamiento y la respuesta adaptativa en su ambiente.

Existe un consenso en los diferentes estudios, al valorar las experiencias en períodos tempranos de la vida, para los efectos psíquicos y orgánicos, en las actividades del adulto.

Muchos estudios han concluido, ratificando que la privación nutricional y psíquica en niños, produce alteraciones en el desarrollo cognitivo y en la capacidad de aprendizaje, y por lo tanto, influyen, en la capacidad del adulto en resolver problemas y en la manifestación de conductas anormales, asociados en diferentes áreas y patrones de comportamientos inadaptados; esta es la relación de los procesos de estimulación temprana y atención en salud, para eliminar las experiencias negativas, fomentando los estímulos positivos, que logren un desarrollo físico-cognitivo-social adecuado, y permitan asegurar una estructura total, con mayores posibilidades de éxito.

Cuando los padres están por concebir a un niño, la vigilancia y el control de la salud a través de revisión y de exámenes médicos han de empezar muy pronto. Las bases de la prevención del retardo descansan en las consultas prenatales de calidad suficientemente numerosas y en los controles más periódicos principalmente en los casos de embarazo de riesgo elevado. El objetivo primordial de estas consultas es el control y la profilaxis, y la detección, lo más precozmente posible, de las complicaciones inherentes a los procesos de la gestación y otras patologías antes de la culminación del parto

Las investigaciones a nivel nacional, han de orientarse a constatar la frecuencia con la que se presentan casos de atención delicada y que requieren un tratamiento especial de los profesionales de la vida prenatal. Los partos de riesgo elevado representan para Latinoamérica entre el 25% y el 30% del conjunto de patología perinatal maternal e infantil (Bonaf, R. 1984).

Interesa, también para prevenir el retardo, que el parto se realice con las mayores garantías y sobre todo cuando se trata de un riesgo elevado, que se da en un contexto altamente especializado y que se disponga de técnicas cualificadas para reducir la incidencia y la gravedad de las complicaciones para la madre y el niño. La mirada estará siempre puesta en una doble meta: Reducir la mortalidad perinatal y disminuir al máximo los riesgos de malformaciones, cuyas secuelas se conviertan en problemas de retardo.

Bonaf, R. (1984) establece una jerarquía de determinantes clínicamente establecidos en el riesgo elevado: Condiciones socioeconómicas; embarazos antes de los 16 años, edad materna más allá de los 35 años, partos múltiples; antecedentes obstétricos desfavorables; toxemias (hipertensión, además albúmina alta); madres diabéticas; anemias sufridas en el embarazo; patología asociada a la gestación; madres no controladas durante el embarazo; factor RH; embarazo superior a las 42 semanas; presentación viciosa; amenaza de aborto en el primer semestre; desproporción fetal.

3.1. RIESGO

La denominación de 'alto riesgo de retardo en el desarrollo' se emplea para identificar la presencia de características o condiciones del niño mismo o del ambiente, dentro del cual crece y se desarrolla, los cuales implican una alta posibilidad de producir efectos negativos sobre su proceso de crecimiento y desarrollo, hasta el punto de determinar un retardo de mayor o menor magnitud. Dichas características o condiciones, pueden categorizarse en dos tipos: Biológico o ambiental. Esta categorización ha conducido a clasificaciones de alto riesgo que distinguen entre, el tipo biológico y el tipo ambiental, éste último denominado "sociocultural".

La clasificación de alto riesgo más aceptada es la propuesta de T. Jossen y de Lorenzo, la cual considera tres tipos de riesgo: Establecido, biológico y ambiental o sociocultural.

En este grupo la condición biológica determina por sí misma la potencia de retardo, hasta el punto que el retardo es, con frecuencia un componente importante en el diagnóstico del síndrome. Recientemente se ha sugerido, y con bastante razón, que este grupo no se puede considerar realmente, como de alto riesgo, toda vez que el riesgo se define como: "Peligro, contingencia o posibilidad de que un daño ocurra" y en este caso se está en presencia de un daño real y no simplemente ante la posibilidad de que ocurra. Al parecer esta categoría, se distribuye uniformemente en los distintos estratos de la población, aparentemente sin presentar marcadas diferencias por el nivel socioeconómico y representan, una proporción relativamente baja de los casos de retardo en Latinoamérica.

El riesgo establecido, comprende aquellos casos con problemas de tipo biológico o médico, plenamente identificados que implican necesariamente la presencia de grados variables de retardo en el desarrollo; ejemplo de ello es el clásico síndrome de Down. En esta clasificación entran una serie de alteraciones congénitas o adquiridas, que claramente ejercen un impacto nocivo, sobre la estructura y el desarrollo del sistema nervioso central.

El alto riesgo biológico, se presenta como consecuencia de condiciones prenatales, perinatales, e incluso pre-concepcionales que originan una alteración, o alta posibilidad de riesgo a corto o a largo plazo. El concepto de riesgo implica una alta posibilidad, no siempre del 100%, pero si mucho más alta que la población general. En esta categoría se ubican ciertas características biológicas de la madre, tales como: Peso, talla, edad, paridad, antecedentes de embarazo, partos anormales, ciertas enfermedades crónicas severas, lo mismo factores adversos como la morbilidad, atención prenatal, desnutrición materna, aumento de peso durante el embarazo; así como condiciones del parto, entre ellas: Tipo de parto, presencia de complicaciones, duración, sufrimiento fetal, tipo de atención del parto. (Durán, Sánchez P. 1984).

El riesgo biológico puede estar también determinado, por condiciones biológicas del mismo niño al nacer, malformaciones congénitas y particularmente el estado nutricional, el cual puede implicar también riesgo de alteraciones en el desarrollo del infante.

El alto riesgo ambiental o sociocultural, se identifica con las condiciones de la pobreza y marginalidad en que se debaten grandes comunidades en nuestro país, y se encuentra frecuentemente asociado con el riesgo biológico. En efecto, en comunidades en que las condiciones inadecuadas acompañan el embarazo, el parto, y el nacimiento los niños están expuestos a riesgos ya no sólo predominantemente biológicos, como los que afectan su desarrollo fetal, sino bio-psico-sociales, cuyos componentes principales son la desnutrición, la enfermedad y la privación de estímulos ambientales. Este grupo representa la mayoría de casos de riesgo. El tipo de intervención realizada, sobre los niños con riesgo de retraso mental ya sea de prevención primaria, o de rehabilitación, tiene como sustento para efectuarse, la vulnerabilidad del organismo, especialmente en edad temprana, la posibilidad de hacer reversible el retardo que padece el individuo de manera total o parcial, y la posibilidad de variar el medio ambiente, permitiendo así una mejor calidad de vida

Diferentes autores, aceptan el supuesto básico de que el individuo, es una unidad integrada e indisoluble, en la que lo orgánico actúa como agente determinante de lo psíquico y viceversa, por tanto como ejemplo se acepta que un niño con una lesión cerebral demostrada, presenta trastornos en su desarrollo psíquico y en su conducta. Se acepta también que ciertas experiencias de la vida, afectan la conducta y emociones del individuo, llegando incluso a producir trastornos psicosomáticos, donde lo psíquico actúa como determinante del funcionamiento orgánico.

A partir de los trabajos de Sigmund Freud, se abrió toda una nueva perspectiva, respecto a la forma de explicar o interpretar las características y el curso del desarrollo psíquico del individuo, y por primera vez se atribuyó a la infancia un papel determinante en el desarrollo posterior.

Así, la búsqueda de los orígenes de las alteraciones que puedan aparecer en el sujeto adulto, se orientó hacia las experiencias tempranas, incluso hacia aquellas de las cuales, el individuo no guarda recuerdos conscientes.

Los progresos de la investigación científica, en el campo de la clínica, y de la psicología del desarrollo, han confirmado y ampliado esas primeras observaciones y actualmente se dispone, de un amplio cuerpo de evidencias, que permiten concebir la edad de la lactancia y de la infancia temprana, como un período crucial en el desarrollo, no sólo de las características emocionales y sociales, sino también de las funciones cognitivas.

En este contexto el tipo de ambiente material y social en el que el niño nace y crece, adquiere enorme importancia por cuanto constituye la fuente de estímulos y experiencias que determinan un desarrollo normal o desviado.

La prevención del retardo mental, se puede concretizar en parte, mediante una observación minuciosa y detallada del desarrollo prenatal orientada al logro de una madurez y funcionalidad intactas, del niño al nacer.

Rodríguez, F.J. (1984), identifica los siguientes aspectos de esta problemática: Primero, conocer las circunstancias que puedan determinar una interrupción prematura de la gestación o una disminución de la reserva funcional del feto; segundo, disponer de algún medio para diagnosticar anticipadamente los riesgos; tercero, contar con tratamientos que permitan prolongar la gestación o aumentar el intercambio placentario

El logro de estos objetivos presenta, en el momento actual, algunas limitaciones. La información sobre las causas de una interrupción de la gestación o una disminución de la reserva funcional es insuficiente. Además, existe una alta tasa de problemas cuya etiología, se encuentra aún en proceso de identificación.

Los medios diagnósticos que actualmente se llevan a cabo, bien sean morfológicos, o funcionales, arrojan una información sin criterios claros para ser interpretada. Acerca de los remedios terapéuticos, éstos son escasos y de eficacia difícil de valorar; en otras palabras: "no sabemos si los usamos en casos de riesgos o en casos normales, y por tanto, no podemos extraer conclusiones prácticas" (Rodríguez, F.J. 1984).

En el caso de nuestra realidad colombiana, es necesario un seguimiento de embarazos de riesgo en poblaciones concretas, para poder verificar la efectividad de los medios terapéuticos.

Todos aquellos acontecimientos pre", "peri", o postparto, en relación con posibles problemas cerebrales derivan del hecho objetivamente constatado, de que ciertos trastornos como la hipoxia, se correlacionan con las enfermedades neurológicas del primer año de vida. Existen hallazgos para concluir que la asfixia, la prematuridad y el retardo en el crecimiento, predisponen al niño a una especial vulnerabilidad. Durán-Sánchez, P. (1984) concluye que la asfixia intraparto y postparto, junto con la hipoglicemia neonatal, son factores especialmente delicados.

En el marco de la medicina perinatal, es muy importante el control adecuado de la gestación, lo cual se reflejará en el parto y en el desarrollo del niño.

3.2 VINCULO AFECTIVO

Numerosos estudios han buscado relacionar, las experiencias tempranas de los niños, con las manifestaciones de su vida futura y le han concedido especial importancia a la relación madre-hijo, como factor principal, que influye en el desarrollo humano.

Las experiencias, se han centrado, sobre el valor de la madre como estímulo positivo y sus conclusiones se orientan, a darle un valor primordial a la presencia materna, como apoyo para el desarrollo infantil normal, dado que la madre crea un ambiente positivo para el niño.

Las observaciones de los niños institucionalizados, mostraron que éstos desarrollaban rasgos de comportamiento patológicos e hicieron pensar que la ausencia de la madre, era uno de los factores que incidían en este comportamiento, que se agravaba, porque en la institucionalización, ocurrían varias condiciones negativas, sin que apareciera claramente una figura de la madre que desempeñara esa función social y afectiva.

En estos estudios fue evidente que ocurrieran simultáneamente dos eventos: La ausencia de la madre, y las condiciones negativas físicas y ambientales de la institución, que no eran las más favorables; así, un análisis integral ha planteado que las deficiencias encontradas en los niños, podrían deberse tanto, a la ausencia de la madre, como al ambiente físico y material empobrecido, en donde el niño se desarrolla y adquiere sus experiencias cotidianas

Algunos autores han tratado de asociar la relación afectiva madre-hijo, en el ámbito de la supervivencia, no sólo desde el punto de vista de salud y nutrición, sino psicológico; dada la intensa relación afectiva de la madre con el niño, ha sido revelada a partir de las observaciones y estudios, realizados en los niños institucionalizados en salas cunas, hospitales y orfanatos, y también en trabajos más actualizados, en donde se ha identificado no sólo la necesidad de la presencia física materna, sino también la necesidad de realizar actividades, dirigidas a estimular el desarrollo del niño.

Al medir de manera global la inteligencia de un niño, se exploran diferentes áreas del desarrollo intelectual, algunos autores como Spitz y Wolff, han profundizado sobre estas áreas y han encontrado déficit, en algunas de ellas, en los niños institucionalizados; especialmente en el área del lenguaje; que parece ser, una de las que más tempranamente se lesiona; si se comparan los coeficientes parciales de estos niños, con los otros criados por sus madres, estos últimos obtuvieron mayores puntajes. Por ejemplo, se ha observado la deficiencia de la conducta explorativa visual manual, en niños institucionalizados de 3 a 4 meses de edad, así como la coordinación psicomotora y visual.

La primera función lesionada es el lenguaje, que muestra notorio retraso en niños institucionalizados, tanto en la cantidad de la verbalización, como en la calidad de la misma; especialmente en el segundo año de vida, que es cuando aparece el lenguaje como función simbólica, no obstante en otros trabajos más recientes, se ha encontrado retraso similar a partir del primer semestre de vida.

Además del lenguaje también se observa que el rendimiento intelectual global y la conducta social y emotiva de los niños sufren alteraciones (Spitz y Wolf). Igualmente se han observado regresiones en el comportamiento de las funciones intelectuales de los niños separados de sus padres; reacciones socio-afectivas patológicas que Spitz y Wolf han llamado "depresión analítica" que se caracteriza por reacciones emocionales violentas y que se orientan hacia la apatía y el retraimiento, incluso es observable a partir de regresiones fisiológicas.

Algunos de estos rasgos patológicos persisten hasta la adolescencia y la edad adulta, manifestándose con personalidad normal " y con rechazo a las normas sociales, agresividad y sentimientos de culpa, que llevan a un comportamiento sociopatológico, con rasgos notorios que señalan la necesidad de afecto.

Las manifestaciones de alteraciones en la conducta de los niños, que se han separado tempranamente de la madre física, (institucionalizados o no), identifican la importancia del afecto materno. La madre entra en contacto con el niño, al mismo tiempo que le prepara, organiza y enriquece su medio ambiente físico y psicológico. A pesar de que la ausencia de la madre, es el denominador común en muchos estudios, y que las alteraciones psicológicas y físicas desaparecen al restituirse la relación madre-hijo, se pensó que

en esta relación afectiva estaba la causa del retraso en el desarrollo intelectual y global del niño. Sin embargo, la variabilidad de las respuestas y el hecho de encontrarse síndromes similares, en niños no institucionalizados y en algunos con madre real, hizo pensar que las manifestaciones negativas en el desarrollo, eran el resultado de una suma de factores negativos en donde la ausencia materna cumple un papel preponderante.

La presencia de la madre, cambia en un alto porcentaje el ambiente del niño de manera positiva, y permite de una manera preventiva, una protección intelectual del niño, si asume esta función positivamente. Esta relación de protección del desarrollo intelectual, es particularmente importante en los menores de seis años.

Spitz y Wolf, demostraron que niños que han tenido una relación positiva con la madre, entre los 6 y 9 meses de edad, y que han sido separados de éstas, presentan serios trastornos emocionales.

La mayoría de datos supone que la separación materna, es por si misma traumática, así se acompañe de privación mental o no, porque por lo general, esta separación, está ligada a un cambio negativo en el ambiente. Los datos encontrados han hecho pensar, que ambientes pobres en estímulos, conducen a desarrollos cognitivos deficientes, y que por el contrario, ambientes enriquecidos tempranamente, con estímulos y experiencias adecuadas, producen mayor desarrollo cognitivo, y que la madre afectiva es una generadora de ambientes positivos.

Además del aporte cognitivo, la madre es, en si misma, la que enriquece el ambiente que rodea al niño. Ella le habla con frecuencia, le organiza su medio, le alimenta y ejerce sobre él una protección física; todo lo cual en conjunto hace que se enriquezca el lugar donde se crie el niño.

Un gran problema, para los países del tercer mundo, es la falta de madres físicas, ya sea por abandono, o por la necesidad del trabajo sin que ocurra una real sustitución materna. En muchos hogares, quien cuida del niño es su hermano, que usualmente está entre los 5 y 12 años. Por este motivo, se ha pensado que ante la ausencia de la madre real o transitoria, es fundamental recurrir a la recuperación del ambiente, a través de su enriquecimiento, el entrenamiento de las madres sustitutas, o de los adultos o niños "cuidaderos para que como sustitutos de la madre, o en las tareas de esta, asuman las responsabilidades técnicas que apoyen más el desarrollo del niño; así mismo es urgente formar profesionales, para que las instituciones o guarderías infantiles, enfatizen el enriquecimiento del ambiente y eviten daños en la estructura emocional y cognitiva del niño.

Los investigadores confirman, según Loutre, N. (1981), la validez de la siguiente afirmación: "La carencia prolongada de cuidados maternos, produce en el niño, daños no solamente graves, sino también duraderos que modifican su carácter y perturban su futuro desarrollo".

El método experimental es difícilmente aplicable al estudio de la carencia materna en el desarrollo integral del niño. Se ha recurrido a otras estrategias, como son la observación directa, el método retrospectivo y el método catamnésico (Loutre, N. 1981).

La observación directa, evalúa los niños en el transcurso mismo de la experiencia frustrante y en aquel que sigue al cese de la carencia. El método retrospectivo analiza el pasado de los niños para explicar los antecedentes que puedan explicarlo.

El método catamnésico recoge evidencias de carencias determinadas en ciertos niños, para establecer la frecuencia de los efectos derivados de esa carencia.

Loutre, N. (1981) diferencia entre la noción de separación y el concepto de carencia materna. La separación es una interrupción brusca de una relación formada y sin que el niño haya alcanzado una edad en que el vínculo de apego, se conserve pese a la lejanía. Una separación prolongada e intensa, puede equivaler a una carencia. La edad del niño, el tipo de experiencia traumatizante y la calidad de relación con la madre antes de la separación, convierte la carencia en leve o grave. Hasta los tres años, el niño tiene una necesidad continua de la madre. La privación sufrida durante este período de desarrollo, determina efectos de carencia, porque el niño ya había consolidado un lazo afectivo con la madre.

La interacción del niño y el sustituto materno, insiste Loutre, N. (1981), no permite establecer una nueva relación cuando los cuidados proporcionados no concuerdan con las necesidades y posibilidades de su ciclo evolutivo. La insuficiencia global de estimulaciones provenientes de los medios sustitutos acrecienta el nivel del retardo. Muchas experimentaciones realizadas prueban que el enriquecimiento o empobrecimiento del entorno, la disminución o incremento de estimulaciones, producen modificaciones del ritmo de desarrollo, porque la mayor o menor cantidad de aferencias o eferencias sensoriales avanza o retarda la mielinización del sistema nervioso. La organización de la actividad cortical del niño, requiere una afluencia variada y sistemática de estimulaciones cinestésicas, táctiles, visuales y auditivas. Privaciones polisensoriales precoces afectan la organización psiconeurobiológica del niño.

3.3. LACTANCIA MATERNA

La lactancia es un proceso natural, que ocurre después del nacimiento del niño, el cual se alimenta de leche producida por la madre. Bajo el efecto de las hormonas propias del embarazo, después del parto y

un ausencia de actividad placentaria, las glándulas mamarias, se han preparado para la función de secreción de leche. El estímulo que hace que aparezca la leche es la succión del niño.

Mientras todos los demás órganos del aparato genital femenino, experimentan un proceso de reducción y de regreso a una funcionalidad normal; en los senos se verifica todo lo contrario. Durante los primeros cuatro días, después del parto, las mamas no se alteran demasiado, y producen el calostro, liquido amarillento, escaso pero suficiente para alimentar al niño, que además, ejerce una acción laxante.

Hacia los cuatro días, el pecho, se hace repentinamente cálido turgente y a veces doloroso; su temperatura se eleva un poco, las glándulas se llenan de leche blanca o blanca-azulosa.

La producción de leche, se va regularizando hasta estabilizarse después de 8 o 15 días. Con una buena técnica se presenta abundante producción, pero es difícil conocer la cantidad antes de 15 días.

La leche materna es el primer alimento que el niño debe recibir después de su nacimiento, porque es el único que se adapta exactamente a sus necesidades nutriéndolas. Los niños alimentados con leche materna, son más sanos, se desarrollan mejor y tienen menor riesgo de enfermarse, es siempre buena, permanece a la temperatura adecuada, su envase es tibio, suave y estimulante.

Las grandes excitaciones influyen sobre la producción de leche, y el stress excesivo pueden reducirla durante las noches. La madre necesita reposo y buen ambiente.

La leche materna es considerada el mejor alimento para el niño porque:

- Es específica para el niño; cada mamífero tiene la leche ideal para su cría.

Contiene los nutrientes necesarios; estos son las sustancias nutritivas que el niño requiere para el crecimiento y desarrollo en los primeros meses de vida.

- No requiere manipulación especial; por esto se disminuye el riesgo de infecciones por contaminación.

- Se digiere mejor; los niños alimentados con leche materna pocas veces, se ven afectados por endurecimiento del estómago y no sufren de alteraciones intestinales.

- Es económica; no requiere gastos adicionales.

- Da mayor seguridad al niño; el lactante está en íntimo contacto con la madre, lo acaricia, lo siente.

Estos momentos son privilegiados para ambos, ya que todos los estímulos cumplen una función importante para el desarrollo infantil. Así mismo, cumple una función básica en el establecimiento de su desarrollo psíquico armónico, para su posterior desempeño en respuestas de adaptación social.

La leche materna, es superior a cualquier otro alimento para los niños y nadie ha podido demostrar lo contrario. La leche humana, está adaptada al aparato digestivo del bebé, se asimila con más facilidad que la leche de vaca; lo que explica porque los niños criados a pecho, comen con más facilidad que los alimentados artificialmente. Por la mayor facilidad con que se digiere, contribuye a que se conserve mejor la energía del niño, con lo cual éste desarrolla mejor su cuerpo y su cerebro, cosa importantísima durante los primeros meses cuando el ritmo del crecimiento es mucho mayor que en cualquier otro periodo de la vida.

Personas autorizadas, han manifestado que la leche materna nunca produce reacciones alérgicas, por ejemplo, eczemas en el niño. Esos eczemas se presentan con gran frecuencia cuando se utilizan sustitutos de la leche materna. Las reacciones alérgicas ante el empleo de alimentos artificiales, pueden ser tan graves, que lleguen a amenazar la vida del bebé. Cuando esto ocurre, a veces la única manera de salvar la vida del niño es dándole leche, procedente de otras madres.

Los estudios han demostrado claramente que la lactancia materna, prolonga el periodo de inmunidad natural, a las enfermedades debidas a virus. Entre éstas figuran las paperas o parotoditis, viruela, poliomielititis, algunas ciases de neumonía, enfermedades infecciosas de las vías respiratorias y también, algunas enfermedades diarréicas.

En un estudio hecho con veinte mil bebés, de menos de un año de edad, se halló que hubo el doble de infecciones en los niños que recibían alimentos artificiales que en los amamantados. El número de niños que murieron a consecuencia de infecciones fue diez veces mayor entre los alimentados con biberón.

En el caso especial del niño prematuro, médicos han coincidido en la singular importancia de la leche materna e insistieron especialmente, en el valor del calostro, el fluido segregado antes de que la glándula mamaria empiece a producir la verdadera leche. El calostro contiene, de cinco a seis, veces más proteínas que la leche segregada posteriormente y aproximadamente la mitad de grasas, e hidratos de carbono.

Por mucho que la ciencia progrese en el futuro próximo, y se encuentren preparaciones aproximadas a la leche materna, el amamantamiento permanecerá siempre en primer plano de importancia, en la relación afectiva entre la madre y el hijo.

Tres son las únicas demandas del recién nacido: afecto alimentación y calor. La lactancia materna sirve para satisfacer éstas necesidades (Grantly Dick-Read).

3.4. ESTIMULACION

La estimulación es considerada por varios autores, con diferentes nombres sin embargo sea cual sea su designación lo que verdaderamente queremos identificar con este concepto es su importancia.

Hernán Montenegro define la estimulación temprana como el "conjunto de acciones tendientes a proporcionar al niño, las experiencias que éste necesita desde su nacimiento, para desarrollar al máximo

sus potencialidades psicológicas. Esto se logra a través de la presencia de personas y objetos en cantidad y oportunidades adecuadas en el contexto de situaciones de variada complejidad, que generan en el niño un cierto grado de interés y actividad, condición necesaria para lograr una relación dinámica en su medio ambiente y un aprendizaje afectivo".

Al respecto otros actores manejan el término precoz, en vez de temprana, y su connotación es más semántica que conceptual, pretendiendo identificar que a más temprana sea la acción, son mejores sus resultados. Últimamente se emplean los términos de: Oportuna y adecuada.

El término precoz fue utilizado inicialmente en las patologías orgánicas para identificar acciones tempranas, orientadas a prevenir mayor daño de la lesión. El término temprano ha sido utilizado en la literatura científica, con mayor amplitud, para incluir las intervenciones que contemplan cambios en el ambiente, y dirigidas especialmente a sujetos sanos, para cuidarlos preventivamente de un retraso en el desarrollo físico y mental. Igualmente el término temprano se ha empleado, para englobar simultáneamente los aspectos de estimulación psicológica, de salud y nutrición del niño, variables que se han identificado como influyente en la comunidad más deprimida, para que ocurran los eventos de retraso en el desarrollo físico y mental.

Los términos empleados, hacen referencia al afán de proporcionar experiencias ambientales de cuidado, salud y nutrición en la etapa más temprana de la vida de un niño, y especialmente en el período que no se ha completado la maduración neurofisiológica.

Esta edad ha sido identificada hasta los dos años; sin que esto signifique que la estimulación no sea importante en las etapas posteriores, en las que se necesita estímulos adecuados para la edad del sujeto, especialmente en ambientes empobrecidos.

Juan Nacimiento, considera que la educación precoz encierra dos aspectos: Primero, el control del medio ambiente en que se mueve el niño, optimizado selectivamente a través de la estimulación; segundo, que esta acción debe iniciarse desde el nacimiento o primeras semanas de vida, especialmente en menores de cinco años y en cualquier momento de su existencia, en una red selectiva de estímulos ambientales positivos y de cuidados de la salud que le permitan prevenir problemas específicos, reparar daños ya ocasionados por un mal ambiente, o evitar un daño potencial futuro. Otros autores creen que la estimulación debe iniciarse en la etapa intrauterina.

Uno de los objetivos de la estimulación temprana es desarrollar al máximo el potencial psicológico del niño, en este campo y cuidar de su condición biológica y de los aspectos emocionales y sociales.

Algunos autores como Obdulio Mora, han utilizado la terminología, para referirse a las intervenciones que ejecutan, teniendo al niño como sujeto, particularmente al que está en riesgo o alto riesgo, según condiciones sociales. Identifica los períodos óptimos de intervención en el grupo de niños de alto riesgo de retardo en el desarrollo.

3.5. DESARROLLO INTEGRAL

Es evidente que la desnutrición de los niños, está relacionada con el deficiente ingreso familiar, y que las familias de escasos recursos, tiendan a vivir en ambientes negativos y en viviendas con malas condiciones sanitarias, todo lo cual origina altas tasas de enfermedades, especialmente infecciosas y parasitarias; y en consecuencia bajos niveles de desarrollo físico y mental. Aunque el crecimiento físico de los niños y los aspectos sociales, están interrelacionados, los efectos de la desnutrición, se pueden separar de los efectos del ambiente social, indicando que la desnutrición, produce efectos negativos en el funcionamiento intelectual, tan fuertes, que es quizás de los factores más importantes en el desarrollo mental de los niños.

La desnutrición afecta las etapas iniciales del desarrollo, limitando la habilidad del niño para responder adecuadamente al medio ambiente, al bajar su capacidad exploratoria, su atención y la incorporación de nuevos aspectos a su esquema mental.

Tanto la Organización Panamericana de la salud OPS (1971) como la Organización Mundial para la Alimentación FAO(1977), describen la desnutrición como: "el factor que más contribuye a la mortalidad infantil en los países en vía de desarrollo" y, evidentemente las carencias nutricionales, particularmente la proteico-calóricas, constituyen uno de los principales problemas que afectan a la salud pública, ya que además de contribuir a la mortalidad infantil, tienen estrecha relación con las patologías más corrientes de los grupos, de la población, de más alto riesgo de morbimortalidad, actuando como coadyuvante de diversas entidades. Según A. Berg. (1971) en los países de escasos recursos, en promedio el 3% de los niños menores de cinco años son víctimas de una desnutrición de tercer grado; 25% lo son de segundo grado y del 40 al 45% lo son de primer grado; si se incluyen los adultos, la desnutrición alcanza aproximadamente a un millón y medio de personas.

Numerosos estudios han identificado en Colombia los estados carenciales, estratificados en cinco problemas principales: Desnutrición proteico-calórica a nivel infantil; la desnutrición crónica del adulto; las deficiencias vitamínicas, especialmente de vitamina A y algunas de Complejo B; la anemia ferropénica y las caries dentales; de tal forma que la población más afectada sean los grupos preescolares y de madres lactantes".

Estudios efectuados por el Instituto Nacional de Nutrición de Colombia y la subdirección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, señalan que el 66.6% de los niños menores de los seis años tienen algún grado de desnutrición.

Dentro de cúmulo de documentos producidos y referidos sobre el tema del desarrollo integral del niño, en ambiente de pobreza, es evidente que algunos enfoques han tenido mayores perspectivas; uno de estos ha estado constituido por las matemáticas de salud y nutrición, dentro de las perspectivas de la medicina preventiva; igualmente es palpable que este enfoque tiene una gran importancia y sustentación, debido a

la presencia de altas tasas de mortalidad y morbilidad infantil, especialmente en los países pobres, en donde los niños son de un grupo más vulnerable.

Según la Organización Mundial de la Salud OMS en América Latina, fallecen anualmente alrededor de 250.000 niños de diarrea y otras enfermedades, como el sarampión, causa de altas tasas de mortalidad, llegando en algunos países a ser mayor que la tasa de mortalidad total en los Estados Unidos.

Este problema es más alarmante, cuando se sabe que las infecciones producen altas tasas de mortalidad, particularmente en niños desnutridos, y que éstos se agravan creando un círculo vicioso. En los países pobres, los principales afectados son los niños, porque dependen del adulto para todo, en especial para conseguir su alimento y condiciones de supervivencia.

La maduración ósea se verá afectada en los niños subalimentados y su edad ósea no concuerda con su edad cronológica; su estatura se estanca en un punto determinado y la relación peso-talla se altera; su desarrollo psicomotor es más lento; la memoria y la capacidad de abstracción, se ven afectados severamente.

En los países del Tercer Mundo, la existencia de grupos sociales con alta prevalencia de desnutrición, enfermedades transmisibles e inmuno prevenibles constituyen una amenaza y desafío para todos; amenaza no solo por la posibilidad de contagio, sino porque el progreso social se hace imposible con tal desigualdad y un desafío, porque es precisamente en estos dos campos, donde se quiere mejorar las condiciones humanas y abordar el desarrollo económico con amplias perspectivas en procura de mejorar la calidad de vida.

En la medida en que se quiera mejorar la calidad de vida de los niños y sus mamás; se hace necesario conocer con mayor precisión, cuales son los mecanismos, por medio de los cuales la desnutrición, la morbilidad, la falta de interacción personal, afectan el desarrollo del niño; además de la información respecto a cuáles son las variables sociales y familiares dentro de las cuales se mueven las posibilidades reales de intervención.

Cabero, L. (1984), afirma que los recién nacidos cuyo peso al nacer es inferior al esperado para su edad gestacional, tienen un especial riesgo de presentar complicaciones durante la gestación durante parto (sufrimiento fetal) o durante la vida neonatal, a corto plazo (acidosis, hipoglicemia, etc.) y a largo plazo (trastornos neurológicos y mentales). Estas complicaciones motivan una conjunción de esfuerzos, enmarcados en el área de la perinatología.

Se denomina como pequeño, para su edad gestacional, el recién nacido cuyo peso de nacimiento es inferior al décimo percentil para cada edad gestacional determinada, en relación con una curva obtenida a partir de la población que se asiste (Cabero, L. 1984).

Son múltiples las causas que pueden alterar un normal crecimiento y desarrollo del feto y se pueden agrupar en causas que actúen en el potencial del crecimiento fetal y causas que provienen de infecciones, bien sean fetales (por ejemplo la rubéola) o maternas por infecciones placentarias o intervenciones iatrogénicas.

También han de incluirse en la etiología las condiciones socioeconómicas bajas que se asocian con la mala nutrición materna. Igualmente se ha observado retardo del crecimiento en los hijos de gestantes fumadoras.

El síndrome del retardo del crecimiento intrauterino tiene repercusiones expresadas en retardo mental, si no se acomete oportunamente, un trabajo terapéutico (Cabero, L. 1984).

Según Carrera, J.M. (1984), actualmente se admite sin reservas que el desarrollo psicointelectual de los niños que al nacer han sido conceptuados como pequeños para la edad de gestación, presentan un pronóstico menos favorable.

Alrededor del 10% de los deficientes mentales profundos, severos, y moderados, pueden agruparse en la etiología del crecimiento fetal retardado o de sus consecuencias.

Rhodes, citado por Carrera, J.M., sugiere que un 18% de los recién nacidos pequeños para la edad de gestación desarrollan mayor o menor grado de retardo mental.

4. METODOLOGIA

4.1. OBJETIVOS GENERALES

4.1.1. *Elaborar y desarrollar un programa de Intervención familiar perinatal como estrategia para disminuir: bajo peso al nacer, maltrato al menor y deprivación psicoafectiva.*

4.1.2. *Impulsar y fortalecer la participación activa de la familia haciendo énfasis en la estimulación intrauterina, lactancia materna, desarrollo psicomotor y vigilancia nutricional.*

4.1.3. *Establecer acciones preventivas, para madres gestantes de alto riesgo biológico y/o ambiental que proporcionen los elementos básicos para el desarrollo integral, de los bebés.*

4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

4.2.1. *Analizar teóricamente las características de los procesos del desarrollo prenatal y la influencia de la madre, frente al nacimiento.*

4.2.2. *Favorecer el mejoramiento en las relaciones padre- hijo, mediante la participación en el programa educativo preventivo.*

4.2.3. *Analizar el cambio de actitud de la madre durante el proceso de gestación, parto y posparto.*

4.3. POBLACION Y MUESTRA

El Hospital Marco Fidel Suárez está ubicado en el Municipio de Bello concretamente en el Barrio Niquía, sector que hace aproximadamente unos quince años organizó allí sus viviendas en las laderas de los Altos de Niquía.

Según datos tomados de la Oficina de Planeación Municipal; el nivel socioeconómico de las familias es bajo, sus ingresos son provenientes de subempleos, o empleos que devengan el salario mínimo.

Las familias por lo general, son numerosas, su rasgo característico, es el número de individuos emparentados entre si y que viven bajo el mismo techo.

El desempleo, la vivienda deficiente, la alimentación escasa y poco nutritiva, las pocas oportunidades de recreación, así como el hacinamiento y las enfermedades son características de esta clase de familias.

La madre en la mayoría de los casos se ve obligada a trabajar por abandono del padre, y los niños quedan al cuidado de las abuelas, tías, vecinas o hermanos.

La mayoría de los embarazos no son planeados, la madre tiene exceso de trabajo, alimentación deficiente y situaciones familiares conflictivas. Es además muy alto el porcentaje de traumas perinatales, lo mismo que los casos de desnutrición, ya sea prenatal o perinatal; los traumas craneanos por accidentes, enfermedades infecciosas, del sistema nervioso central como meningitis y encefalitis en los niños.

En lo que respecta a peso y talla, se observa que la mayoría de la población, está por debajo de lo requerido.

Por eso la importancia de llevar a efecto, un buen programa, donde se fomente la prevención y detección precoz, dando educación y capacitación, de acuerdo a las causas de morbimortalidad encontradas y aplicar formas de intervenciones oportunas.

De una población de 427 gestantes clasificadas por los médicos de la consulta prenatal del Hospital Marco Fidel Suárez, como de alto riesgo biológico, entre los cuales se cuenta: placenta previa, hipertensión, anemia, madres añosas o demasiados jóvenes, intervalo entre embarazos, entre otros, y riesgo ambiental dada las características de la zona se seleccionó a fecha abril 3 de 1991; un grupo de madres que además de cumplir algunos o varios de los riesgos mencionados, al momento de iniciar el programa tuvieran seis meses de gestación cumplidos; conformándose así un grupo de sólo 80 madres, o sea el 20% de la población.

De éste grupo de 80 madres, se tomó una muestra del 50% para conformar los grupos control y experimental.

Se conformaron los dos grupos en forma aleatoria, cada uno con un 25%. Se clarificar que la muestra aparece pequeña, dada la condición de iniciar el programa a partir del sexto mes de gestación.

CATEGORIAS GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL

EDAD EN AÑOS

EDAD EN AÑOS	18 - 25	26 - 32	33-43
G. EXPERIMENTAL	55%	25%	20%
CONTROL	30%	40%	30%

Categorías de edad correspondiente a la muestra circunscrita sólo a esta investigación

La edad de las madres, del grupo control como del grupo experimental oscilaron entre los 18 y 43 años de edad.

Se puede observar que en el grupo experimental el mayor porcentaje se encuentra entre los 18 y 25 años; mientras que en el grupo control están en la categoría de 25 a 32 años.

El menor porcentaje lo tenemos en los dos grupos en la categoría de 33 a 43 años

INTERVALO ENTRE EMBARAZOS

INTERVALO EMBARAZOS	1-3 meses	2-3 años	3-6 años
GRUPO EXPERIMENTAL	35%	15%	20%
GRUPO CONTROL	55.5%	37.7%	16.6%

Categorías de intervalo entre embarazos, partiendo desde el momento del parto hasta la iniciación de la otra gestación.

Se puede observar que tanto en el grupo experimental como en el grupo control el mayor porcentaje se tiene en el mínimo tiempo de intervalo; o sea entre 1 y 3 meses después de terminado el parto para el inicio de otra gestación

NIVEL EDUCATIVO

N. EDUCATIVO	PRIMARIA	SECUNDARIA	PROFESIONAL
EXPERIMENTAL	25%	70%	5%
CONTROL	50%	50%	

En cuanto al nivel educativo; en el grupo control no se encontraron madres que hayan realizado sus estudios superiores; mientras que en el grupo experimental el 5% de la muestra cursaron estos. Sin embargo el mayor porcentaje lo tenemos en el grupo experimental donde el 70% de la muestra realizaron sus estudios secundarios.

NIVEL SOCIOECONOMICO

SEGUN MINIMO	MENOS DE	IGUAL A	MAS DE
EXPERIMENTAL	5%	80%	15%
CONTROL	35%	50%	15%

Según el cuadro anterior, la muestra tanto del grupo experimental como del grupo control, ganan un salario igual al mínimo. Solo un 15% de los dos grupos esta ubicado sobre el mínimo. Estas categorías están circunscritas sólo a esta investigación.

NUMERO DE HIJOS

NUMERO HIJOS	1 A 2	3 A 5	6 0 MAS
EXPERIMENTAL	50%	15%	5%
CONTROL	72.2%	16.6%	11.1%

Según el número de hijos el grupo control tiene los mayores porcentajes en todos los ítems; especialmente en las madres que tiene entre 1 y 2 hijos

4.4 PROCEDIMIENTO

Se desarrolló el programa educativo preventivo, en 14 dictadas, a partir del mes de mayo, hasta el mes de julio, por semana con una duración de dos horas cada una.

El programa tuvo en cuenta un desarrollo secuencia1 de los temas, incluyendo: una ambientación, un soporte teórico y una orientación práctica.

4.5. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Para cada grupo experimental y control, se aplicó una escala de valores, para detectar el cambio de actitud en las madres. (Ver anexo # 2). Esta se realizó posterior al parto y en los cuatro primeros meses de vida del bebé.

A los bebés del grupo experimental se les aplicó una observación basada en la Escala Abreviada del Desarrollo.

4.6. TIPO DE INVESTIGACION

Es una investigación experimental, con análisis de varianza entre grupos. La varianza entre grupos, como su nombre lo indica, refleja diferencias sistemáticas entre grupos de personas.

4.7. HIPOTESIS

Las madres que participen del Programa Educativo Preventivo, presentaran un cambio de actitud frente a los cuidados básicos del hijo; y esto se hará evidente en la respuesta de adaptación del niño a su medio ambiente.

4.8. VARIABLES

4.8.1. DEPENDIENTES

- Cambio de actitud de la madre*

- Respuesta de adaptación de los bebés*

- 4.8.2. INDEPENDIENTE

- Programa educativo preventivo*

5. PLAN DE ANALISIS

Para determinar el tipo de respuesta adaptativa del bebé, y cambio de actitud de la madre, se hace un análisis de los resultados de la información obtenida, a través de una escala de valores dirigida a las madres, y la escala abreviada del desarrollo aplicado a los bebés.

La información suministrada a través de la escala de valores y la escala abreviada del desarrollo, se tabula manualmente en cuadros, que permiten establecer una comparación cualitativa y cuantitativa, entre las respuestas del grupo control y el grupo experimental.

5.1. ANALISIS DE RESULTADOS

A la luz de los objetivos trazados para esta investigación, pretendemos establecer con claridad, el cambio de actitud de las madres, que participaron del programa educativo preventivo, al igual que la respuesta de adaptación de sus bebés.

A través de resúmenes evaluativos, de cuadros separados y conjuntos y de gráficas de barras, consignaremos a continuación los resultados arrojados por los instrumentos aplicados.

5.1.1. MADRES

5.1.1.1. Grupo Experimental

Las madres participantes en el programa educativo preventivo, arrojaron los siguientes resultados, en cuanto al cambio de actitud, obtenido a través de la escala de valores (Ver anexo U 2).

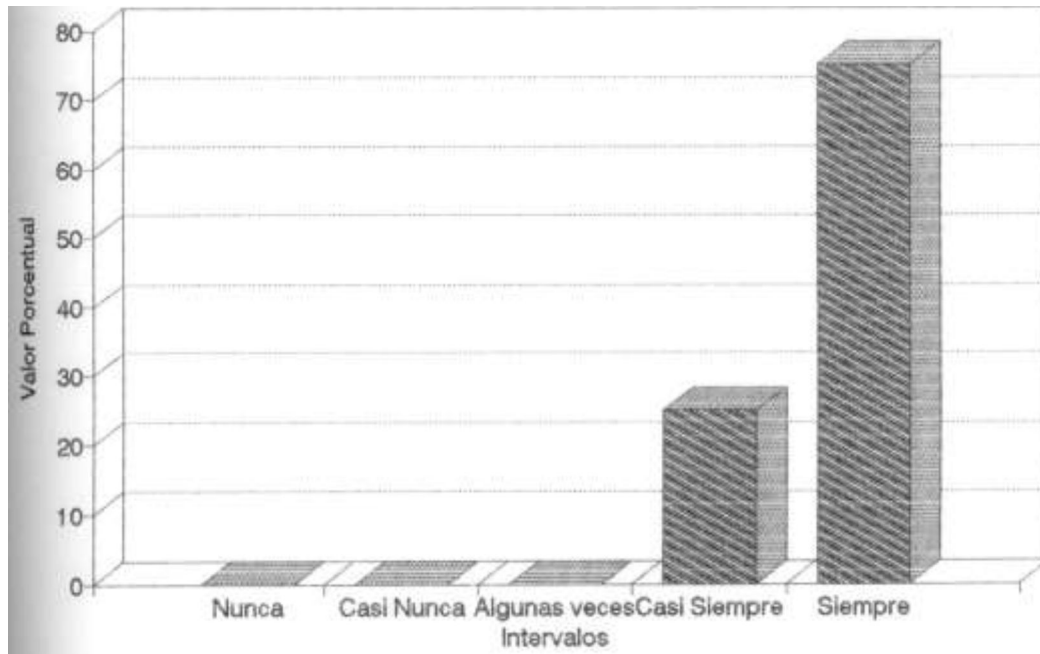
Primera aplicación: Relación de la madre con el bebé, entre 0 y 1 mes de edad.

<i>Intervalos</i>	<i>respuestas en %</i>
<i>Nunca</i>	<i>0</i>
<i>Casi nunca</i>	<i>0</i>
<i>Algunas veces</i>	<i>5%</i>
<i>Casi siempre</i>	<i>15%</i>
<i>Siempre</i>	<i>80%</i>

Madres

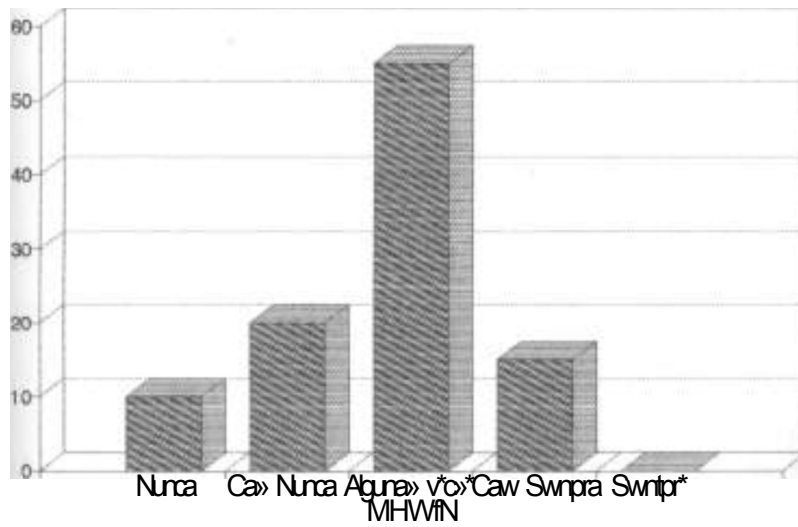
Gruyo
Segunda

E x j x T i r n m M
apiumrum

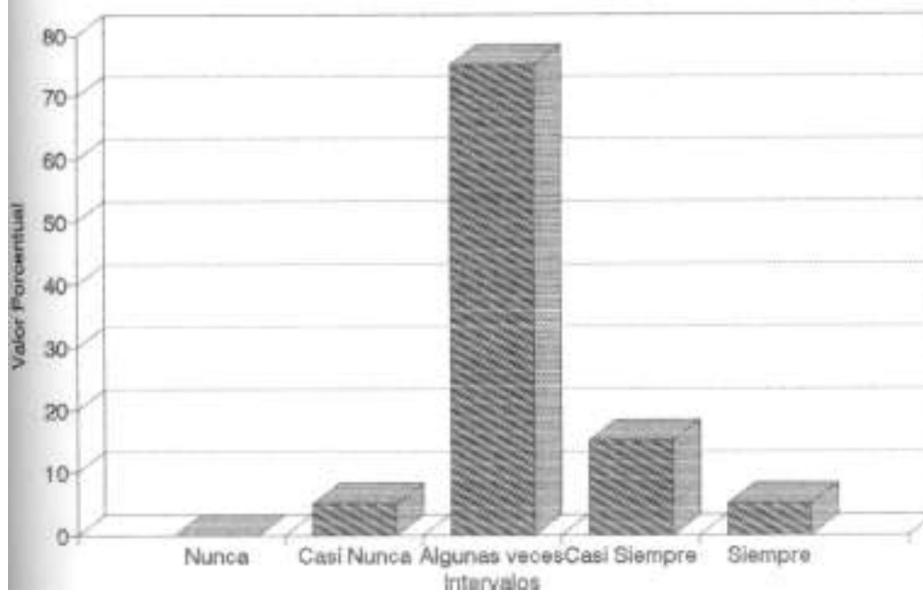


Madres Grupo fon/roí

Tercera A jkitxicum



Madres Grupo Control Cuarta Aplicacion



5.1.1.2. Grupo control

Este grupo de madres, no participo en el Programa Educativo preventivo, pero se les aplicó exactamente el mismo instrumento, y los resultados arrojados fueron los siguientes:

Primera aplicación: Relación de la madre con el bebé, entre 0 y 1 mes de edad.

<i>Intervalos</i>	<i>Respuesta en %</i>
<i>Nunca</i>	<i>0</i>
<i>Casi nunca</i>	<i>10%</i>
<i>Algunas veces</i>	<i>80%</i>
<i>Casi siempre</i>	<i>10%</i>
<i>Siempre</i>	<i>0</i>

Segunda aplicación: Relación de la madre con el bebé, entre 1 y 2 meses de edad.

<i>Intervalos</i>	<i>Respuestas en %</i>
<i>Nunca</i>	<i>5%</i>
<i>Casi nunca</i>	<i>10%</i>
<i>Algunas veces</i>	<i>65%</i>
<i>Casi siempre</i>	<i>20%</i>
<i>Siempre</i>	<i>0</i>

Tercera aplicación: Relación de la madre con el bebé, entre 2 y 3 meses de edad.

<i>Intervalos</i>	<i>Respuestas en %</i>
<i>Nunca</i>	<i>10%</i>
<i>Casi minea</i>	<i>20%</i>
<i>Algunas veces</i>	<i>55%</i>
<i>Casi siempre</i>	<i>15%</i>
<i>Siempre</i>	<i>0</i>

Cuarta aplicación: Relación de la madre con el bebé, entre 3 y 4 meses de edad.

<i>Intervalos</i>	<i>Respuestas en %</i>
<i>Nunca</i>	<i>0</i>
<i>Casi nunca</i>	<i>5%</i>
<i>Algunas veces</i>	<i>75%</i>
<i>Casi siempre</i>	<i>15%</i>
<i>Siempre</i>	<i>5%</i>

Al establecer comparación entre el tipo de respuestas arrojadas por la escala de valores, del grupo experimental y el grupo control, se puede establecer que:

Primera aplicación: 0 -1 mes. Esta prueba está orientada a detectar, el primer contacto con el niño, a través de la lactancia y los cuidados básicos del recién nacido. En el grupo experimental se obtuvo un 80% de respuestas en el intervalo siempre. Un 15% en casi siempre y un 5% en algunas veces. Mientras que en el grupo control el 80% de respuestas fue para algunas veces, el 10% en casi siempre, y el 10% en algunas veces.

Segunda aplicación. 1 a 2 meses. Está orientada a detectar la alimentación materna y estimulación adecuada, que brinda la madre y el grupo familiar al bebé.

En el grupo experimental se obtuvo un 75% de respuestas en el intervalo siempre, y un 25% en casi siempre. En tanto que en el grupo control un 65% en algunas veces, 20% en casi siempre, un 10% en casi nunca, y un 5% en nunca.

Tercera aplicación. 2 a 3 meses de edad. Esta prueba busca establecer el nivel de comunicación de la madre con el bebé.

En el grupo experimental, el 75% de respuestas fue en el intervalo siempre, 20% en casi siempre, y 5% en algunas veces. En el grupo control el 55% en algunas veces, 20% casi nunca, 15% casi siempre, y 10% en nunca.

Cuarta aplicación. 3 a 4 meses de edad. Esta prueba busca establecer la relación del niño con su medio ambiente, y el inicio de la alimentación complementaria.

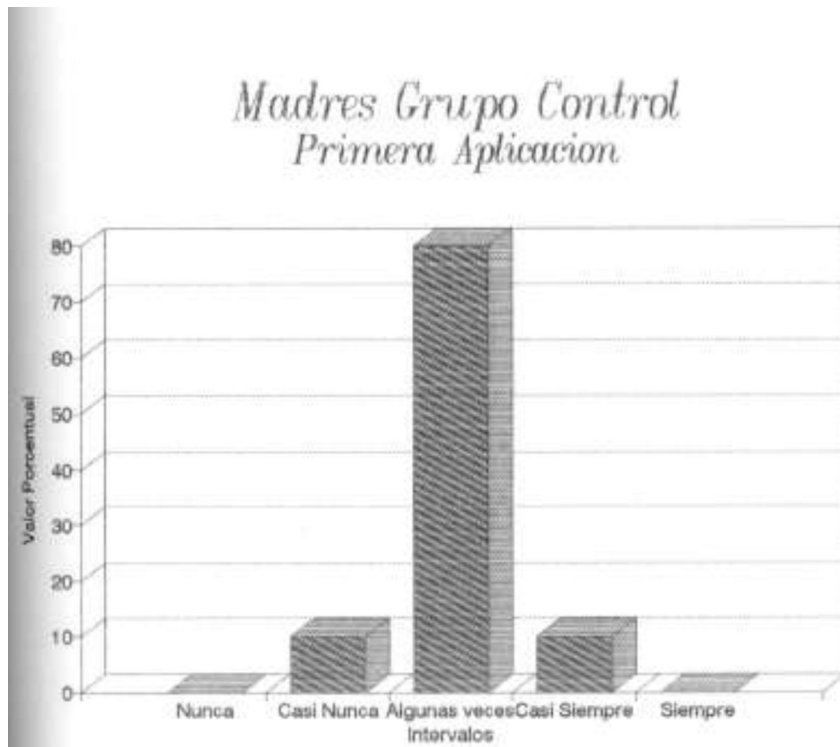
En el grupo experimental el 65% de respuestas en el intervalo siempre, 20% en casi siempre, y 15% en algunas veces. En el grupo control 75% en algunas veces, 15% en casi siempre, 5% en siempre y 5% en casi nunca.

Los parámetros de respuesta establecidos en las cuatro aplicaciones, y orientadas hacia la observación y relación de la madre con el bebé, respecto a: alimentación materna, estimulación adecuada, relación del niño con el medio alimentación complementaria entre otras permitieron observar.

En el grupo experimental el más alto porcentaje fue dado en el intervalo SIEMPRE, en tanto que en el grupo control, el mayor porcentaje fue en el intervalo ALGUNAS VECES.

En el grupo experimental, en los intervalos nunca y casi nunca, no se presentaron respuestas; en tanto que en el grupo control, las respuestas oscilaron entre el 10% y 20%.

Por lo anterior, podemos afirmar que el Programa Educativo, Preventivo, tuvo una alta incidencia en el cambio de actitud de las gestantes y en su desenvolvimiento posterior con los bebés.

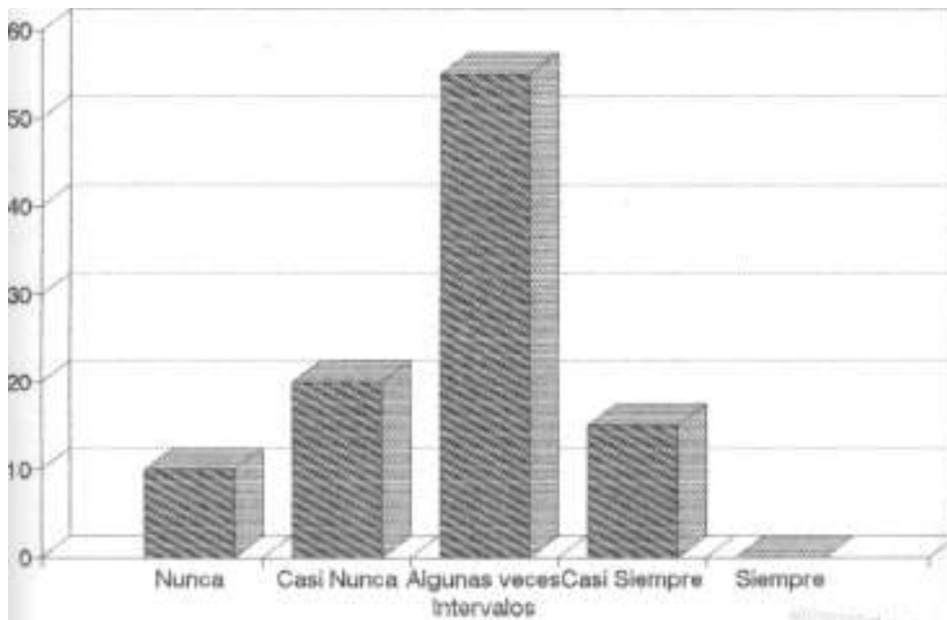


*Madres Grupo Control
Segunda Aplicacion A pluxuion*

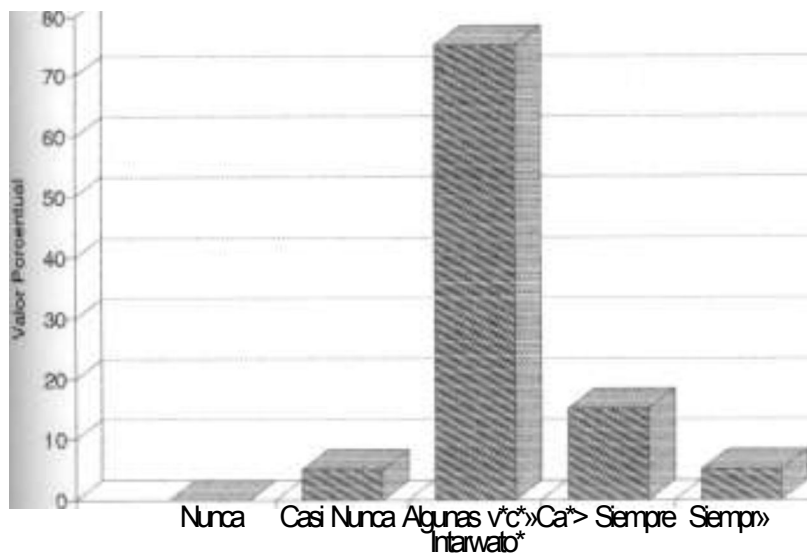
Madres írrupo fon/roí

Tercera

Áfküxwion



Madres Grupo (xmtrd
Cuarta Apliedaim



5.1.2. BEBES GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL

Para evaluar a los bebés, en su respuesta de adaptación al medio, se aplicó la Escala Abreviada del Desarrollo, durante los cuatro primeros meses de vida, y se tomaron tres parámetros relevantes en el posterior desarrollo del niño. Estos fueron: Bajo peso al nacer, destete temprano y deficiencia en el desarrollo psicomotriz

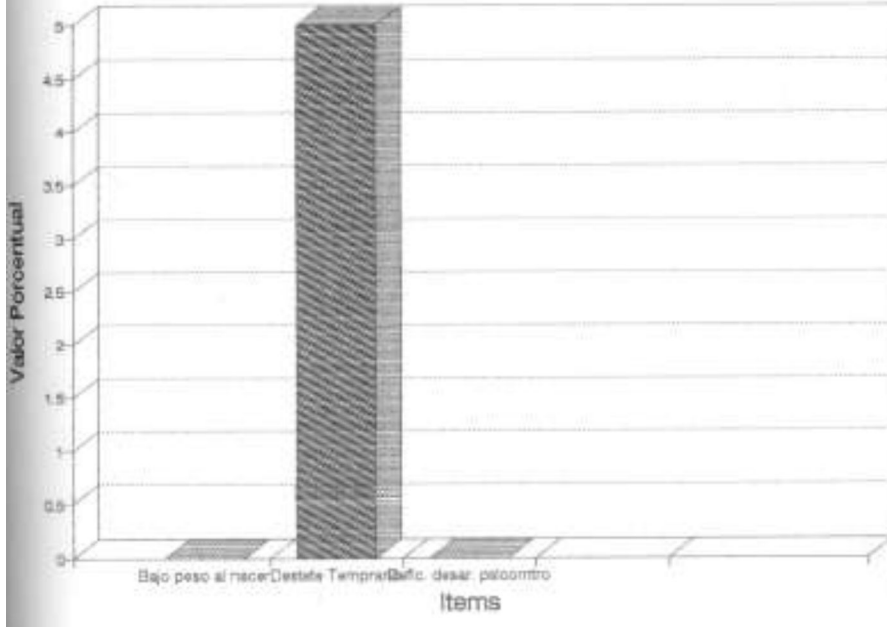
ITEMS GRUPO EXPERIMENTAL	GRUPO CONTROL
Bajo peso al nacer 0	30%
Destete temprano 5%	60%
Deficiencias en desarrollo psicomotriz 0	25%

De la evaluación se puede observar: En el grupo experimental no nació **ningún** niño con **BAJO PESO**; considerado este como menos de 2.500 kg) mientras que en el grupo control se encontró el 30%.

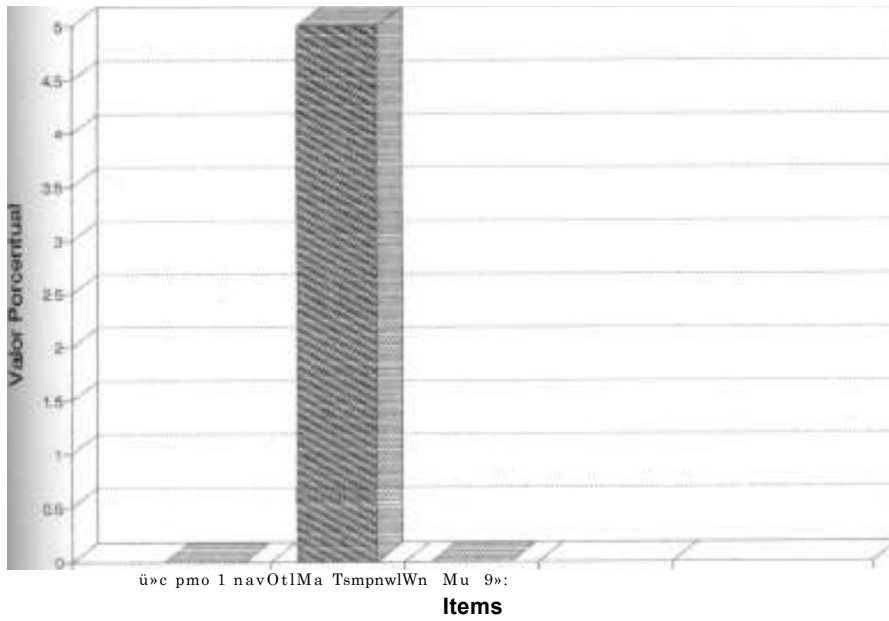
En el grupo experimental, solo se observó un 5% en el **DESTETE TEMPRANO** (considerando este antes del cuarto mes). En el grupo control se encontró un 60%

En el grupo experimental, no se encontró **ningún** niño con **DEFICIENCIAS EN EL DESARROLLO PSICOMOTTRIZ** en tanto, que en el grupo control, se presentó un 25%

Bebes Grupo Experimental



Infas (rtiijx) Experimental



B(hes Grupo Control



5.2. ANALISIS ESTADISTICO

5.2.1. NATURALEZA Y ESTRUCTURA DEL DISEÑO

La estructura es la organización de los elementos relacionados entre si; o sea, los valores promedio obtenidos en la aplicación de la escala de actitudes al grupo control y al grupo experimental

5.2.2. ANALISIS DE VARIANZA

Se supone que X (o sea el grupo experimental) es un conjunto de medidas de actitud y que tiene los siguientes valores promedio:

Nunca	0 + 0 + 0 + 0 = 0
Casi nunca	0 + 0 + 0 + 0 = 0
Algunas veces	1+0 + 1+3 = 1.2
Casi siempre	3 + 5 + 4 + 4 = 4.0
Siempre	16 + 15+15 + 13 = 14. 7

Se supone que Y (o sea el grupo control) es un conjunto de medidas de actitud y que tiene los siguientes valores promedio:

Nunca	0 + 1 + 2 + 0 = 0.75
Casi nunca	2 + 2 + 4 + 1 = 2.2
Algunas veces	1 + 1 + 1 + 15 = 13.7
Casi siempre	6 3 1 7
Casi siempre	2 + 4 + 3 + 3 = 3.0
Siempre	0 + 0 + 0 + 1 = 0.25

R es un conjunto de pares ordenados de los elementos de X y Y entonces tenemos:

$$X = (0; 0; 1.2; 4; 14. 7)$$

$$Y = (0.75; 2.2; 13.7; 3; 0.25)$$

$$R = \{(0,0.75)(0,2.2)(1.2,13.7)(4,3)(14.7,0.25)\}$$

Los resultados de la varianza de X y Y son:

X	X	X	Y	Y	Y
0	3.98	15.8	0.75	- 3.23	10.4
0	3.98	15.8	2.2	- 1.78	3.1
1.2	- 2.78	7.7	13.7	9.72	94.4
4.0	1.02	1.02	3.0	- 0.98	0.96
1.7	10.72	114.9	0.25	- 3.73	13.9

$$19.9 \quad 22.48$$

$$19.9 \quad 19.44$$

$$M = 3.98$$

$$M = 3.98$$

$$155.25$$

$$122.76$$

$$V_x = 155.25/5$$

$$V_y = 122.76/5$$

$$V_x = 31.05$$

$$V_y = 24.5$$

La varianza de X (grupo experimental) es de 31.05 en tanto que la varianza de Y (grupo control) es de 24.5; donde se puede observar, que la varianza mayor corresponde al grupo experimental.

De esta forma se comprueba la validez de la hipótesis, toda vez que la diferencia entre las varianzas indica cambio de actitud en las madres y respuesta de adaptación en los bebés.

6 CONCLUSIONES

Al finalizar y hacer una revisión general de la investigación, se puede denotar que:

- Los objetivos trazados inicialmente para la investigación, se cumplieron a cabalidad, con resultados bastante positivos, que ya se especificaron en el plan de análisis.*
- El campo investigativo en este proyecto, fue ampliado, en el sentido de elaborar Módulos Específicos, que consideraron básicamente: el conocimiento, nivel educativo y formación de las madres participantes en el programa Educativo, Preventivo, además de tener presente el nivel socioeconómico de las mismas.*
- En el desarrollo de la Investigación, vale resaltar, la participación y disponibilidad del grupo de gestantes, para asistir a las sesiones de formación y control, dirigidas por las investigadoras.*

En busca del bienestar de la mujer embarazada, se logró establecer un trabajo conjunto, entre el campo de salud y educación, con miras a una mejor atención comunitaria al grupo de prenatales.

- Se contó con una valiosa colaboración por parte del Hospital Marco Fidel Suárez y del personal médico adscrito al mismo, quienes desde un principio compartieron la idea de cualificar la atención a la mujer embarazada, partiendo de programas formativos como este.*

7 RECOMENDACIONES

Como el propósito de la investigación, es lograr un cambio de actitud positivo en la madre, de alto riesgo biológico y/o ambiental, se hacen las siguientes recomendaciones

- Continuar con este tipo de programas, como una de las actividades que aseguran el mejoramiento en la calidad de atención a las gestantes, máxime si se consideran de alto riesgo biológico o ambiental.*
- Organizar un equipo de trabajo entre los sectores de salud y educación que le den continuidad al programa, dada su necesidad e importancia.*
- Se imparta material impreso, que permita la retroalimentación, a las madres participantes, sobre los temas tratados en cada sesión.*
- Las Instituciones Educativas, en sus programas de Orientación o Escuela de Padres; pueden colaborar con algunos educadores, para que participen dictando el programa, facilitando espacios, sin que este tenga que ser dictado desde el hospital o centro de salud.*
- Utilizar en la ejecución de cada sesión, las diferentes técnicas y recursos pedagógicos propuestos en los módulos, que redundará en una más eficiente realización del trabajo y en el aumento del interés de las gestantes.*
- Realizar una evaluación mensual de los logros de los bebés, hasta tanto sean incluidos en el programa de Crecimiento y Desarrollo.*

BIBLIOGRAFIA

- ALVAREZ H, Francisco. *Estimulación Temprana. Una puerta hacia el futuro*. Ed. Gazeta Ltda. Bogotá D.E.
- ATENCION NUTRICIONAL. Documento. Plan Nacional para la supervivencia y el Desarrollo de la Infancia. Segunda edición. Bogotá. 1986 Ministerio de Salud.
- ATENCION PRENATAL. Documento. Ministerio de Salud. Plan Nacional para la Supervivencia y el Desarrollo de la Infancia. Segunda edición. Bogotá. 1986
- BATISTA, Enrique. *Escalas de actitudes para la Investigación Psicológica y Pedagógica*. Ed. Copiyepes. Medellin. junio de 1982
- BERSH ESCOBAR, David. *Manual del vigía de la salud*. Fudesco. Armenia. Colombia. 1987
- BURK, Ignacio, GALVEZ, Alvaro y otros. *El nacimiento de un niño*. Enciclopedia Salvat Editores. Barcelona 1974
- CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL MENOR DE CINCO AÑOS. PNUD. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Bogotá. D.E. 1985
- EDGERTON, Robert. *Retraso Mental*. Ed. Morato S.A. Madrid. 1985. F.J., McGuigan. *Psicología Experimental enfoque metedológico*. Ed. Trillas. México. 1972
- GOMEZ, María Elena. GORINGO, Paula y otros. *La vida de la pareja*. Ed. Universidad de Antioquia. Medellin. 1982
- INGALLS, Robert P. *Retraso Mental. La nueva Perspectiva*. Ed. El Manual Moderno S.A. México 1982
- KERLINGER, Fred N. *Investigación del Comportamiento*. Ed. McGrawn-Hill Interamericana de México.
- LA ESTIMULACION DEL LACTANTE. Centro Internacional de la Infancia. Manual Ministerio de la Educación Salud y Bienestar. E.U.A. 1979
- LATHROP, Carol. *El arte femenino de amamantar*. Ed. Interstate Printers and Publishers Inc. E.U.A. 1978
- LUDINGTON-HOE, Susan. *Cómo despertar la inteligencia de los niños*. Impreso en Colombia por Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 1989. *Estimulación sensorial en Perinatología*. Publicado por E.M.E.S.F.A.O. Bogotá 1989
- MACIAS MARIA, Juan J. *Manual de Evaluación de Atención al niño*. Ediciones Uninorte. Barranquilla 1987
- MELO G, Patricia. *Manual de atención psicoprofiláctico a la pareja gestante*. S.S.S.A. Medellin. 1989
- MEMORIAS. *Primer Seminario Nacional de Estimulación Temprana del Niño*. Medellin Colombia. 1981
- MEYER, Roberto G. *Programás de Educación Infantil en América Latina*. Programa de cooperación UNESCO - UNICEF. Bogotá. 1981

MINISTERIO DE SALUD. República de Chile. Texto guía y normas para el recién nacido. Ed. Domínguez. Santiago de Chile. 1981

ORTIZ P, Nelson. Escala Abreviada de Desarrollo. Manual de Instrucciones. Ministerio de Salud. Plan Nacional para la Supervivencia y Desarrollo Infantil.

PERSPECTIVAS DE LA FAMILIA HACIA EL AÑO 2000. Memorias del Simposio Comfama. Noviembre 1989 Medellín

RESTREPO, GOMEZ, Bernardo. Introducción a la Investigación. Ediciones Centro de Educación de Distancia Universidad de Antioquia. Medellín 1988

RESTREPO DE M., Francia. VELEZ, Carmenza y otros. Estimulación adecuada una alternativa Educativa. FESCO. Bogotá 1989

RIVERA, Amparo. NARVAEZ, Mariela y otros. Estimulación adecuada para el niño desde la concepción hasta los seis años. Guía para la familia. Ediciones Gente Nueva. Bogotá D.E.1984

ROJANO DE LA H. Memorias. Primer Encuentro Nacional de Terapia Familiar. Problemas Socioculturales y Tres Alternativas de la Terapia Familiar en Colombia. Medellín 1984

SCHAFFER, Rudolpf. Ser Madre. Ediciones Morato S.A. Madrid 1981

SEMINARIO INTERNACIONA SOBRE ESTIMULACION PSICO-SOCIAL PRECOZ DEL LACTANTE Y PREESCOLAR. Memorias de MORA, Obdulio. Alto Riesgo. Santiago de Chile. 1977

VEMMY, Thomás. KELLY, Jhon. La vida secreta del niño antes de nacer. Ed. Printers. E.U.A. 1981

VILLA DE M, Amparo. Estimulación adecuada para el niño desde la gestación

VURPILLOT, Eliane. Las percepciones del lactante. Ed. Huemol S.A. Buenos Aires. Argentina

ANEXO 1. MODULOS 1. PREPARACION PARA EL EMBARAZO

1.2 JUSTIFICACION

El embarazo es un evento fisiológico, para el cual el organismo de la mujer, esta naturalmente preparado. Sin embargo puede ocurrir que por enfermedades presentes en la mujer, o subyacentes, por incidentes de la más variada naturaleza, o por otros muchos factores externos, el normal transcurso del embarazo sea alterado, poniendo así en peligro la salud de la madre o del niño que lleva dentro de sí.

Descubrir que se está embarazada es una experiencia que presenta dos aspectos diferentes: El primero se relaciona con la confirmación de su estado; y el segundo es la aceptación intelectual y emocional del embarazo; donde se incluye directamente el padre como partícipe de este proceso.

El hecho de convertirse en padres es un gran paso en la vida, que abre las puertas hacia una tarea emocionante y llena de satisfacciones.

1.3. OBJETIVOS

Fomentar en la gestante y en el grupo familiar en general, una actitud positiva hacia la gestación.

- Capacitar a las madres desde la gestación para prevenir factores de riesgo, mediante una orientación básica sobre alimentación y ejercicios de relajación.

1.4.1. Anatomía de la reproducción

Para comprender uno de los mayores milagros de la naturaleza, por virtud del cual, dos cuerpos microscópicos, uno masculino y otro femenino, se unen y sufren cambios, que resultan en el nacimiento de un nuevo ser, es necesario conocer lo relacionado con la anatomía de la reproducción masculina y femenina.

En el hombre los órganos genitales internos son:

- Testículos: están localizados en la parte anterior de la región perineal; son de forma ovoide y están en bolsas y rodeados de cubiertas protectoras. Tienen como función formar espermatozoides y hormonas sexuales que intervienen en el desarrollo corporal y psíquico.

Generalmente el testículo izquierdo, está un poco más abajo que el derecho y tiene un tamaño algo mayor. Están formados por una red de tabulillos que no tienen luz hasta la pubertad, cuando se empiezan a formar los espermatozoides.

- Epididimo: Es un apilamiento de los tubulillos testiculares, que van a desembocar en el conducto deferente. Está en la parte superior del testículo.

- Conducto deferente: Es un conducto que sale del epididimo, que tiene como función impulsar a los espermatozoides hacia la uretra.

- Vesículas seminales: Son dos bolsitas pequeñas que están abajo de la vejiga urinaria. Tiene como función fabricar un líquido gelatinoso que sirve para estimular los movimientos de los espermatozoides.

- Próstata: Es un órgano situado debajo de la vejiga urinaria. En esta confluyen los dos conductos eyaculatorios, formados por la unión

- Próstata: Es un órgano situado debajo de la vejiga urinaria. En esta confluyen los dos conductos eyaculatorios, formados por la unión de los deferentes y las vesículas seminales. En su interior se unen la vía seminal y la urinaria; a partir de aquí la orina y los espermatozoides siguen el mismo camino dentro de ella, hay un mecanismo que abren o cierran una de las dos vías, para que salga orina o semen, nunca las dos a la vez.

- Glándula de Cowper: Son dos pequeñas glandulitas que están debajo de la próstata. Su función es segregar un líquido que prepara para el paso del semen.

Los genitales externos masculinos son:

- El escroto: Es una bolsa de piel sensible, recubierta de pelos que envuelve las bolsas donde están los testículos, son los encargados, de regular la temperatura del testículo para que puedan generar espermatozoides.

- El pene: Se encuentra encima de las bolsas, de forma cilíndrica. En el extremo tiene una forma abultada, que se denomina glande; en su interior y a todo lo largo del mismo, se encuentra la uretra por donde pasa la orina o el semen para salir al exterior. El pene tiene una estructura que le permite, durante la erección el fluir más sangre, aumentar su longitud, dureza y grosor.

- El espermatozoide: Es la célula fábrica en el testículo a partir de la pubertad, encargada de fecundar el óvulo para formar el embrión. Este entra a formar parte del semen o esperma. Está constituido por una

cabeza, una parte media y una cola que le da gran movilidad. Cuando sale de los testículos no puede sobrevivir más que unas horas.

Semen o esperma: El líquido seminal está compuesto de espermatozoides y secreciones de la próstata, de las vesículas seminales, que ayudan a la movilidad de los espermatozoides.

En la mujer los órganos genitales internos son:

- La vulva: Está constituida por los labios mayores que son ricos en grasa y están recubiertos de vello. Estos recubren los labios menores que rodean el orificio de la vagina.

- El clítoris: Localizado en el punto de unión de los labios menores. Se compone de un tejido eréctil muy sensible a la estimulación sexual.

- El himen: Es una fina membrana localizada en el inicio del canal vaginal.

Los genitales externos son:

- La vagina: Es un canal blando que recibe el pene en el acto sexual, y por el cual saldrá el niño en un parto normal. Durante el embarazo se cambia de color rojo al violeta, al igual que después del nacimiento del bebe; la vagina volverá a su antigua forma, recuperando su tono en las semanas siguientes.

- El útero o matriz: Es un órgano muscular que tiene forma de pera. Está compuesto por el cuello del útero y el útero propiamente dicho; el cuello es la parte estrecha que forma la base. Está compuesto por tres capas: el endometrio que cambia de acuerdo al momento del ciclo menstrual y sobre el cual se implanta el óvulo fertilizado, al comienzo de la fecundación. El miómetro que se contrae y ayuda a salir al niño durante el parto; y el perímetro o capa más externa del útero.

- *Trompas de Falopio: Son dos estructuras que salen de cada lado del útero y se dirigen hacia los ovarios; su función es recoger el óvulo maduro y llevarlo hacia el útero.*
- *Ovarios: Son dos pequeños órganos situados a izquierda y derecha de la matriz, en ambos extremos de las trompas. Están compuestos por unos folículos que contienen las células reproductoras de óvulos; estas suman alrededor de 500.000 de las cuales maduran unas 500; durante los períodos que van desde la primera menstruación hasta la menopausia. Tienen como función expulsar el óvulo aproximadamente cada mes, además de producir secreciones internas y hormonas.*
- *El óvulo: Es la célula reproductora femenina, localizadas dentro de los ovarios, los cuales expulsan una vez cada mes, durante el proceso que se denomina ovulación. Durante este proceso se producen transformaciones en el endometrio, que preparan al útero, para recibir al óvulo, en caso de que sea fecundado por algún espermatozoide. Si no, se produce a los catorce días la menstruación, que viene a ser la mucosa del endometrio que se había producido para una posible fecundación.*
- *El suelo pélvico: Son aquellos músculos que soportan los órganos situados dentro de la cavidad pélvica (el útero, la vejiga, el recto), tienen por lo tanto una carga extra durante la gestación, aunque casi ni se tiene conciencia de ellos. Es la misma musculatura que se contrae como efecto de la excitación sexual incrementando el placer. Su control es muy importante para el parto, cuando deben relajarse al tiempo que se presiona sobre el niño para que descienda por el canal del parto.*

1.4.2. Concepción y Gestación

Por regla general la fecundación sucede una semana después de terminada la menstruación o catorce días después del comienzo del último período menstrual. Transcurridos de siete a diez días, el huevo fecundado, se implanta en la pared del útero. Una semana más tarde está firmemente adherido a través de su placenta primitiva, que une el embrión en desarrollo con su madre.

La placenta es el órgano a través del cual pasa el alimento de la madre al hijo. Es un órgano vital para el embarazo, por que produce las hormonas destinadas a mantener la salud del feto, el útero y los órganos genitales de la mujer, y a preparar el cuerpo de la madre para el parto.

El óvulo es fecundado, cuando ha recorrido cerca de una tercera parte de la Trompa de Falopio, por un espermatozoide depositado en la vagina tras la eyaculación. Unos segundos después de que se produce la eyaculación, los espermatozoides, se movilizan agitando sus colas, cruzan el útero y entran a la Trompa de Falopio.

Estos son atraídos químicamente por el óvulo y se adhieren sobre toda su superficie, pero solamente uno perfora la capa exterior del óvulo. Todo este proceso dura aproximadamente sesenta minutos.

El óvulo maduro sobrevive solamente cerca de doce horas, veinticuatro como máximo y los espermatozoides conservan su capacidad de fecundación de 24 horas, con un límite de 36 horas.

Por lo tanto es improbable que haya fecundación, a menos que el acto sexual tenga lugar uno o dos días antes o inmediatamente después de la ovulación.

Únicamente la cabeza del espermatozoide, se une con el óvulo para formar una sola célula, ya que el cuerpo y la cola se pierden. La célula se divide en dos, las primeras 24 horas y al cuarto día es una masa esférica constituida por más de cien células.

Durante los tres primeros días esta masa celular, flota libremente en la cavidad uterina y se nutre con la "leche" uterina, secretada por las glándulas de las paredes del útero. Al cabo de la primera semana de vida ha penetrado profundamente el revestimiento, esto se denomina implantación, etapa durante la cual se baña continuamente en una fuente sangre de la madre, que facilita el paso de alimentos y desechos hacia y desde el embrión. Hasta la octava semana del embarazo, el bebe en desarrollo se conoce como embrión; después de este tiempo se denomina feto.

1.4.3. Cambios fisiológicas durante el embarazo

Durante el embarazo, el organismo sufre una serie de modificaciones, que afectan a casi todos los órganos y aparatos; algunas de estas modificaciones comienzan desde la concepción; otras empiezan más tarde, pero duran a lo largo de todo el embarazo y desaparecen varias semanas después del parto o la lactancia.

- Útero: Es el órgano que soporta las mayores modificaciones durante el embarazo; su agrandamiento se debe al hecho de que sus fibras musculares aumentan de número y de tamaño y entre ellas se interpone tejido elástico. Además estas fibras se llenan de agua.

- Vulva y vagina: La vulva desde el primer se presenta ligeramente hiperpigmentada, o más oscura, según el tipo de piel. Esta coloración empieza en la superficie externa de los grandes labios y puede extenderse hasta la región anal. En cambio la superficie interna de los grandes y pequeños labios, se vuelve rojo oscuro. La modificaciones de la vagina comienza aproximadamente en el tercer mes; sus fibras musculares aumentan y ella tiende a alargarse.

- *Mamás: Experimentan profundas modificaciones que aparecen al comienzo del embarazo. Aumentan rápidamente de volumen debido al incremento del tejido glandular y a la acumulación de grasas. Se vuelven a menudo más turgentes y pueden aparecer en ellas grietas con fondo color violeta. También aumenta el dolor; el pezón se agranda, se vuelve más sensible a los estímulos, la superficie de la aréola se alarga y adquiere un color oscuro. Desde los primeros meses puede aparecer de forma espontánea o apretando el pezón un líquido claro: el calostro. Este se volverá más denso en el último mes y adquirirá un color amarillento.*
- *El corazón: El peso del corazón aumenta, al igual que su volumen, debido al mayor trabajo que debe realizar. Durante el embarazo se produce un aumento de la relajación de los vasos sanguíneos, lo que hace que la sangre circule con una velocidad menor en los miembros inferiores y superiores, lo que produce una ligera inflamación en estas zonas y la aparición de varice.*
- *La sangre: Experimenta modificaciones que están a cargo de todos los factores que sirven para la coagulación, por lo cual este sistema resulta más rápido y eficaz. Estos fenómenos se acentúan en la segunda mitad del embarazo*
- *Aparato respiratorio: Las modificaciones que afectan este aparato, comienza desde la mucosa que recubre la nariz, la laringe y los bronquios. Esta mucosa se vuelve durante el embarazo turgente y rica en vasos sanguíneos, haciéndose por lo tanto más sensible a las inflamaciones y a las infecciones. A menudo la gestante, tiene dificultad en la respiración, y esto se debe a que el diafragma es desplazado hacia arriba por el útero.*
- *Aparato digestivo: Las modificaciones del aparato digestivo comienzan en el primer trayecto, es decir en la boca.*
- *La boca: La mucosa que recubre las paredes de la cavidad oral está muy irrigada, a menudo turgente, las encías sangran fácilmente aun durante la masticación.*
- *Los dientes: El organismo materno, tiene una creciente necesidad de calcio; puede aparecer por lo tanto una mayor descalcificación de los dientes, que se vuelven más predispuestos a las caries.*
- *Glándulas salivales: Hasta el primer mes aumenta su propia actividad; esto lleva al fenómeno del tialismo (aumento de salivación, característico de los primeros meses de embarazo). También la composición de la saliva cambia; se vuelve más fuerte y ácida y puede provocar una modificación en el aliento.*

- *El estómago: Es empujado hacia arriba por el útero, que se agranda, y también desde el punto de vista funcional experimenta profundas modificaciones. Aumenta sus movimientos así como la secreción de los jugos gástricos (hipersecreción), pero a su vez, disminuye la acidez de los mismos jugos gástricos (hipoclorhidria) y por lo tanto los alimentos son digeridos con mayor dificultad. También la evacuación puede resultar más lenta. En los primeros meses la gestante puede tener náuseas y vomito (fenómeno nerovegetativo) y después del tercer mes, generalmente aumenta el apetito.*
- *El intestino: Es empujado hacia arriba por el útero grávido; disminuye además el tono de sus paredes y su motilidad. Esta última causa frecuentemente el estreñimiento.*
- *El hígado: Tiene que realizar un mayor trabajo durante el embarazo, ya que debe proveer, no solo a los compartimientos maternos, sino también a los fetales. En la segunda mitad del embarazo, este órgano aumenta de volumen y de peso; disminuye su consistencia y se agrandan sus células, ya que también tienen como función neutralizar los productos tóxicos que el organismo forma en mayor cantidad.*
- *La vesícula: Junto con los conductos que transportan la bilis, se dilatan, mientras que el esfínter de Oddi, aumenta sus contracciones, lo que puede producir una leve dolencia y facilitar la formación de cálculos.*
- *Aparato urinario: Las afecciones urinarias son bastantes frecuentes durante el embarazo.*
- *Los riñones: Aumentan de peso y de volumen, al igual que la cantidad de orina filtrada que estará más diluida.*
- *Los uréteres: Estos resultan más dilatados, en el primer trimestre, en la porción más próxima a la vejiga; durante el segundo y tercer trimestre en la porción más próxima al riñón.*
- *La vejiga: Por estar más irrigada, su superficie interna, adquiere un color violáceo; durante los primeros meses los trastornos que la gestante padece (orina más frecuentemente y a menudo con leves molestias), son debidos a la acción de la progesterona, que debilita la actividad de la musculatura de la vejiga.*
- *La uretra: Durante el embarazo se agranda, se dilata y es mucho más sensible a las infecciones.*

- *Aparato tegumentario: Comprende la piel y la capa subcutánea; durante el embarazo aparecen algunas modificaciones como la hiperpigmentación o coloración más oscura; esta se da principalmente en la región genital y tiende a extenderse a la región periumbilical, y algunas manchas en la cara. Otras modificaciones son las estrías o grietas que se presentan generalmente en el abdomen, los pechos y los muslos. Las glándulas sudoríparas incrementan su actividad; también los pelos y las uñas crecen rápidamente.*

- *Los huesos y los músculos: La pelvis se alarga un poco; mientras que la columna vertebral, durante el tercer trimestre, aumenta la curvatura a nivel lumbar. Esto sirve para mantener el equilibrio.*

También los músculos padecen modificaciones, sobre todo los de la región lumbar y abdominal, aumentando de volumen y de tamaño, además se embeben de agua; de cualquier modo no soportan también los esfuerzos y a menudo sufren contracciones (típicos calambres de las gestantes). Además deben soportar un mayor peso y por lo tanto, frecuentemente puede doler en el mismo lugar donde se insertan en los huesos.

- *El sistema nervioso: Las alteraciones más notables que se producen en este sistema son a nivel periférico; se puede verificar una disminución de los reflejos superficiales y una creciente excitabilidad en los estímulos; estímulos que fuera del embarazo son indiferentes, pueden en cambio volverse dolorosos. Se explican así los frecuentes dolores de cabeza y de muelas, que a menudo padecen las gestantes.*

También el sistema neurovegetativo se caracteriza por una gran inestabilidad e hiperexcitabilidad. Esto explica la aparición de fenómenos, durante el primer trimestre: aumento de las horas de sueño, las náuseas, el vómito, el estreñimiento etc.

1.4.4. Cambios psicológicos de la gestante

La personalidad femenina, experimenta, sin lugar a dudas modificaciones, por la presencia de un nuevo ser, que está creciendo dentro de su cuerpo.

Frecuentemente en el primer trimestre del embarazo, existe una fragilidad emotiva. Esto puede deberse en parte al aumento de las hormonas (que en este período se producen bruscamente) en parte a los sentimientos de rechazo y aceptación del producto que se ha concebido. Al comienzo, la presencia del embrión suscita evidentemente, fantasías y angustias, existiendo además el miedo de que este nuevo ser altere un equilibrio personal o el que se ha establecido entre la pareja.

En el segundo trimestre generalmente se produce una estabilidad emocional; con los primeros movimientos fetales, la madre siente más al hijo como realidad. Comienzan los preparativos para el nacimiento, al tiempo que la madre va demostrando mayor confianza en sí misma. El tercer trimestre

nuevamente se caracteriza por la ansiedad; existe apatía, desgano, fatiga mental. En esta fase es muy importante el apoyo del compañero, la confianza en el médico y la existencia de experiencias o de precedentes favorables. El embarazo con sus complejas modificaciones somáticas, endocrinas y con las transformaciones psicológicas que ella produce, representa un momento crítico y fundamental en la vida de la mujer.

El embarazo tiene una gran influencia en la vida de la pareja, y no solo en la mujer, ya que actúa sobre la relación conyugal como un gran agente de cambio.

No solo se modifica, el cuerpo de la mujer, sino también la imagen emotiva, que del mismo cuerpo tiene ella y su compañero; con todas las repercusiones psicológicas que pueden ocasionarse. Se modifica la vida sexual, las relaciones con los familiares más cercanos, una nueva presencia comienza a hacerse sentir en la casa, con la preparación de los objetos y de los espacios para el niño que debe nacer. La pareja comienza también a buscar un espacio psicológico dentro de sí y en las relaciones, con la esperanza y temores consiguientes.

Se abre un espacio para el nuevo ser; que depende de una historia de relaciones, que caracterizan aquel núcleo familiar; se prepara entonces, una herencia psicológica, de valores, de objetos, que luego se enfrentaran con la realidad del niño que ha nacido. Madre y padre tienen la misma importancia en el interior de este proceso que después verá surgir al hijo como poseedor autónomo de una historia propia.

Será el mismo quien procure una serie de cambios en virtud de sus exigencias específicas, a las cuales deben responder los progenitores, de la manera más adecuada posible para contribuir a su crecimiento y al de toda la familia. En este sentido el padre se atribuye un rol, que no debe considerarse secundario al materno, sino, la responsabilidad de una presencia original, que va en aumento desde la gestación del hijo y que tiene resonancia ya sea sobre el plano psicológico individual, como en las interrelaciones de pareja.

De cualquier modo, la posibilidad de vivir juntos y de encontrar un nuevo equilibrio, en el interior de una situación que se va modificando, con el nacimiento de un hijo, ya sea en la relación afectiva, como en la distribución de los roles y deberes en el seno familiar, depende mucho de la madurez de esta relación.

Por lo tanto, el embarazo y el nacimiento de un nuevo ser, representa para la pareja, un momento en que es posible comprobar el estado de las relaciones. La relación sexual se modifica, ya sea por la nueva dimensión física de la mujer, o por entrar a considerar un nuevo ser entre la pareja. En este sentido es muy importante, que la mujer conserve su equilibrio corporal y su integridad psicofísica sujeta a grandes cambios.

Aceptarse como mujer, que está por convertirse en madre, ayuda también al compañero a aceptarla y apreciarla.

Las fantasías recurrentes, son las relativas al miedo de poder perjudicar al niño, o que este se interponga entre ambos, pero una buena adaptación física y psicológica, un conocimiento médico y objetivo de la sexualidad durante el embarazo, ayuda a afrontar esos temores irracionales.

1.4.5. Nutrición de la embarazada

Desde hace ya algunos años, el estudio de la alimentación en el embarazo, ha adquirido gran importancia en la prevención de enfermedades maternas y fetales; y son bien conocidos los efectos debidos a una dieta inadecuada.

Comer bien, en la gestante, no significa "comer para dos", sino alimentarse correctamente, cuidando la cantidad, pero sobre todo la calidad del alimento.

El organismo humano, está constituido, además de agua, por sustancias que podemos definir fundamentales, que combinadas entre sí en diversas proporciones, son la base de todos los órganos.

Para desarrollarse y mantener sus funciones, el organismo tiene necesidad de una continua ingestión de éstos a través de los alimentos.

En el período de gestación las necesidades nutritivas de las mujeres, varían: el organismo materno experimenta cambios en todas sus funciones y en el metabolismo, con el fin de permitir el crecimiento de un nuevo ser; también en estructuras esenciales como la placenta, el útero y las mamas, que deben hacerse adecuadas a las exigencias del feto y luego del neonato, además de acumular energía para el parto y la lactancia. Si el feto está ligado a la madre a través de la placenta, órgano esencial que permite el tránsito de oxígeno y sustancias nutritivas, de este a aquel, y la eliminación de los productos que pasan del feto a la madre.

La placenta se forma y crece conjuntamente con el feto. La necesidad de nutrición del embrión es reducida, por lo cual en el primer trimestre de embarazo, no es necesario un aumento importante del aporte de calorías, por parte de la madre.

Del tercer mes en adelante, el gran desarrollo del feto, exige un aumento de alrededor de 350 calorías. Una insuficiente nutrición de la madre, durante el crecimiento fetal, puede repercutir en un lento desarrollo de este.

El organismo fetal, se nutre de la sangre materna, a través de la placenta, las sustancias fundamentales como proteínas, grasas y carbohidratos, se las suministra continuamente la madre. Con tales sustancias el futuro individuo, construye día a día, sus complejas estructuras; la madre aunque en menor grado, necesita de las sustancias para el crecimiento de sus propios órganos.

Que es nutrición ?. Es un proceso por el cual el hombre incorpora los nutrientes de los alimentos a su organismo, para mantener la vida, favorecer el crecimiento corporal y el desarrollo de sus funciones, lo que influye en su capacidad de trabajo físico y rendimiento intelectual. Que es alimentación?. Es la primera etapa del proceso de nutrición,

Que es un nutriente? Son los componentes específicos de los alimentos, que desempeñan funciones de nutrición en el organismo.

Que son los alimentos?. Son el material indispensable, para ayudar a construir y mantener todas las células del organismo. Los alimentos se necesitan para vivir, crecer saludables y obtener la energía para el estudio, trabajo, juego, deportes y demás actividades.

Los alimentos se obtienen de la naturaleza y pueden ser de origen animal o vegetal. Según su contenido nutricional, los alimentos se dividen en cuatro grandes grupos:

- Proteínas. Son sustancias nutritivas que ayudan a la formación de las células y los tejidos el organismo como: carnes, leche y sus derivados, leguminosas, huevos.

- Grasas. Son sustancias que proporcionan calorías o energía (combustible) al organismo. Los alimentos que mayor cantidad de grasa aportan son: mantecas, mantequilla, margarina, tocino, aceite, aguacate, mayonesa, crema de leche.

- Carbohidratos. Son sustancias que proporcionan energía al organismo y son todas las harinas y dulces así: plátano (maduro, verde, guineo); tubérculos (papas, arracacha, yuca, ñame); cereales (arroz, trigo, cebada, avena, maíz harinas); dulces y azúcares (panela, azúcar, mermelada, bocadillos, chocolatinas, gaseosas etc.).

Los alimentos que proporcionan energías o calorías al organismo, evitan que las proteínas se desperdicien o se gasten en la producción de energía y sean utilizadas en la función formadora de tejidos.

Vitaminas y minerales. Son sustancias que colaboran con el buen funcionamiento y equilibrio del organismo, ayudando a las funciones de los alimentos anteriores. Todas las frutas y verduras, contienen vitaminas y minerales; lo importante es consumir, en mayor cantidad la que está en cosecha, variando colores y sabores.

- Vitaminas y minerales. Son sustancias que colaboran con el buen funcionamiento y equilibrio del organismo, ayudando a las funciones de los alimentos anteriores. Todas las frutas y verduras, contienen vitaminas y minerales; lo importante es consumir, en mayor cantidad la que está en cosecha, variando colores y sabores.

Las sustancias que contienen estos alimentos, regulan todas las funciones del cuerpo humano, para permanecer saludables y son necesarios Para:

- mantener la piel y los ojos sanos*
- ayudar a la formación y crecimiento de los huesos y dientes*
- conservar sanas las encías, arterias y evitar infecciones*
- contribuir a que los alimentos produzcan energía*
- dar fuerza y rigidez a los huesos y dientes*
- ayudar a la formación de la sangre*
- mejorar el apetito y la digestión.*

Estado de los alimentos: Comprando en el mercado alimentos de buena calidad, ahorramos dinero, evitamos grandes pérdidas y la duración de los alimentos será mayor. Frecuentemente se puede comprar a bajo precio, productos de mala calidad, pero el desperdicio en la preparación es mayor y puede sobrepasar el ahorro hecho.

- Compre los alimentos basándose en su tamaño, pero fijese en el deterioro que pueda tener. Nunca un alimento tiene más nutrientes, porque es más grande.*
- Evite comprar las frutas más maduras, compre de acuerdo con el uso que les va a dar.*
- Evite comprar las frutas y verduras con magulladuras, manchas oscuras o superficies irregulares, busque el color y el brillo natural.*
- Seleccione las frutas con la cáscara delgada.*
- Tenga en cuenta la limpieza en frutas y verduras.*

- Procure comprar las frutas y verduras que estén en abundancia y a menor costo, así podrá consumir mayor cantidad de alimentos.
- Para que los alimentos se conserven por más tiempo, es necesario protegerlos y manejarlos bien, de esta manera, no producirán enfermedades cuando se consuman.

Vitaminas y Minerales requeridos durante el embarazo. Vitamina A:

Alimentos que la contienen. Leche entera, margarinas, mantequillas, yema de huevo, pescado, aceite de hígado de pescado, hígado, riñones, verduras amarillas y verde.

Función. Desarrolla resistencia a la infección, esencial para la buena visión, mantiene en buenas condiciones la piel y las membranas mucosas, necesaria para la formación del esmalte de los dientes, el cabello y las uñas, importante para el crecimiento y la formación de la glándula tiroides.

Vitamina B1:

Alimentos que la contienen. Cereales integrales, nueces, legumbres, hígado corazón, riñones, levadura de cerveza, germen de trigo.

Función. Ayuda a la digestión, mantiene el estómago y los intestinos en buenas condiciones, se requiere para la fertilidad, el crecimiento y la lactancia.

Vitamina B2:

Alimentos que la contienen. Levadura de cerveza, germen de trigo, cereales, verduras, leche, huevos, hígado.

Función. Contribuye al desarrollo de las células cerebrales, previene las infecciones y el sangrado de las encías.

Vitamina B5:

Alimentos que la contienen. Hígado, riñones, corazón, huevos, salvado de trigo, cereales, queso.

Función. Esencial para todas las funciones reproductivas, mantiene los glóbulos rojos.

Vitamina B6:

Alimentos que la contienen. Levadura de cerveza, cereales, hígado, corazón, riñones, germen de trigo, papas, plátano, melaza, verduras secas.

Función. Ayudan al organismo a asimilar las grasas y los ácidos grasos, necesarios para producir los anticuerpos que combaten las enfermedades. Su deficiencia causa enfermedades nerviosas y anemia.

Vitamina B12:

Alimentos que la contienen. Hígado, levadura de cerveza, germen de trigo, cereales, leche, soya, pescado.

Función. Esencial para el desarrollo de los glóbulos rojos sanos, necesarios para la formación del sistema nervioso central del bebe.

Ácido Fólico (parte del complejo B):

Alimentos que lo contienen. Verduras de hojas crudas, nueces.

Función. Esencial para la formación de la sangre, previene defectos del conducto raquídeo, esencial para el desarrollo del sistema nervioso del bebe.

Vitamina C:

Alimentos que la contienen. Cítricos, frutas frescas, verduras rojas, verdes y amarillas.

Función. Contribuye a desarrollar resistencia a las infecciones, sirve para formar una placenta fuerte, ayuda a la absorción del hierro, importante para la reparación de fracturas y cicatrización de heridas.

Vitamina D:

Alimentos que la contienen. Leche, pescado aceitoso, aceite de hígado, huevos, mantequilla, yemas de huevo.

Función. Promueve la absorción del calcio del intestino y ayuda a incorporar el calcio de la sangre y de los tejidos en las células óseas, para fortalecer los huesos.

Vitamina E:

Alimentos que la contienen. Germen de trigo, y en la mayoría de los demás alimentos.

Función. Necesaria para mantener las membranas celulares. Vitamina K:

Alimentos que la contienen. Verduras verdes, fabricada por el cuerpo, a partir de las bacterias intestinales.

Función. Ayuda al proceso de la coagulación de la sangre. Vitamina F:

Alimentos que la contienen. Soya, maíz, aceite de hígado de bacalao.

Función. Auxiliar en la regulación de la coagulación de la sangre; esencial para una actividad glandular normal.

Calcio:

Alimentos que lo contienen. Leche, queso, pescado, nueces, semillas de girasol, verduras.

Función. Esencial para la formación de los huesos y dientes sanos. Importante durante los primeros meses, cuando están en formación los dientes de leche.

Hierro:

Alimentos que lo contienen. Riñones, hígado, yemas de huevo, carnes rojas, melaza, uvas, ciruelas.

Función. Esencia para la formación de glóbulos rojos sanos. Zinc:

Alimentos que lo contienen. Salvado de trigo, huevos, hígado, cebolla, mariscos, trigo, semillas de girasol, germen de trigo.

Función. Ayuda a la formación de enzimas y proteínas. Se requiere para garantizar la liberación de la vitamina A, desde los depósitos hepáticos hacia la torrente sanguínea.

Combinación a mezcla se alimentos. Se hace utilizando el alimento de mayor consumo en la familia, agregándole otro, u otros alimentos disponibles en el región, por ejemplo: si el alimento que más consume la familia es el arroz, se le agrega una leguminosa, o sea, el frijol y se obtiene una mezcla con proteínas.

Esta mezcla se puede enriquecer, adicionándole alimentos de origen animal (carne, pollo, huevo, aunque sea en pequeña cantidad), hortalizas de color verde (espinacas, acelgas, coles) y amarillas (zanahoria, ahuyama, toma te).

Ejemplos de mezcla de alimentos:

Desayuno. Chocolate, arepa con mantequilla o margarina. Se puede complementar con huevo en cacerola, revuelto, tibio, pan o tostada, café en leche o chocolate en leche o agua de panela.

Almuerzo o comida

- Frijoles, porción de carne o tocino, porción de arroz, ensalada(repollo, zanahoria, tomate) jugo de cualquier fruta*
- Sopa de arroz, carne molida, tajadas de plátano maduro, agua de panela con leche*
- Sopa de plátano, yuca y papa, arroz, ensalada (remolacha, lechuga y pepino), jugo de cualquier fruta*

- Sopa de arvejas, porción de arroz, tortas de coliflor, leche y bocadillo
- Lentejas, arroz aliñado, ensalada, carne desmechada
- Sopa de verduras, arroz, carne asada, leche con banano
- Crema de ahuyama con papa criolla, arroz, papa frita, carne con aliños, agua de panela con leche
- Sudaó (papa, yuca, carne de res o pollo), arroz, salpicón
- Bistec de carne y papa, arroz, ensalada
- Arroz con pollo y verduras, leche con mermelada
- Sopa de guineo, arroz, tortas de huevo y harina, jugo
- Sopa de desperdicios o vísceras, arroz, ensalada, jugo o avena
- Crema de arracacha, arroz, puré de papa, leche, huevo
- Crema de zanahoria, arroz, hígado, tortas de yuca, agua de panela con leche.

La leche de soya y el agua hervida se pueden tomar entre horas.

Que es la desnutrición?. Es una enfermedad que se origina, como resultado de la disponibilidad inadecuada de nutrientes, tanto en cantidad como calidad, ocasionando deterioro de los tejidos, desequilibrio de nutrientes, trastornos fisiológicos y retraso en el desarrollo mental.

Que es exceso de peso?. Es el aumento de peso producido, por el depósito exceso de grasa en los tejidos del organismo. En general se considera sobrepeso, cuando el aumento es mes del 10% del peso normal de un individuo y obesidad cuando el incremento de peso es más del 20% del peso normal.

Cuáles son las causas que determinan la desnutrición ?.

Las causas que determinan la desnutrición pueden ser directas o indirectas:

Son directos cuanto:

- *El organismo no recibe alimentos en cantidad y calidad suficientes*
- *Por presencia de enfermedades que impiden que el organismo, aproveche los alimentos ingeridos.*

Son causas indirect as:

- *La situación económica de la familia, limita el poder adquisitivo de los alimentos*
- *El tiempo que destina la madre o la persona que cuida del niño*
- *Condiciones ambientales deficientes (servicios de acueducto y alcantarillado, inadecuados o inexistentes, eliminación de basuras deficientes, que favorecen enfermedades como el parasitismo intestinal, y las infecciones que a su vez afectan el estado nutricional del niño).*
- *Falta de conocimiento acerca de conceptos básicos sobre alimentación e higiene*
- *Prácticas y creencias equivocadas sobre la alimentación.*

Cuáles son los niños con más alto riesgo de sufrir desnutrición ?.

- *Niños con bajo peso al nacer. Se considera que un niño tiene bajo peso al nacer, cuando es producto de un embarazo a término y peso menos de 2.500 kg*
- *Niños que present an infections reiterates*
- *Niños pertenecientes a familias donde el ingreso familiar es bajo*
- *Niños donde en la familia hay dos o más menores de cinco años*
- *Niños que habitan en viviendas con servicios inadecuados de disposición de excretos y basuras*
- *Niños premature.*

Como se presenta la desnutrición?. Esta puede variar en severidad, y va desde un grado leve, pasando por moderado, hasta un grado más severo, dependiendo de la duración e intensidad del déficit de la alimentación, a la que haya sido sometido el niño y si a sufrido enfermedades infecciosas a repetición.

Si el déficit en la alimentación, es muy prolongado o el niño presenta infecciones reiteradas, además de la pérdida de peso, se altera el crecimiento en talla.

Cuando el déficit de los alimentos es de origen proteínico y energético, se presentan los grados de severidad de la desnutrición denominada Marasmo Kwashiorkor o la combinación de las dos. En el primer caso hay un bajo consumo de alimentos de cualquier tipo y en el segundo hay un bajo consumo de alimentos ricos en proteínas.

Cuáles son las sustancias peligrosas durante el embarazo?. El tabaco. Los agentes químicos absorbidos del humo del cigarrillo, limitan el crecimiento fetal; al reducir el número de células, producidas tanto en el cuerpo como en el cerebro del bebe. La nicotina produce la constricción de los vasos sanguíneos, y por lo tanto reduce el aporte de sangre a la placenta, interfiriendo en la nutrición del bebe.

El nivel de monóxido de carbono, es más elevado en la sangre del fumador y sea cual sea el nivel presente en la madre, se concentra en la sangre del bebe. Además de ser una sustancia tóxica, el monóxido de carbono reduce, la cantidad de oxígeno que la sangre puede transportar. A mayor concentración de monóxido de carbono en la sangre del bebe, menor será el peso al nacer. Estos niños de bajo peso al nacer pueden tener problemas, y menos posibilidades de vivir; también se duplica en las fumadoras la incidencia de niños prematuros.

Los estudios han demostrado que existe una mayor posibilidad, de todo tipo de malformaciones congénitas en los hijos de las mujeres fumadoras. Es posible que las fumadoras coman menos, por lo cual los bebes no reciben suficiente alimento, para su adecuado crecimiento. En las fumadoras el riesgo de aborto espontaneo, es caso dos veces mayor en parte, debido a que el cigarrillo, aumenta considerablemente el riesgo de implantación de la placenta en la parte inferior del útero; y parte, porque la placenta de las fumadoras tiende a ser más delgada, sus vasos sanguíneos están deteriorados y envejecen prematuramente te.

Las muertes en los recién nacidos, son más comunes cuando se trata de hijos de madres fumadoras. Las madres que continúan fumando después del cuarto mes de embarazo, contribuyen a aumentar en un tercio el riesgo de que sus hijos mueran durante la primera semana de vida. Los efectos del cigarrillo, se aprecian durante mucho tiempo después de nacido el bebe; los niños que viven en hogares donde se fuma son menos sanos.

Es muy importante que la mujer que requiere cuidados especiales durante el embarazo por algún motivo, se abstenga de fumar, porque de lo contrario agregaría un factor, que aumentaría la probabilidad de que algo salga mal.

Consumo de alcohol. En los últimos cinco años, se ha comenzado a evidenciar, el grado en que el alcohol, un veneno, puede afectar seriamente el feto. Parte del alcohol de cada copa que se ingiere, llega al torrente sanguíneo del bebe, y es más nocivo durante el período crítico del desarrollo, comprendido entre los seis y doce semanas.

No existe un nivel seguro para el consumo del alcohol, durante el embarazo; si se bebe dos copas al día, existe una probabilidad entre diez, de que el bebé sufra el síndrome alcohólico fetal, que puede conducir a anormalidades faciales, como fisura palatina y labio leporino, defectos cardiacos, desarrollo anormal de las extremidades e inteligencia inferior al promedio.

En la actualidad se cree que la ingestión de pequeñísimas cantidades de alcohol, puede producir problemas mentales aun inexplicables, o afectar de forma sutil el desarrollo físico y mental de los bebes.

De acuerdo con los conocimientos científicos actuales, y ya que no se ha determinado que ningún nivel de alcohol sea seguro para el feto, sería sensato, que toda mujer que decida tener un bebe, se abstuviera totalmente de beber durante el embarazo.

Fármacos. Es bien sabido que ciertos fármacos pueden afectar del desarrollo del feto, especialmente durante el desarrollo crucial comprendido entre las seis y doce semanas, cuando se están formando todos los órganos vitales. Además un producto químico puede ser nocivo por sí solo, pero nocivo para el feto, al combinarse con otros, igualmente nocivos o con ciertos alimentos,

Debido a estos peligros, no es conveniente, tomar ningún medicamento, ni siquiera aspirinas, a menos de que sea bajo la supervisión de un médico. No se deben comprar medicamentos por cuenta propia, ni utilizar los que se tengan en casa, o hayan sido prescritos a otras personas; no consulte al médico, sin antes informarle que está embarazada. Para el tratamiento de enfermedades crónicas como la diabetes, la cardiopatía, problemas de tiroides, trastornos reumáticos y probablemente epilepsia, es necesario tomar ciertos medicamentos, pero discuta con el médico si debe continuar el tratamiento antes de concebir.

1.4.6. Estimulación Intrauterina

Es todo aquello capaz de llegar al bebe durante el proceso de gestación, generando respuestas positivas a favor de su maduración física y psíquica.

Objetivos

- La estimulación intrauterina prepara las condiciones para afianzar la relación familiar con el futuro miembro*
- Atenúa el impase que significa el paso del bebé de la vida intrauterina al ambiente impactante de nuestra civilización*
- Propicia las condiciones necesarias, para que el nuevo ser, pueda disfrutar de una mejor salud física y mental, prospectivamente*
- Integra la familia de una manera activa al proceso de gestación*
- Amplifica el potencial de maduración orgánica y psíquica del bebe, introduciendo factores de cambio para la transformación del mundo.*

Estímulos.

Comunicación feto-materna. Las sensaciones, sentimientos, pensamientos, afectos o actitudes de la madre, pasan por mecanismos electromagnéticos al cerebro del bebe; consignando en el patrones de referencia que condicionaran en el futuro sus respuestas a la vida.

- Comunicación paterno-fetal. De la misma manera, ya que el material genético del padre, también se encuentra reproducido parcialmente en el hijo, este se comporta como un verdadero receptor, a si sea a distancia, de las expresiones vitales del padre, conformando otro paquete de patrones de referencia para sus manifestaciones futuras.

- Naturales. El peristaltismo intestinal, los ruidos cardiovasculares y respiratorios, como también guturales de la madre, son para el bebe como una verdadera melodía. Aunados a los ruidos placenteros son verdaderas cascadas que activan su sistema nervioso.

- Sonoros. La voz de la madre, sonrisa, el llanto, el cantar o el susurro de la misma, la música, el tamborileo o suave palmoteo sobre su abdomen, los ruidos de la naturaleza, las voces de familiares gravadas y reproducidas muy cercanamente, constituyen estímulos para el desarrollo del niño por nacer.

- Cromáticos. La luz natural, el celofán o filtros de color interpuestos ante ella, generan señales electromagnéticas, capaces de estimular en el cerebro, el proceso de formación, la codificación de respuestas.

- Mecánicos. Los ejercicios físico-musculares o respiratorios de la madre, de carácter vibratorio, ondulatorio, anti gravitatorio, etc. pueden penetrar profundamente hasta los centros del equilibrio de la relación espacial, en el cerebro del bebe, preparándolo para adaptarse al acelerado devenir de la civilización y los sistemas de transporte.

- Bioquímicos. Hormonas, sustancias o mediadores químicos que la madre pone en su circulación, son capaces de pasar en su mayoría, la barrera placentaria e introducir reacciones en el bebé y programar sus tendencias en la vida futura. A cada reacción afectiva o emocional de la madre, sigue la mediación de una o más sustancias bioquímicas hormonales.

Propósitos. La madre y los demás miembros de la familia, deben comprometerse en una serie de acciones a favor del programa de estimulación intrauterina y de omitir lo que por el contrario pueda afectar negativamente al bebe.

La madre y el padre especialmente, de manera verbal y aun mentalmente, deben conversarle al bebe. El afecto y el calor familiar habrán de expresárselo constantemente; ella debe alimentar la alegría, el optimismo, la confianza, los sentimientos positivos y el amor al padre. Este hará igualmente lo mismo; ambos conscientes de estas reacciones dejan en el bebe información tipo "base" para su comportamiento futuro.

La vida de la madre debe de ser activa, su alimentación estimulante y sana, la gimnasia y ejercicios respiratorios no deben faltarle. El bebe debe escuchar, sobre todo durante los ultimo 3 meses de gestación, diariamente música y otros estímulos sonoros.

El mundo dentro del útero es ruidoso, estimulante extremadamente complejo. El feto necesita de esta estimulación para ayudar al desarrollo de su sistema nervioso.

Durante la primera mitad del embarazo, el feto esta flotando libremente dentro del saco amniótico; su movimiento produce una acción suave de remolino que provee alguna estimulación para el sentido del tacto del feto.

Pero el feto no es un flotador ocioso. Está muy ocupado estimulándose así mismo. En su ambiente libre de gravedad, el rota, mueve brazos y piernas, voltea y dobla su cuerpo, cabeza y espalda, y todo esto a partir de las 5 semanas. El adquiere práctica utilizando sus débiles músculos con pequeño esfuerzo.

El tono muscular solo se desarrollara dentro del útero, después de que el feto ha tenido la oportunidad de realizar este trabajo, dentro de un ambiente ingrávido.

A la doceava semana el feto traga líquido amniótico regularmente, toma una pequeña cantidad cada día; alguna parte va a los pulmones y la otra entra al tubo digestivo. Esta actividad le ayuda a practicar el acto de tragar, de modo que eventualmente él va a ser capaz de coordinar el succionar y el tragar cuando está lactando.

El sabor amargo del fluido amniótico puede también estimular la sensibilidad en la formación de las papilas del gusto.

El acto de succionar el dedo, comienza desde la onceava semana de embarazo y debe hacerlo con el fin de desarrollar los músculos de la quijada y las mejillas y que así estén listas para el acto de alimentarse al nacer. El lleva la mano a la boca con buena coordinación, puesto que a las veintinueve semanas abre los ojos, es posible, que el feto pueda ver su mano y el ambiente del útero.

A pesar de no haber cambio de gases como si sucede en la respiración normal, el feto mueve las paredes de su pecho, como si estuviera inhalando y espirando. Estos tenues movimientos respiratorios fetales comienzan a la onceava semana y son necesarios para el desarrollo del pulmón y del diafragma.

A los movimientos naturales de la madre como el sentarse, caminar, inclinarse y acostarse; el saco amniótico se mece y rota al tiempo con ella. Aun las respiraciones de la madre producen ondas suaves dentro de la bolsa de las aguas.

Cuando la mama hace ejercicios especialmente con música y ritmo, su actividad produce estimulación de sonido y de movimiento; a medida que el feto va creciendo y va entrando en contacto con la pared uterina ello estimula su sentido del tacto.

Durante la segunda mitad del embarazo, el feto aumenta su peso, como para "hundirse en el fondo del útero" las paredes oponen resistencia pero el feto empuja con sus brazos y piernas para acomodarse mejor. Esto es lo que la madre siente, cuando el feto parece que sacara sus manos y piernas de adentro hacia afuera. El útero es un hogar muy ruidoso para el feto durante los ultimo cuatro meses, puesto que el fluido amniótico, que como el agua, conduce el sonido el bebe es obsequiado con una sinfonía de ruidos digestivos (incluyendo el bostezo), el tragar, los latidos del corazón y las pulsaciones de la circulación de la sangre.

Sus oídos perciben aun los ruidos intestinales de la madre, claro que el no distingue estos sonidos, son como un ruido de fondo. Sin embargo el sonido que si sabe distinguir es la voz de su mama; se diferencia de los demás sonidos a pesar de la amortiguación producida por todos los tejidos y órganos que separan las cuerdas vocales de la mama del oído fetal.

Hacia el final del embarazo, las paredes del útero y abdomen, se estiran permitiendo a los sonidos y a la luz que se filtren desde afuera a través del cuerpo de la madre.

Los investigadores han encontrado que los fetos reaccionan animadamente a los tonos musicales simples.

El ritmo de su corazón se aumenta a quince palpitations por minuto durante los dos primeros minutos de escuchar la música; y no es necesario que la música este cerca del abdomen de la madre para obtener la reacción.

Desde 1927 un equipo de investigadores de H.S. FORBES Y H.B. FORBES en el departamento de Pediatría y Biología de la Universidad de Rochesteer, estudio la respuesta de los fetos a la música distante. En su estudio el grupo de madres embarazadas que asistía a un concierto sinfónico, tuvo que abandonar la sala, antes de que terminara el concierto, porque los fetos pateaban vigorosamente durante la música, a tal punto que las madres no pudieron aguantar.

Numerosos estudios han probado los efectos negativos del ruido de los aviones al aterrizar en el aeropuerto sobre los fetos. En una investigación los expertos hallaron que las mujeres que vivían en cercanías del aeropuerto, daban a luz bebés más pequeños, con menor peso al nacer y tendían a ser prematuros más frecuentemente.

Las paredes más delgadas del útero y del abdomen en un embarazo más avanzado, pueden admitir luces más intensas que al comienzo del embarazo, lo cual posiblemente estimula el sentido de la vista en el feto. Aun los cambios de patrones de la oscuridad y el de la luz juegan un papel muy importante en el desarrollo del ciclo vital día- noche.

La estimulación sensorial que es una parte natural del ambiente donde se desenvuelve el feto durante los ultimo dos o tres meses de embarazo y la estimulación extra que pueda brindar siguiendo un programa prenatal afectara el comportamiento del bebe e influirá en su crecimiento y desarrollo.

1.4.7. Gimnasia Prenatal

La gimnasia durante el embarazo, es de gran beneficio para la madre y el niño en espera; no obstante, se hace necesario un acondicionamiento progresivo y prolongado para que la mujer acepte su embarazo como un estado natural y lo incorpore a su vida diaria, sin cambiar demasiado sus costumbres, incluyendo en ellas el entrenamiento del cuerpo y la relajación personal para mantener estabilidad y armonía, durante su período de gestación y parto.

El entrenamiento de la gestante se inicia con el control de la postura, hasta llegar a un adecuado manejo de la respiración en el momento del parto, y para una posterior recuperación general.

Ejercicios de calentamiento.

- *Manos, muñeca y brazos: Sentarse en el piso con las piernas cruzadas, la espalda recta y los brazos estirados al frente; doblar las muñecas con los dedos mirando hacia arriba y luego relajar dejando que los dedos miren hacia abajo. Con los brazos en la misma posición, describir círculos amplios con las manos.*
- *Cintura: Sentada, con las piernas cruzadas mantener la espalda recta y el cuello estirado. Rotar el tronco hacia la derecha, colocando la mano derecha atrás, y la mano izquierda sobre la rodilla derecha a manera de apoyo; al rotar, tratar de estirar los músculos de la cintura; luego se realiza en sentido contrario.*
- *Pies y Piernas: Sentarse con las piernas estiradas al frente y la espalda recta, con el peso apoyado sobre las manos, doblar las rodillas y estirarlas alternativamente.*
- *Cabeza y cuello: Estar en posición recta sentada sobre una superficie dura, hacer rotación de cabeza, describiendo círculos a derecha e izquierda. Igual puede hacerse con los hombros.*

Ejercicios para la pelvis.

- *Balanceo en posición acostada: Extenderse sobre una superficie dura con las rodillas dobladas y las plantas de los pies firmes. Colocar una mano debajo de la cintura y otra sobre el hueso de la cadera; empujar la espalda contra el suelo utilizando los músculos del estómago; relajar y repetir el ejercicio de cinco a diez veces.*
- *Balanceo con piernas: Extenderse sobre una superficie plana, colocar un cojín de apoyo en la cabeza; extender las piernas y lentamente elevarlas hasta tratar de igualar los tobillos uno frente a otro; respirar profundo, cruzar piernas y extender lentamente, repetir el ejercicio cinco veces.*
- *Extensiones: Tomar la posición supina, contraer lo más posible los músculos dorsales y lentamente levantar la pelvis; luego descansar y pasar a la posición de puente, tomando apoyo con los brazos extendidos sobre el piso; balancear rítmicamente el tronco a derecha e izquierda; tomar aire y repetir el ejercicio.*
- *Cuclillas: Mantener la espalda estirada y recta, abrir las piernas y bajar lo más que se pueda; tratar de apoyar los talones en el suelo, distribuyendo el peso equitativamente en tres los dedos de los pies y los talones; se puede ayudar entrelazando las manos y haciendo apoyo con los codos hacia abajo con fuerza.*
- *Balanceo de pie: Parada con la espalda recta y los brazos a los lados; practicar el balanceo exhalando al mismo tiempo; la cadera debe bajar cuando la región lumbar se dobla hacia adentro; se debe mantener*

los hombros fijos y solo la pelvis deberá moverse; se mantiene esta posición durante cinco segundos, relajarse e inhalar.

Ejercicios Generales

- Para fortalecer los pectorales: Sentarse en el suelo con las piernas cruzadas, tomarse firmemente el antebrazo y levantar los codos hasta la altura de los hombros. Presionar con las manos hacia los codos para identificar la tensión y relajación de los músculos debajo de los senos.

- Para fortalecer los muslos: Sentarse en el suelo con la espalda recta; juntar las plantas de los pies y acercar los talones al cuerpo lo más posible. Colocar las manos sobre los tobillos y manteniendo la espalda recta, doblarse hacia adelante, empujando las rodillas con los codos, mantener la posición durante veinte segundos.

- Para aflojar las caderas y fortalecer el abdomen: Sujetarse a una superficie firme y colocar el peso del cuerpo sobre la pierna izquierda. Levantar la pierna derecha al frente como le resulte cómodo sin doblar la rodilla. Balancear la pierna derecha hacia adelante y hacia atrás, repetir el ejercicio con la otra pierna.

- Para enderezar la espalda: Colocarse a gatas con los brazos directamente debajo de los hombros y la cara hacia el piso; estirar la pierna derecha hacia atrás y luego levantar el brazo izquierdo formando una línea recta con la espalda; mantener la posición durante cinco segundos, relajar y repetir con el hemisferio contrario.

- Para endurecer las caderas y fortalecer los muslos: Acostarse sobre la espalda con los brazos a los lados, las rodillas dobladas y los pies firmes sobre el piso; levantar las caderas y practicar un balanceo pélvico. Mantener la posición durante cinco segundos, relajar y repetir.

- Para mejorar la circulación: Estirar las puntas de los pies y describir grandes círculos en el aire; tratando de no levantar más que los dedos y las plantas apoyándose en los talones.

- Tórax: Sentarse en el suelo con las piernas cruzadas, colocar las manos atrás de tal manera que las palmas queden una en frente de la otra contra la espalda. Estirar el cuello respirando normalmente y sosteniendo esta posición por veinte segundos.

- Brazos y hombros: Sentarse en el suelo con las piernas cruzadas, levantar el brazo derecho y estirarlo en dirección al techo. Doblarlo por el codo y dejar caer la mano por detrás de la espalda; pasar el brazo

izquierdo por detrás de la espalda y tomar la mano derecha, mantener la posición durante veinte segundos y relajarse.

- Control de abdominales y glúteos: De pie mantener la cabeza levantada fijando la vista directa y horizontalmente al frente, los hombros hacia atrás, al tiempo que se contraen los abdominales y glúteos. Se mantiene esta posición por unos momentos y se realiza un desplazamiento lento manteniendo la posición. Respirar profundo, relajarse y repetir el ejercicio.

- Arqueo de espalda: En posición de cúbito supino rodillas flexionadas, brazos relajados al lado del cuerpo, arquear la columna basculando la pelvis, apoyando un poco más la espalda en el suelo y percibiendo la elevación de las caderas, realizar el ejercicio.

- *Postura obstétrica: Sentada en posición de buda, con las plantas de los pies mirando hacia el frente, empujar las rodillas hacia abajo para tocar el piso, sintiendo que los músculos de la cara interna del muslo se estiran, repetir diez veces.*

- *Flexiones: De pie con los pies bien separados y los brazos a los lados del cuerpo, ponerse de puntillas y luego ir bajando los talones hasta tocar el suelo y continuar flexionando las rodillas para alcanzar la posición de cuclillas, repetir doce veces.*

- *En posición de cúbito supino: Rodillas dobladas al máximo y un poco separadas, tomarlas con las manos y tratar de llevarlas hacia el pecho, repetir diez veces.*

Ejercicios para la parte superior del cuerpo.

- *Estando de pie brazos a los lados del cuerpo y a la altura de los hombros, balancearlos fuertemente de adelante hacia atrás, combinando la respiración con cada movimiento así: Cuando lleve los hombros hacia atrás tome aire, cuando vaya hacia adelante expulsarlo por la boca, repetir el ejercicio quince veces.*

- *Colocarse de frente a la pared, a una distancia de un paso largo y apoyar las manos al frente con los dedos mirando hacia adentro, luego llevar el cuerpo hacia adelante, para tocar con la nariz la pared, repetir quince veces.*

- *Estando de pie con los brazos hacia arriba, realizar inclinaciones del tronco hacia uno y otro lado, sintiendo el estiramiento de todas las estructuras laterales del cuerpo. Después de realizar el ejercicio diez veces, tratar de hacerlo, sumando a la inclinación movimiento de rotación de tronco.*

Ejercicios parte inferior del cuerpo.

- *Estando de pie, realizar movimientos de elevación en puntas de pies y de talones. Estos pueden realizarse también caminando.*

- *En posición de cubito supino, con las piernas sostenidas por una silla o un cojín no muy alta realizar movimientos de flexión y extensión de los dedos del pie.*

Ejercicios y niveles de respiración:

Se ha demostrado que el factor de riesgo perinatal más importante es la hipoxia cerebral, que puede manifestarse más tarde en el niño con retardo en el desarrollo, trastornos del aprendizaje, y esto puede ser prevenible en gran parte, si durante los diferentes períodos del parto la madre controla la respiración adecuadamente, se oxigena mejor y colabora directamente con el nacimiento del bebe.

Se recomienda aprender tres tipos de respiración básicos como ayuda fundamental en el momento del parto: Respiración diafragmática o abdominal, respiración jadeante o de soplo y respiración para pujar.

- Sentada cómodamente o en posición de pie, realizar la práctica de la respiración completa, colocando una mano sobre el pecho y la otra sobre el abdomen. Tomar el aire expandiendo pecho y abdomen; y expulsarlo ya sea por la boca o nariz. Se considera un buen ritmo de cuatro a seis respiraciones por minuto.

- Sentada en posición de Buda, o acostada con las piernas bien separadas, tomar una respiración bien profunda y retenerla en los pulmones, tratando de empujar hacia abajo, contrayendo la musculatura abdominal, para realizar el pujo.

- Ensayar la respiración de jadeo realizando una inspiración y expiración cortas como de "perrito cansado" relajando la mandíbula con la boca ligeramente abierta y la lengua descansando sobre el piso de la boca, con la punta tras los dientes inferiores.

Estos ejercicios de pujo y jadeo deben aprenderse para ser utilizados únicamente en el momento del parto.

Niveles:

- Respiración abdominal: Podríamos definirla como la respiración natural, es la respiración del niño que duerme. Cuando tenemos un momento de relajación volvemos a ella en forma natural, sin embargo los occidentales apresurados y angustiados, pocas veces respiramos abdominalmente.

Siéntese cómodamente con las piernas un poco flexionadas y el cuerpo relajado, coloque las manos sobre la parte baja del abdomen, tome aire con lentitud y sienta como el abdomen se levanta ligeramente bajo las manos como una onda suave, note una ligera pausa entre la inspiración y la expiración, luego siente como se hunde de nuevo al expulsar el aire suavemente.

Este tipo de respiración será muy útil para ayudarle a relajar y a mantener muy bien oxigenado el cuerpo y el útero, y por lo tanto al bebé.

- Respiración costal (diafragmática): Este tipo de respiración puede practicarse mejor de rodillas o sentada sobre los talones. Para iniciar coloca las manos o las del compañero suavemente sobre las costillas, como si quisieras ayudar a abrirlas, al tomar el aire; luego al dejar salir el aire, empuja suavemente hacia el interior como si fueran un acordeón. Cuando estés bien ejercitada puedes hacerlo sin ayuda de las manos.

Esta respiración te ayudara duran te el embarazo a mejorar la tensión en esta zona, producida por el crecimiento del útero y que el bebé tenga más espacio. En el momento del parto te será de mucha utilidad para manejar el primer periodo cuando las contracciones son suaves.

- Respiración clavicular (anhelante): Este tipo de respiración se adopta naturalmente al final del embarazo, cuando el diafragma se desplaza por el crecimiento del útero, se debe practicar sentada en posición de medio para que el abdomen este controlado. En esta respiración la zona comprendida entre los pechos y las clavículas se mueve rítmicamente.

Coloca las manos suavemente sobre la parte superior del pecho y haz que el compañero las coloque sobre la parte de tu espalda (debajo de los hombros), respiraras de manera que esta se sienta a este nivel, veras como este tipo de respiración es más rápida y superficial. Debes además mantener relajados los hombros pues ellos no tienen que realizar ningún trabajo.

En el parto esta respiración será muy útil, cuando aumente la intensidad de las respiraciones y espontáneamente necesitaras colocar el nivel de la respiración por encima del nivel de la contracción.

- Respiración jadeante (de mariposa): Esta respiración está centrada en la boca, detrás de las mejillas y no en la garganta, es bastante rápida y superficial, debes hacerla con la boca entreabierta y la lengua pegada al paladar para evitar que se seque la boca y pueda producirse sed.

Siéntese cómodamente, piense en el espacio de la boca, debajo de las mejillas calientes y abombadas, apoya la yema de los dedos suavemente contra las mejillas relaje la boca y respire con regularidad de modo ligero, comience suavemente y después duplique poco a poco la velocidad de la respiración. Puede ayudarse dando soplos rápidos a través de los labios fruncidos, intercalándola con la respiración.

Este tipo de respiración le ayudara a soportar las últimas contracciones del período de dilatación y evitar el pujo antes de la dilatación completa.

- *Respiración soplante (soplos): Consiste en tomar el aire un poco profundo y dejarlo salir en soplos fuertes pero cortos, al soplar debe sentir que se contraen los músculos del abdomen y del piso de la pelvis, lo que producirá un efecto positivo para contrarrestar la sensación de pujo de esta etapa.*

- *Respiración completa (de descanso): Imagina los pulmones como si fuera una botella. Al llenarla primero se llena el fondo, luego el medio y por último el cuello. Si la vaciamos boca abajo, primero se vacía el fondo, luego el medio y por último el cuello. Practica esta respiración siguiendo esta secuencia: Primero se llena el abdomen, luego la parte media y por último la parte superior o clavicular, al expulsar el aire se recorre el camino a la inversa, primero se deprime el abdomen, luego se cierran las costillas y por último la parte alta del pecho.*

Debes practicarla acostada boca arriba con las piernas dobladas de modo que toda la espalda este en contacto con el suelo.

Esta respiración es ante todo una recarga de energías, es como una ola que se propaga a todo lo largo haciendo un masaje a nuestro cuerpo.

Le será muy útil al final del parto entre una contracción y otra, de manera que tenga energía para la siguiente.

- *Respiración para ventilar y refrescar las encías: Se trata de respirar con dientes juntos y la boca entreabierta como si fuera a sonreír, la lengua pegada al paladar, inspirar profundo, produciendo ruido con la saliva, y espirar por la nariz con la boca cerrada. Debes sentir una agradable sensación de frescura y que toda la boca se irriga de saliva. El objetivo de esta respiración es la de quitar la sed, y descansar así todo el cuerpo, además le evitara el tener que tomar líquidos en la última etapa, lo cual no es recomendable por que podría dar nauseas.*

El objetivo de estos ejercicios es ante todo una toma de conciencia de los distintos niveles de la respiración. El proceso respiratorio puede ser influido voluntariamente, pero debe seguir siendo ante todo "un proceso natural".

Debes practicarlo durante el embarazo, respetando siempre tu propio ritmo, sin forzarlo; lograras así hacer de forma espontánea en el momento del parto y será tu cuerpo el que te indicara cual y en qué momento utilizarlos.

Relajación.

La relajación es el arte de permitir que la paz fluya a través del cuerpo y de la mente; es la cesación completa de toda actividad muscular, física y psíquica.

Se trata de aprender a lograr la conciencia y el control completo de los grupos musculares de todo el cuerpo, de forma que sea posible contraerlos y relajarlos, incluyendo músculos que quizá no se supiesen que existían.

Para la escuela Rusa la relajación es un acto consciente y dirigido que depende de una buena educación neuro muscular. El relajamiento muscular determina menor tensión nerviosa, ósea que al colocarnos en estado de relajamiento, es decir en la menor tensión muscular posible nos colocamos al mismo tiempo en la menor tensión nerviosa posible y de esta manera conseguiremos que nuestra respuesta frente a los excitantes sean mínimas.

Se ha llegado a decir que "las reacciones debidas a un estado emocional no se manifiesta en una determinada parte del cuerpo si se está relajado".

En otras palabras, se pretende lograr una educación neuro muscular a fin de crear un nuevo reflejo susceptible de neutralizar o anular el reflejo que asocia parto y dolor.

Toda esta filosofía se basa en que la ignorancia produce miedo, lo que conduce a tensión, y la cual provoca a su vez dolor.

Por qué es importante aprender a relajarnos?

- Por qué la persona que ha conseguido aprender a relajarse, es una persona que ha conseguido ya un dominio sobre sí misma.*
- Porque la relajación ayuda a mantener clara la mente, para comprender lo que está sucediendo, y poder responder de modo útil y positivo.*
- Por qué una mujer relajada en el momento del nacimiento, ayuda a que su dilatación se realice del mejor modo posible:
"es una mujer que ayuda a abrir la puerta a su hijo".*
- Porque si en el momento del nacimiento, la mujer se encuentra perfectamente relajada, la contracción del útero da lugar a una sensación que es interpretada por el cerebro como una contracción simple y no como un dolor.*
- Porque la relajación evita el cansancio o agotamiento y supone una recuperación formidable de fuerzas, que son tan necesarias en el momento del nacimiento.*

- Porque una buena relajación permite una buena oxigenación al niño.
- Porque la relajación y la respiración están íntimamente unidas, de tal forma que si el cuerpo no se encuentra totalmente relajado no se puede respirar en forma correcta durante el nacimiento.
- Por último esta relajación, aprendida con finalidad transitoria, le será útil de manera permanente durante toda la vida; con ella se consigue hacer desaparecer la fatiga, tranquilizar los nervios, si le cuesta iniciar el sueño, comience por relajarse y sin darse cuenta se quedara dormida.

¿Cómo aprender a relajarnos?.

- *Relajación por tacto: Es un método en el que el compañero aplica presión firme en la zona que nota tensa, para que te aflojes al calor del contacto, fluyendo hacia él. Así él extrae la tensión del interior.*
- *Acostada de espaldas sobre la cama levante ligeramente la cabeza, los brazos y las piernas; el cuerpo debe permanecer rígido mientras usted cuenta hasta cinco; afloje a un mismo tiempo todos los músculos, dejando descansar su cuerpo sobre la cama.*
- *Acostada de espaldas sobre la cama, coloque sus piernas sobre una almohada, de manera que sus piernas queden cómodamente apoyadas. Afloje todo su cuerpo, relajando voluntariamente sus músculos, su compañero puede comprobar si su relajación es completa al poder movilizar sus brazos, manos o piernas sin encontrar ninguna resistencia.*

Practique estos ejercicios por lo menos una vez cada día hasta lograr un completo dominio de su cuerpo.

2 SEGUNDO MODULO PREPARACION PARA EL PARTO

2.1. JUSTIFICACION

Durante los últimos diez años, las mujeres han tenido conocimiento de nuevas alternativas para el parto. Anteriormente se pensaba que las opciones estaban totalmente en manos del personal médico; esta estructura rígida está desapareciendo gradualmente, gracias a la actitud positiva y flexible de algunos profesionales de la medicina.

En la actualidad se hacen esfuerzos para tener en cuenta las necesidades individuales de la mujer, su pareja y sus hijos; se concede prioridad a la comodidad y al bienestar de la madre y el bebé.

En este sentido, la atención que la madre pueda brindarle a su bebé, desde los cuidados básicos y la alimentación materna, que es el alimento especialmente diseñado para el consumo de bebé, siendo la más apropiada para su aparato digestivo, pues no le representa esfuerzos excesivos para su digestión y

asimilación. Contiene además todos los elementos necesarios para una adecuada nutrición y para el desarrollo de su cuerpo.

2.2 OBJETIVOS

- Valorar la importancia que tiene el momento de la alimentación, en el desarrollo psicoafectivo del niño.
- Identificar la importancia de la presencia del padre como mecanismo de apoyo, en el posparto.
- Proporcionar las técnicas básicas, para los ejercicios del seno en la alimentación materna.

2.3 TEMAS

2.3.1 Parto humanizado. Alternativas para el parto

Son muchas las mujeres que se sienten defraudadas por su experiencia del parto, no por el parto en sí, sino por la forma como fue llevado, o como fueron tratadas, por su incapacidad para obtener lo que deseaban y la ayuda inadecuada para resolver sus problemas. Si desea tener el tipo de parto que desea, primero tendrá que conocerse a sí misma, saber lo que quiere; en segundo lugar tendrá que conocer las alternativas y la forma de lograrlo es, leyendo, preguntando, solicitando información y orientación y mostrándose firme para no aceptar ninguna cosa que no le satisfaga; y en tercer lugar tendrá que aprender a comunicarse.

Uno de nuestros propósitos es ayudarle a planear el tipo de parto, que considere mejor, después de analizar sus necesidades físicas y emocionales, para luego optar definitivamente por una de las alternativas.

Como cualquier otro ser viviente, en estado de preñez, usted, debe dedicar algo de su tiempo para informarse sobre dónde y cómo nacerá su bebe. Una de las primeras cosas que debe hacer es hablar con su médico, quien podrá proporcionarle suficiente información, sobre las facilidades disponibles en la zona y las distintas personas que podrían ayudarle

Existen buenas razones para dar a luz en un hospital como: si sus antecedentes médicos, incluyen enfermedad cardíaca, enfermedad renal, presión sanguínea elevada, tuberculosis, asma, diabetes, anemia grave, obesidad o epilepsia.

Si anteriormente ha tenido hijos que hayan nacido muertos, con presentación de nalgas, en posición transversal u oblicua (es decir cuando el bebé está de medio lado en la pelvis), si ha tenido dolores de parto antes de las 37 semanas de embarazo, insuficiencia placentaria, o sea que la placenta no haya servido para nutrir adecuadamente al bebé, partos difíciles con fórceps, o retención de placenta.

Si las siguientes razones obstétricas son aplicables en su caso: el bebé es demasiado grande para pasar por la pelvis, pos madurez verdadera, toxemia materna, gemelos, sangrado vaginal hacia el final del embarazo, placenta colocada en la parte inferior del útero (placenta previa), exceso de líquido alrededor del bebe, factor Rh negativo con exámenes que hayan demostrado que el número de anticuerpos que contiene su sangre, es suficiente para afectar al bebé, cicatriz uterina por operación cesárea anterior, o más de 35 años de edad, si se trata del primer hijo.

Lo ideal es que su pareja participe de cerca en el embarazo y durante el nacimiento del hijo, el será la persona indicada para ayudarlo, podrá convertirse en la partera más amorosa y alentadora. Su participación desde un principio, mejorara la comunicación entre los dos como preparación para la llegada del bebe.

Parto natural. No es sorprendente que la mayoría de las mujeres hayan tenido éxito con el parto natural; hay muchas razones para que deseen tener un hijo en forma "natural" sin temor, sin intervención médica innecesaria y en una atmósfera tranquila y muchas mujeres en menor o mayor grado, persiguen con ahínco este objetivo. Existen varios métodos para escoger, los cuales se pueden adaptar a diferentes enfoques y personalidades.

Realmente no existe una forma natural. Sea cual fuere la forma usted, tendrá que prepararse física y mentalmente, y esto lo puede hacer sin formalidades y en su propia casa, con su pareja y su familia. Recuerde que no existe un enfoque clínico y mejor para todos los casos, y que independientemente de lo que haga, debe dejarse guiar por sus sentimientos.

- Grantly Dick-Read. Su filosofía consistía en tratar de disminuir y eliminar en lo posible el temor, la tensión y el dolor producido por estas emociones, mediante la educación y el apoyo moral adecuados. El método de Grantly Dick-Read enseña a controlar la tensión, dando mucho énfasis al hecho de que el conocimiento destruye el temor y evita la tensión; con lo cual se controla a su vez el dolor. Para evitar todo esto existen cursos que comprenden ejercicios respiratorios y control de la respiración, relajación muscular, información sobre lo que debe suceder en una situación normal y sobre lo que puede hacer para ayudarse a sí misma. Este método también, enseña a buscar apoyo en forma de orientación

estímulo y comprensión. Atribuye gran importancia a la preparación para la maternidad y al parto mismo.

- *Psicoprofilaxis.* Implica aprender métodos de respiración como preparación para el parto. Las técnicas fueron lanzadas en Rusia e introducidas en Occidente por el Doctor Fernand Lamaze. Este método es el más difundido en Estados Unidos y constituye la base de la enseñanza en el National Childbirth Trust de la Gran Bretaña. Estimula a la mujer a responder por sí misma, hacer amistad con sus compañeras, amigas y consejeras. Atribuye gran valor al trabajo en equipo. La mujer debe preparar su cuerpo a lo largo de su embarazo con ejercicios especiales y debe entrenar su mente para responder automáticamente a cada tipo de contracción que sienta durante el parto.

La pareja debe asistir **al** curso **con** la futura madre y cooperar con ella en el hogar, para realizar los ejercicios de condicionamiento e igualmente debe animarla, persuadirla y consolarla durante los dolores de parto y el alumbramiento.

- *La Filosofía de Leboyer.* Se basa en varios preceptos fundamentales y se relaciona más con el bebé que con la madre y su progreso durante el embarazo.

En su libro "Parto sin violencia" el Doctor Leboyer afirma que el recién nacido siente todo, y refleja todas las emociones que el rodean: ira, ansiedad, impaciencia etc. y que el bebé es en extremo sensible a través de la piel, los oídos y los ojos. Por ese motivo cree que se debe reducir al mínimo todo estímulo para el bebé, disminuyendo la intensidad de la luz, los sonidos y los contactos y sumergiendo al recién nacido en agua a la temperatura del cuerpo, para que se llegada al mundo sea lo más similar posible a su vida en el útero.

Este concepto no concuerda plenamente con la filosofía de lo que ocurre en el momento del nacimiento, desde el punto de vista del bebe. Es el contacto con el aire y con una temperatura diferente, lo que obliga al bebe a inhalar aire por primera vez, para dar comienzo a la función esencial de los pulmones, y a cambiar la circulación fetal por circulación madura.

Tampoco es válido afirmar que el oído de un bebe puede ser tan sensible como para verse afectado por los sonidos del medio ambiente. Los sonidos de los vasos uterinos dentro de la matriz son semejantes a los de una máquina aspiradora ruidosa. Leboyer considera además que la madre es un 'enemigo y un

monstruo" que empuja y tritura al bebe, en su paso por el canal del parto. La compara con un verdugo. Muchas mujeres se oponen a este punto de vista, ya que minimiza e incluso menosprecia su función.

El Doctor Leboyer piensa que el bebé, no debe entrar en contacto con otro material que no sea la piel humana. Lo ideal es colocar al bebe boca abajo sobre el abdomen de la madre, rodeado con sus brazos. Se ha demostrado experimentalmente, aunque no lo ha hecho Leboyer que este es un medio mucho más efectivo, para conservar el calor del bebe que los calentadores artificiales. La investigación ha demostrado que el recién nacido puede expulsar más fácilmente el moco de las vías respiratorias, cuando se encuentra boca abajo, sobre el abdomen de la madre, que cuando se utiliza el tubo de succión.

Sugiere que las cortinas y las persianas de la sala de parto estén cerradas y que la intensidad de la luz debe ser mínima. Algunas autoridades médicas se oponen a esto pues sostienen que es imposible evaluar la condición del bebe con poca luz.

Son muy pocos los centros donde se aplica puro el método de Leboyer, pero en muchos se practica el parto basado en dicho método.

- Michel 1 Odent. En su clínica de Francia el Michel 1 Odent, practica un tipo de parto basado en el principio de colocar a la madre en un ambiente cálido y hogareño, brindándole total libertad para actuar y estimulándola a llegar a un nuevo nivel de conciencia animal en el cual pueda olvidar sus inhibiciones y regresar a un estado biológico primitivo.

El Doctor Odent cree que se debe dar rienda suelta a los altos niveles de endorfinas - el narcótico natural del organismo - en el cuerpo de la madre. Naturalmente sostiene que si la mujer recibe analgésicos, se suprime la acción de las endorfinas y pierde su propio agente para aliviar el dolor.

La sala de partos se asemeja a un útero, el decorado es todo blanco, no hay sillas si no almohadones donde las parturientas puedan reclinarse, las luces son de baja intensidad. Hay música y todo el ambiente invita a la tranquilidad. La embarazada que inicia su parto puede sentarse, caminar, estar de pie, comer y beber y hacer todo lo que desee. No se produce ninguna interferencia y puede adoptar la posición que más le convenga, durante cualquiera de las etapas del parto.

Abandonadas a sus propios recursos, muchas mujeres se colocan a gatas, ya que esta posición parece aliviar el dolor. En una etapa posterior al parto, pueden ponerse de pie o en cuclillas, para ayudarse mediante la fuerza de gravedad, lo que es muy natural y que se practica en muchas tribus primitivas.

Odent prefiere la posición en cuclillas con apoyo, en la cual el o la pareja de la parturienta, se coloca detrás de ella, sosteniéndola por las axilas y los antebrazos, para que pueda doblar las rodillas y descansar todo su peso sobre el brazo de su pareja. En la sala contigua hay una bañera, que en ocasiones ayuda a la relajación, y se insta a las mujeres para que la utilicen. Si desean permanecer dentro del agua, no hay inconveniente de recibir al recién nacido dentro de la bañera, llegado el caso.

El doctor Odent recurre con poca frecuencia a la episiotomía, los fórceps o la cesárea. La posición en cuclillas con apoyo, es la que evita los desgarramientos severos del perineo durante el parto. Como la madre ha estado en posición vertical durante el nacimiento, permanece sentada con el cordón intacto y el bebé sobre sus rodillas; el recién nacido huele inmediatamente la piel de su madre, y se cree que esto es importante para el bebé al establecer la lactancia. A los pocos segundos la mayoría de las madres alzan instintivamente al niño y lo acercan al pecho. No hay necesidad de decir a ningún padre que rodee con su brazos y su cuerpo a la madre, y al niño. La mayoría se sienten conmovidos y muchos lloran; pero los tres gozan de una comunión humana muy estrecha.

- El método Yogui. Este método es para quienes ya practican el yoga. Durante el alumbramiento la mujer debe concentrar su conciencia en ser una sola con lo que le está sucediendo.

A través del método yogui puede controlar su conciencia de acuerdo con su capacidad y tolerancia de tal forma que unas veces puede olvidar las contracciones y otras estar plenamente consciente de ellas. Puede recurrir a la meditación y al canto, y al apoyo de la participación espiritual de los grupos de yoga. Quienes practican los métodos yoguis creen que se puede manejar el parto con madurez y serenidad.

La educación para el parto mediante este método, se basa en la creencia de que la mujer tiene la capacidad para crear o destruir su propio dolor, y también su propia felicidad durante el alumbramiento

- Posiciones para el parto. Antes de finales del siglo XVII, cuando las salas de parto eran el dominio femenino, nadie soñaba con interferir en el comportamiento normal de una mujer. Se le permitía deambular a su antojo, asumir cualquier posición que considerara cómoda, comer y beber a su gusto y adoptar cualquier posición para el parto.

Posteriormente los doctores invadieron las salas de parto, y en esa época todos los médicos eran hombres. Un médico francés de la corte, propuso que las mujeres se acostaran sobre la espalda, en lugar de recurrir a la posición vertical o el taburete de parto, a fin de facilitar el examen vaginal, y las maniobras obstétricas, pero no porque fuese mejor para la madre o el bebé.

Es natural que la mujer adopte una posición semivertical, para el alumbramiento, no solo por su comodidad sino por la eficiencia mecánica de esta posición. En ella, las contracciones uterinas se dirigen hacia abajo, empujando al bebe hacia el suelo.

Cuando la mujer puja, hace esfuerzo en la misma dirección, con la fuerza de la gravedad a su favor. Cuando esta boca arriba, las contracciones empujan al bebe hacia la cama, y no hacia la vagina, de la manera que se pierde la ventaja adicional de la fuerza de la gravedad.

El resultado, es que en la posición decúbito, la mujer debe empujar al bebe, hacia arriba, en contra de la fuerza de la gravedad. Esto no solo prolonga el parto sino que contribuye a aumentar la probabilidad de complicaciones, incluyendo la necesidad de una episiotomía.

Una posición que se ha adoptado, en muchos hospitales es aquella en que los tobillos de la mujer, se colocan sobre unos estribos. Se llama posición de litotomía, y no tiene razón científica ni lógica. En algunas unidades obstétricas, progresistas, se ha tomado conciencia de esto, y se ha abandonado el uso de esta costumbre obsoleta.

- *Desventajas del parto en posición horizontal. Debe permanecer boca arriba:*
 - *Su presión sanguínea puede descender, reduciendo el aporte de sangre y oxígeno al bebe.*
 - *El dolor es mayor que en posición vertical.*
 - *La necesidad de practicar la episiotomía es mayor.*
 - *Aumenta la probabilidad de tener que usar fórceps.*
 - *Se inhibe la expulsión espontánea de la placenta.*
 - *Aumenta la probabilidad de un esfuerzo lumbar indebido*
- 2.3.2. El puerperio. Aspectos fisiológicos y corporales*

El lapso comprendido entre la terminación de los tres períodos del parto y el retorno del aparato genital a su estado primitivo, es el puerperio. Su duración es de seis a ocho semanas; al cabo de las cuales, la mujer reanuda los ciclos ováricos y uterinos.

El útero es el órgano que más necesita recuperarse, porque es el que ha sufrido transformaciones considerables.

Después del parto, el útero fuertemente contraído para impedir que los vasos sanguíneos, pierdan más sangre, adquiere el aspecto de una masa dura.

En los dos primeros días su volumen no se reduce, después disminuye rápidamente y luego de unos diez días, ya no podrá ser advertido desde el exterior por palpación.

Durante los primeros días la madre registrara perdida sanguínea, debido a la herida dejada por la placenta. Frecuentemente y en el transcurso de la primera semana, se advierten dolores en el abdomen y en la región lumbar; se deben a pequeños coágulos sanguíneos llamados loquios, que provocan contracciones dolorosas, conocidas popularmente como entuertos.

Está demostrado que las madres que lactan a sus hijos, presentan un período de puerperio más corto y en un buen número de ellas, la lactancia ocasiona demora en la reaparición de la ovulación y por lo tanto incapacidad temporal de embarazarse nuevamente, aunque este no es un buen método de planificación familiar.

Durante el período del puerperio, es importante tener en cuenta algunos síntomas que pueden poner en peligro a la madre; esta debe vigilar que no exista: fiebre, dolor abdominal, vaginal, del perineo o glándula mamaria, pérdida de sangre excesiva o prolongada, enrojecimiento y calor en los senos, dolor y ardor en la micción y cambios en la orina, diarrea y/o estreñimiento; si se presentan estas situaciones se debe consultar al médico inmediatamente.

En el perineo, se pueden presentar molestias normales por efecto de la episiotomía. Es aconsejable usar un laxante, para que haga más fácil las deposiciones y menos dolorosas.

En las mamás, con la expulsión de la placenta, se presentan alteraciones hormonales que producen un incremento en la prolactina y el comienzo de la producción de la leche. La madre reconoce la lactancia el segundo o tercer día, cuando nota que las mamas aumentan de tamaño y la secreción cambia de un calostro acuoso a leche.

Durante el periodo del puerperio, los padres deben adaptarse a la realidad del hijo, realizando un lento reconocimiento de su existencia.

La madre, al verse separada de su hijo, y con las exigencias que este la haga, podrá pasar por una depresión pasajera con sentimientos de incapacidad frente a la responsabilidad asumida.

Las preocupaciones sobre la alimentación y la lactancia y por su desempeño al salir del hospital, al no tener el apoyo del personal de salud, ocupara el primer plano, por ello es tan importante que el personal escuche sus dudas y preocupaciones y responda comprensivamente sus preguntas dando indicaciones claras sobre la lactancia, el cuidado del bebe y de la madre.

Aparecen preocupaciones también sobre la imagen del cuerpo, por las carnes flácidas, y sentimientos de fealdad; a la vez que el temor por la reanudación de la vida sexual y por el momento adecuado para ello.

Es entonces un periodo en el cual los padres y especialmente la madre necesita de apoyo, orientación y halagos pues todo nacimiento va acompañado, fuera de la natural alegría, de temores, preocupaciones, miedo al fracaso o a la decepción.

Cuando la depresión se intensifica de tal forma que la madre no se preocupa por sí misma y se acompaña de un rechazo a la criatura, algunas veces con alucinaciones y delirios se habla de una "psicosis puerperal", la cual debe considerarse como una urgencia ya que si se maneja inadecuadamente puede pasar rápidamente a la cronicidad. En tal caso debe prestarse apoyo psiquiátrico, sin juzgarla ni hacerle reproches por su conducta; explicándole cualquier procedimiento que se le vaya a realizar, (médico o

cotidiano, peinarla, vestirla etc), proporcionando una reconciliación consigo misma, con su cuerpo y un acercamiento a su hijo.

Una dificultad que puede presentarse y que requiere de intervención psicológica, es que la madre se centre totalmente en el cuidado del bebe, dejando de lado otros aspectos de su personalidad, ya no se ocupa de la casa, del trabajo, del marido, rechaza las relaciones sexuales y no le interesa ninguna otra actividad fuera del bebe.

En este periodo las madres deben tener cuidado con:

- Aseo perineal: el cual debe realizarse tres veces al día con agua y jabón para evitar infecciones*
- Alimentación: Dieta variada, rica en calorías y proteínas con abundante líquidos, ya que estos favorecen la lactancia.*
- Ejercicios pos-parto: se deben iniciar seis semanas después del parto, ejercicios abdominales para recuperar el tono muscular, y ejercicios de circulación para miembros inferiores.*

- Importancia de la ambulación temprana: si bien la madre no debe realizar una actividad exagerada; tampoco es conveniente que permanezca acostada, pues esto puede favorecer la aparición de varice, estreñimiento y en general problemas de circulación.*
- Cuidado de los pezones y senos: Hacer limpieza de los pezones y aréolas, con agua hervida, antes y después de alimentar al bebe, a fin de evitar grietas e infecciones y favorecer la lactancia.*
- La importancia que tiene el asistir a la revisión pos-parto.*

2.3.3. Lactancia materna

La lactancia materna constituye uno de los recursos naturales alimenticios, más importantes que existen. Sin embargo este invaluable recurso no se utiliza adecuadamente, bien sea porque se hace en forma insuficiente, o porque informadas erróneamente algunas personas, prefieren la alimentación artificial (leches maternizadas) creyéndolas superiores. En otras ocasiones por falta de educación para la lactancia y apoyo anímico, algunas madres abandonan al primer obstáculo el amamantamiento.

Nuestro objetivo fundamental es enfatizar las ventajas de la lactancia materna, las cualidades inmensas que tiene, no solo desde el punto vista nutricional, sino también por las defensas que provee al lactante contra infecciones diversas y fenómenos alérgicos. Además pretendemos superar, algunos vacíos vistos con cierta frecuencia en la práctica, entre ellos el del dar desde un principio, leche maternizada, junto con el pecho, lo cual termina por desestimular la lactancia natural, y la temprana interrupción de la

alimentación al pecho, la cual debería ser idealmente de un año o más, pero que desafortunadamente, en la mayoría de los casos solo llega a los cuatro meses.

Anatomía y fisiología de la glándula mamaria.

La glándula mamaria es el órgano encargado de producir y almacenar la leche, está formada por diferentes tejidos, principalmente tejido graso y muscular que sirven de soporte a los alvéolos, donde se produce la leche, y a los conductos lácteos que desembocan finalmente en el pezón.

El desencadenamiento de la lactancia se hace por la acción de dos hormonas: La prolactina y la Ocitocina.

La prolactina es la hormona encargada de estimular la producción de la leche y a la ocitocina se debe la salida o eyección de la misma. En los procesos que tienen que ver con la producción, almacenamiento de la leche, también participan una serie de reflejos del niño como son el acto de la búsqueda y la succión.

La importancia de esto radica, en que cuando el niño está en contacto, con su madre, esta sensación de bienestar, aumenta la producción de leche y la succión estimula la secreción de ocitocina, la que es responsable de la salida de la leche.

Preparación física y psicológica para la lactancia

Para que una mama alimente exitosamente, es necesario que se sienta segura de sí misma, lo cual quiere decir que ella debe creer que puede amamantar y que su propia leche, es todo lo que su niño necesita, además debe tener el firme deseo de amamantar.

Durante la primera semana después del parto, la mujer es más sensible y emocional que antes de este; cualquiera de los siguientes estados de ánimo, pueden suprimir el reflejo de eyección de la leche en la mujer. - Si está preocupada, o siente miedo por cualquier motivo

- Si siente dolor, especialmente al amamantar*
- Si se siente avergonzada, juzgada u observada*

Si una mujer duda que ella puede amamantar, sus preocupaciones pueden hacer que la leche deje de fluir.

LA preparación para la lactancia la inicia el organismo femenino, desde la pubertad, cuando comienza el desarrollo del seno y por lo tanto la glándula mamaria.

Entre las condiciones anatómicas y fisiológicas necesarias, para asegurar una correcta lactancia, además del estado nutricional, de la salud de la madre, está la adecuada preparación y formación del pezón.

Para lograr esta la madre debe realizar los siguientes cuidados diariamente durante la gestación:

- No utilizar jabón o alcohol sobre los pezones, ya que estos son irritables y resecan la piel*
- Hacer masajes sobre los pezones y areola, con un estropajo o toalla.*
- Lubricar con crema los pezones y aréola.*
- Realizar estiramiento de los pezones así: coloque los dedos a cada lado del pezón, estirando con ellos la piel de la aréola; repita el ejercicio colocando los dedos por encima y por debajo del pezón; tire el pezón y la aréola, de manera que forme una tetilla*
- Extracción de calostro, especialmente durante el último mes, esto contribuye a dilatar los conductos.*
- Asolear o endurecer los pezones para endurecerlos.*

Iniciación de la lactancia

La iniciación debe tener lugar inmediatamente después del parto, tan pronto la madre y el niño estén cómodos; este es un buen momento, para que el aprenda a succionar, lo cual es importante porque: La succión estimula la producción de la ocitocina, lo que ayuda a que el útero se contraiga, y se detenga la hemorragia. El bebé recibe el valiosísimo calostro. Es el momento más importante para que se establezca un lazo estrecho entre madre e hijo.

Técnicas para la lactancia

El pezón es muy sensible y requiere ciertos cuidados para que no se agriete e infecte, estos son:

- Limpiar los pezones y la aréola antes y después de amamantar el niño, sin aplicar jabón o alcohol, ya que estos son irritantes y resecan la piel*
- Exponer los pezones al aire, es una manera efectiva de endurecerlos.*
- Lubricar los pezones después del amamantamiento.*
- colocar al niño, para que mame en la posición correcta, teniendo en cuenta las siguientes indicaciones: la madre debe de estar cómoda, de manera que pueda relajarse. El niño debe sostenerse en brazos de manera que toda la cara del niño, mire frente al seno materno. Se debe sostener al niño de los hombros y la espaldita, no de la parte posterior de la cabeza. La madre debe ofrecerle todo el seno, no solamente el pezón. La madre debe tocar con el pezón la mejilla del niño, para estimular el reflejo de búsqueda. La madre esperara hasta que el bebé abra la boca y desee a comenzar a chupar; en este momento debe tratar de dirigir el labio inferior del bebe hacia la base areolar y rápidamente colocar el niño a mamar.*

Una mala posición puede ser causa de muchos de los problemas como: dolores en los pezones, falta de leche, rechazo al seno; por eso es importante que la madre observe los signos que indican que el niño ha sido colocado a mamar en la posición correcta:

- *todo el cuerpo está cerca de la madre*
- *la boca y la mandíbula están cerca al seno*
- *la boca del bebe está bien abierta*
- *no se puede ver nada de la aréola*
- *se ve tomar al niño chupadas grandes y despaciosas*
- *el niño esta relajado y feliz*
- *la madre no siente dolor en los pezones*

Cada vez que amamante al bebe, se aconseja alimentar diez o quince minutos en cada seno, y en la próxima mamada comenzar por el ultimo seno que tomo. Si los senos están demasiado llenos, debe hacer extracción manual de leche; de la siguiente manera: lavarse bien las manos; realizar masajes por toda la mama, con las yemas de los dedos, una peinilla o un vibrador; sujetar el seno con las manos abiertas, de manera que el pulgar este arriba y el índice abajo; hacer presión acercando ambos dedos hacia la aréola sin tomar el pezón.

Alimentación de la madre durante la lactancia

Es muy importante que durante la gestación y la lactancia, la madre reciba una buena alimentación; por lo tanto es aconsejable que siga unas normas elementales de cuidado nutricional.

En primer lugar se debe aumentar el consumo del líquido principalmente agua, muchas madres suponen que hay bebidas caseras que pueden aumentar la producción de leche, esto no está totalmente comprobado y sigue siendo el agua el mejor líquido para beber.

En segundo lugar se debe aumentar el consumo de calorías; es decir consumir alimentos con un buen contenido energético. Esta energía está contenida en una gran cantidad de alimentos de consumo diario como panela, aceite, mazamorra, arepas, pan etc. aumentando moderadamente estos productos, la madre puede obtener la energía para su lactancia.

El tercer elemento importante a tener en cuenta para la madre, que está alimentando es el hierro. • Generalmente los médicos recomiendan tabletas de sulfato ferroso; durante el periodo de lactancia, además es recomendable consumir productos como hígado o espinacas. También es conveniente agregar calcio a la alimentación y la primera fuente de este es la leche, lo mismo el queso, el pescado el yogurt.

Las vitaminas se encuentran en las frutas, verduras y cereales, los cuales complementan el régimen alimenticio.

Las madres con limitaciones nutricionales pueden dar del pecho a su niño; es probable que esta leche solo tenga menor cantidad de líquido, pero en términos generales contiene los nutrientes que el niño necesita para crecer.

Ventajas de la lactancia materna Para la madre

- Establece una relación sólida y satisfactoria entre la madre y el hijo que acaba de nacer*
- Favorece la involución uterina; hemos visto como la lactancia está relacionada con la hormona ocitocina y esta es la que favorece, la disminución del tamaño del útero y su regreso al tamaño normal. Esto ayuda a disminuir el sangrado después del parto, el cual en muchas ocasiones llega a ser molesto y perjudicial para la madre.*
- Favorece la figura; muchas mujeres no alimentan a sus hijos por temor a estropear sus senos. Está comprobado, que por el contrario, el ejercicio a que son sometidos los senos mejora la tonicidad de estos y evita la flacidez del busto.*
- Previene enfermedades de seno, especialmente el cáncer, se sabe que el cáncer es más frecuente en mujeres que no han alimentado, que en mujeres que ha alimentado*
- Previene enfermedades de seno, especialmente el cáncer, se sabe que el cáncer es más frecuente en mujeres que no han alimentado, que aquellas que si lo han hecho.*

Para el bebé

- Aporta los nutrientes que necesita. La leche materna aporta todos los nutrientes proteicos y nutricionales que el niño necesita para esta etapa de su desarrollo. Además su contenido en hierro es el más adecuadamente aprovechado por el bebé; su contenido en grasa, le previene en gran medida de los cólicos y de otros problemas digestivos frecuentes en los niños, alimentados con otras leches.*

La leche materna contiene una serie de sustancias, que no están incluidas en las leches maternizadas y que se requieren primordialmente para el desarrollo del sistema nervioso central del niño.

- *Previene enfermedades infecciosas. La leche materna contiene una gran cantidad de inmunoglobulinas; es decir defensas y anticuerpos, que sirven para proteger al bebe de enfermedades más frecuentes en los niños no alimentados al pecho.*
- *Previene alergias. La leche materna previene una gran cantidad de alergias, gracias a las hormonas inmunoglobulinas; así mismo por ser la propia de la especie, no provoca la llamada alergia de la leche, común en aquellos niños que consumen la leche de vaca.*
- *Brinda confianza y seguridad. Otro de los aspectos importantes de la alimentación al pecho para el bebé, es aquel que tiene que ver con su desarrollo emocional. El hombre en sus primeros años, es un ser absolutamente dependiente de cuidados y de protección de sus padres. La madre al alimentarlo al pecho le da abrigo, contacto de piel a piel, seguridad y calor.*

Este aspecto de la relación materno filial es muy importante para el niño, porque le ayuda a saber cuál es su mundo, con quienes lo comparte y quienes están pendientes de él.

Hay otros aspectos de especial significado que involucran tanto a la madre como al hijo, con respecto a la alimentación al pecho: la leche materna está a la temperatura ideal; es de disponibilidad inmediata, no requiere mayores procesos de manipulación, que puedan contribuir a infecciones; y de otro lado el aspecto económico, que día a día va adquiriendo importancia, debido al alto costo de otros leches, de la energía etc.

Quando se debe comenzar a dar el pecho al recién nacido ?

Las madres deben dar el pecho a sus hijos el mismo día en que nacen, lo mejor es empezar inmediatamente después del nacimiento, aunque no se tenga demasiada leche; la succión estimula la producción.

La primera leche se llama calostro, es muy buena para el niño, porque es rica en sustancias que lo protegen de enfermedades infecciosas como la diarrea, I.R.A., la leche generalmente empieza a bajar entre el tercer o sexto día después del parto.

Con que frecuencia se debe dar de mamar ?

Cuanto mayor sea la frecuencia con que mame el niño, más leche producirá la madre, se debe dejar al niño que mame cuando lo desee, inclusive en la noche. De ordinario la madre y el bebe llegan a

establecer un ritmo y no es bueno amamantar según horario estricto. Al principio este tiempo puede ser de diez minutos en cada seno.

Es muy importante que como madres sepan, que el niño alimentado con la leche materna tiene deposiciones seguidas y blandas, esto es normal, y se debe a la rápida utilización por parte del organismo del niño de los nutrientes que posee la leche.

Si la madre queda embarazada de nuevo, la leche sigue siendo de buena calidad. Es aconsejable que la mujer lactante, evite quedar embarazada en este periodo, puesto que sus requerimientos nutricionales se verían aumentados.

Que puede hacer la madre que trabaja fuera del hogar ?

Lo ideal sería que la madre pudiera llevarse a su bebe; pero como esto no es posible se recomienda:

- Amamantar al niño antes e inmediatamente llegue del trabajo.*
- Extraerse la leche manualmente y guardarla en un sitio fresco, en un recipiente bien limpio y tapado; por un tiempo no mayor de cuatro horas. Cuando el clima es cálido, se recomienda colocar el recipiente con la leche materna en la nevera o en una vasija con agua, para conservarla fresca y también por un tiempo no mayor a cuatro horas.*

¿Pueden tomar anticonceptivos las madres lactantes ?

Algunas píldoras anticonceptivas reducen la cantidad de la leche materna, por eso es importante que la mujer lactante, acuda al organismo de salud, para que el médico la oriente sobre los métodos de planificación familiar.

¿Cómo alimentar al niño cuando la madre no tiene leche?

Si la madre no puede producir la leche a pesar del esfuerzo realizado, entonces será necesario suministrar al niño alimentación artificial, con leche de vaca, o de otro animal, o con leche en polvo.

En este tipo de alimentación es indispensable tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Lavarse las manos con agua y jabón cada vez que vaya a preparar el tetero.*
- Lavar y hervir los utensilios antes de usarlos.*
- Usar siempre leche hervida para preparar la leche en polvo.*

- La temperatura de la leche y el agua, deben estar de acuerdo con las condiciones del clima y la tolerancia del niño; cuidando de no quemarlo.
- Preparar solo la cantidad que se necesite para una comida, si se prepara demasiada cantidad o queda alguna parte para más tarde, el peligro de contaminación es muy grande; por esta razón no se debe dar los sobrantes de leche al niño.
- Al suministrar al niño alimentación artificial empleando el biberón, se deben tener cuidados como: *
- El biberón debe ser de vidrio, que no tenga formas, ni pliegues, que impidan un fácil lavado.
- Lavar el biberón o frasco, tapas, chupo y demás elementos utilizados, después de cada comida con jabón y agua y churrusco, que permita quitar todos los restos de alimentos y que llegue fácilmente a todas las ranuras del biberón.
- Colocar los utensilios en una olla bien lavada, cubierta con agua y dejarla hervir por diez minutos a partir del primer hervor. Dejar los elementos en la olla, tapados, hasta que los necesite, lejos del contacto con el suelo, roedores, y de olores fuertes.
- La perforación del chupo o mamadera que se le coloca al biberón, no debe ser ni demasiado grande, ni pequeña, pues esto puede causar problemas al niño como: dificultad para succionar la leche, inhalar o aspirar cierta cantidad de aire cuando es muy pequeño; y cuando es muy grande la alimentación puede ser muy rápida y producir vomito. Tener presente que la perforación del chupo debe hacerse siempre en forma de cruz

2. 3. 4. Presencia del padre

El papel del padre moderno también ha cambiado. Es cada día más frecuente ver a padres que se toman la paternidad muy seriamente, y no están dispuestos a ser unos extraños para sus hijos. Durante muchos años los hombres estuvieron alejados del embarazo y cuidado diario de los hijos, debido a la idea de que se trataba de cosas de mujeres en las que no tenían cabida. Estos padre ahora, sienten libertad para satisfacer todos sus instintos paternos y desean participar con su pareja en el embarazo y parto y disfrutar de todas la tareas del desarrollo de sus hijos. El padre moderno es más activo.

El padre, en los primeros años, se verá recompensado por su hijo, con momentos irremplazables de placer, posiblemente de orgullo, y con el correr de los años, le brindara horas de compañía, amor, consuelo y felicidad.

La mayoría de los padres que se muestran profundamente interesados durante el embarazo, conservan ese mismo interés después del nacimiento del bebe. Los estudios han demostrado que el hombre se siente más unido a su hijo, cuanto mayor sea la frecuencia, con que lo haya tenido en sus brazos, durante

las primeras seis semanas de vida y cuanto más receptivo haya sido al llanto del bebé. Su actitud también se ve afectada por la alegría que sienta la madre por su embarazo y maternidad.

Cuanto más feliz se sienta un padre por el embarazo de su pareja, y cuanto mayor sea su deseo de disfrutar la paternidad, mejor sabrá aprovechar las primeras semanas de vida del bebé.

La mayoría de las parejas se muestran de acuerdo, que tanto el padre como la madre deben ser iguales, y en que se deben compartir equitativamente las responsabilidades de cuidar y educar a los hijos. Cuando la pareja decide tener un hijo, deberán considerar esta decisión, como un contrato que le imponga a los dos igual responsabilidad en la crianza de ese hijo que han concebido. Deben tratar de dialogar y acordar las funciones que cada uno deberá desempeñar. La mujer ya no quiere ser la única niñera y quedar recluida en un hogar de horizontes e intereses limitados, mientras que el padre sale temprano, para regresar solo cuando el bebé está dormido. Día a día es menor el número de mujeres que prefieren ceñirse a tal tipo de arreglo.

Estos son algunos de los puntos que deben quedar claros antes de que nazca el bebé, si desean proporcionarle un ambiente feliz y estable para su educación.

2.3.5. Sexualidad

El sexo durante el embarazo

Durante el embarazo, los médicos, ven a las gestantes, fundamentalmente como pacientes, fuera del contexto de las relaciones amorosas, que tienen gran significado para ella, sin embargo, es de esas relaciones de las que depende la sociedad para la supervivencia de la familia. También tiene importancia el sentido de bienestar que implica el ser amada físicamente durante la gestación, envuelva esto o no un coito completo. Las caricias, el contacto amoroso y el placer sexual forman parte de esta expresión física de la relación con el compañero.

Muchas parejas siguen haciendo el amor durante la gestación. Al principio quizá no apetezca, debido a las náuseas, y vómitos, pero hacia los meses intermedios puede resultar agradable y satisfactorio, quizá por primera vez. El embarazo es una buena época para aprender más sobre el funcionamiento del cuerpo.

Una mujer que empieza a saber cosas sobre su útero, su vagina, y la musculatura del suelo pélvico, puede adquirir más sensibilidad y capacidad de respuesta en esas zonas del cuerpo de las que poseía previamente. Algunas mujeres experimentan su primer orgasmo durante la gestación. Muchas no conocían

la función de los músculos del suelo pélvico durante la participación activa en el coito, y algunas nunca habían explorado la configuración de la vagina, los labios y el clítoris.

Pero no solo es un problema de información intelectual y esquemas sobre los genitales femeninos. A ciertas mujeres no les gusta su cuerpo y no se interesan por ellos. Durante el embarazo pueden aprender por primera vez a conocerse y sentirse cómodas con ellas mismas. Si nunca ha permitido que se exterioricen los sentimientos, puede encontrar que la preparación para la intensa experiencia emocional del parto, con sus tormentas y corrientes, y con el excitante drama de dar a luz, libera su capacidad de expresión, lo que también puede aplicarse al acto de hacer el amor.

Pero algunas parejas piensan, especialmente en los últimos meses de la gestación, que no tienen la aprobación de sus médicos para hacer el amor. Quizá experimente sentimientos de culpa y ansiedad al pensar que están haciendo algo peligroso para el niño

Relaciones sexuales durante el embarazo

La mayoría de las mujeres aseveran que las relaciones sexuales durante el embarazo son más placenteras. En la mujer el estímulo se logra más rápidamente, debido al alto nivel de las hormonas circulantes, y la total excitación sexual se alcanza en menos tiempo que cuando no hay embarazo.

Muchas partes del cuerpo como los senos, pezones y órganos genitales, son más sensibles, debido al desarrollo considerable de los órganos reproductores que se vuelven más susceptibles a la excitación que antes. Esta también la ventaja de no tener que recurrir a métodos anticonceptivos.

No obstante, durante el primero y el tercer trimestre tiende a perderse un poco la libido, lo cual puede ser consecuencia de la mayor actividad hormonal al comienzo del embarazo, con esa sensación de náuseas o de fatiga, y del gran volumen corporal hacia el final del mismo. Aunque no se sientan deseos de hacer el amor, lo cual le sucede a muchas parejas, busquen otra forma de proporcionarse placer sexual.

No parece existir ninguna razón médica, para evitar las relaciones sexuales plenas, durante todo el embarazo, ya que el útero está completamente sellado por el tapón de mucosidad.

Sin embargo un artículo publicado en una de las revistas médicas de la Gran Bretaña, titulado " Afectan las relaciones sexuales al feto?", señala que una actividad sexual excesiva puede favorecer las infecciones en la madre. El informe indica que esto ocurre casi exclusivamente dentro de los sectores

socioeconómicos más bajos, y probablemente se relaciona con otros factores como la higiene y la posible promiscuidad.

Mientras se tengan relaciones sexuales únicamente con su pareja, y solamente cuando lo desea y siempre que no represente un ejercicio muy duro, no habrá nada que le impida gozar de esas relaciones durante todo el embarazo, a menos que su médico piense lo contrario, o estén presentes otros factores.

Las relaciones sexuales también son benéficas para el cuerpo, ya que el orgasmo ejercita los músculos uterinos, aunque esto puede producir contracciones, más avanzado el embarazo, las cuales, no obstante, duran pocos minutos. Además tomara más conciencia de los músculos del piso de la pelvis.

No existe información que sugiera que las relaciones sexuales pueden ser nocivas para el bebé. El bebé está bien protegido dentro del saco amniótico, por lo tanto tampoco sufrirá aplastamiento, ya que este es un excelente amortiguador, y una vez que el feto, este firmemente adherido al útero de la madre, no habrá forma de que las relaciones sexuales puedan producir un aborto espontáneo. Si esto llegar a ocurrir sería por otros motivos, como la iniciación del parto, pero el parto no comenzara simplemente debido al estímulo sexual.

¿ Cuándo no debe haber relaciones sexuales ?.

- Si hay hemorragia, consulte al médico y absténgase de las relaciones sexuales.

Quizá no sea nada serio, pero el médico debe descartar la posibilidad de una placenta previa o de un aborto espontáneo.

- Si ha tenido abortos espontáneos anteriormente, solicite consejo a su médico o en la consulta prenatal. Quizás debe abstenerse durante los primeros meses, mientras el embarazo se estabiliza.

- Si presenta flujo con sangre o se rompe la bolsa, puede haber riesgo de infección.

El mayor volumen del abdomen y la sensibilidad de los senos pueden hacer incómoda las posiciones convencionales para hacer el amor. Ensaye otras posiciones y pida a su pareja que no penetre demasiado.

Sexualidad en el posparto

La relación de la pareja cambia en muchos sentidos, y en la mayoría de los casos, el cambio también incluye el sexo. Durante los primeros meses después del parto, las relaciones sexuales pueden ser un tanto problemáticas y causa de frustración respecto a la nueva función de madre.

Algunas mujeres pierden el deseo sexual, durante un par de meses después del nacimiento, y a veces más. No es raro que lo mismo le suceda a los hombres y que incluso pierdan la capacidad para mantener la erección. Los dos deben estar preparados para estos posibles cambios y no tomar las cosas demasiado a pecho. Si logran enfrentar el problema con madurez y amor, evitara que se convierta en un obstáculo para toda la vida.

Cuando reanudar las relaciones sexuales? No existe una fecha mágica para reanudar las relaciones sexuales. Algo que ayuda son los ejercicios para el piso de la pelvis inmediatamente después del parto, aunque todavía sienta dolor en la región genital; practique los ejercicios lenta y gradualmente. El momento idea para hacer el amor, es cuando ambos lo deseen, así que hay que hablar de ello y ensayar.

Observara que los tejidos están un poco adoloridos o rígidos, pero la espera no les hará recobrar su elasticidad. Las glándulas que lubrican a la vagina a veces dejan de funcionar durante unos días después del parto, de tal forma que conviene utilizar una crema o un gel lubricante.

La relajación total de la vagina antes de la penetración también ayuda, así pues que concéntrese en relajarse antes del coito. Ensaye otra posición que no sea acostada sobre la espalda, ya que el pene puede presionar la pared posterior de la vagina que aún puede estar sensible y algo maltratada.

Su pareja puede ayudar, dilatando suavemente la vagina con la mano en caso de que este demasiado rígida. No se preocupe por las dificultades, son normales; ensaye de nuevo con suavidad.

Parece que muchas mujeres reanudan sus relaciones sexuales después del primer control posnatal. El dolor y la sensibilidad producidos por la episiotomía duran más tiempo y la pareja no debe tratar de penetrarla hasta que no se sienta bien. Sin embargo esto no impide exploración suave. Los senos durante la lactancia, se tornan pesados y sensibles y si tienen alguna grieta en el pezón, la será imposible resistir una caricia.

Si trascurridos algunos meses, alguno de los dos aún se rehúsa a reanudar las relaciones sexuales, no vacilen en pedir ayuda. Les sorprenderán como pueden cambiar las cosas, después de hablar con alguien al respecto, y quizá sea más fácil que los dos hablen con un tercero, quizás un amigo o pariente, o un consejero sexual. Lo importante es hablar acerca de sus sentimientos y mantener abierto el canal de comunicación con la pareja en todo momento.

Pérdida de la libido. Muchas mujeres sienten que ya no son atractivas; el cuerpo habrá perdido un poco su forma, en comparación con lo que era antes del embarazo. Es difícil sentirse sexualmente atractiva si la imagen que la mujer tiene de sí misma es mal.

La presencia del bebe, puede ser un obstáculo para las manifestaciones de amor e Interés sexual, especialmente si duerme en la misma alcoba. Los dos se sentirán fatigados, y el cansancio tiende a inhibir el deseo sexual normal.

Es posible que existan obstáculos físicos que le impidan tener relaciones sexuales satisfactorias y de ahí su renuencia a reanudarlas

Todos los padres vuelcan su atención hacia el bebé durante las primeras semanas y quizá sientan que no hay cabida, para ninguna otra persona en sus emociones. Esto es perfectamente natural. Lo que deben hacer es hablar acerca de sus sentimientos. Es posible que ambos compartan el mismo sentimiento hasta cierto punto.

Muchas de las actividades diarias que se relacionan con el bebé harán sentir poco atractiva, por ejemplo lavar los pañales, el olor a leche cortada. Todas estas cosas pueden resultar poco estimulantes

2.3.6. Anticonceptivos

Aunque este amamantando y no haya tenido retraso en la menstruación, estará desprotegida y quizá desee utilizar algún método anticonceptivo al reanudar las relaciones sexuales.

Si el bebé solo se alimenta de su leche, es probable que la menstruación no regrese hasta el destete. Si no está amamantando, o lo hace sólo durante un tiempo, la menstruación deberá regresar de dos a cuatro meses después del parto.

La Píldora

Si está amamantando, el médico, le prescribirá una píldora que contiene solamente progesterona. Esta píldora no contiene estrógeno, el cual interfiere el metabolismo y podría inhibir la producción de leche. Para mayor seguridad deberá tomar una píldora darla . Las hormonas que contiene la píldora también son secretadas en la leche materna. a muchas mujeres este método combinado con la lactancia, les resulta satisfactorio.

Si tiene presión sanguínea elevada, diabetes, depresión posnatal, no debe utilizar la píldora anticonceptiva

Diafragma

Este se coloca solo cuando vaya al control posnatal después de aproximadamente seis semanas después del parto. Este método es ideal, para las relaciones sexuales un tanto esporádicas de los nuevos padres.

Antes del acto sexual verifique siempre que la cápsula de caucho del diafragma cubre totalmente el cuello uterino.

Dispositivo intrauterino

El médico podrá colocar el dispositivo intrauterino, durante la cita de control posnatal; este es mucho más sencillo después de haber tenido un bebe.

Condón

Es el método más fácil de usar, antes del control posnatal. Use crema o gel en abundancia junto con el condón, para mejor lubricación de la vagina.

Inyecciones

Existe una inyección anticonceptiva que los fabricantes recomiendan en especial para las mujeres olvidadizas y tienen un efecto de tres meses, sin embargo algunas mujeres pueden tener problemas de hemorragia y el retorno de la fecundidad a los tres meses, no se garantiza en todos los casos.

3 TERCER MODULO MANEJO DEL RECIEN NACIDO

3.1. JUSTIFICACION

El bebé viene al mundo, después de estar nueve meses haciendo parte de su madre y sin sentir necesidades.

Al nacer se encuentra con otra realidad: siente hambre, frío, dolor etc. haciéndose presente las necesidades de alimento, calor y cuidados.

Por lo tanto la madre debe tener un conocimiento claro y preciso, sobre los aspectos fundamentales de alimentación complementaria, prevención de accidentes, higiene del recién nacido, vacunas, asistencia médica y todo lo concerniente al desarrollo físico y emocional del bebé.

3.2. OBJETIVOS

- Señalar la importancia del vínculo afectivo y las causas y consecuencias de la privación psicoafectiva.

- Explicar a las madres y al grupo familiar, las acciones tendientes a prevenir la privación psicoafectiva en el menor de cinco años.

- Identificar las necesidades psicoafectivas del niño y la importancia

del afecto en su desarrollo. 3.3. TEMÁS

3.3.1. Vínculo afectivo

La vida deriva la parte de su riqueza y hermosura de la íntima relación que cada individuo entabla, con un pequeño número de otros seres humanos: madre, padre, hermano, hermana, esposa, esposo, hijo, hija y a un reducido grupo de amigos íntimos. El individuo se siente unido a cada una de las personas de este grupo, con un vínculo de singular solidez. Gran parte de los goces y pesares de la vida, giran en torno de estos vínculos o relaciones afectivas; entablarlos, romperlos, prepararse para ello y adaptarse a la pérdida que causan las muertes de los seres queridos.

En los últimos cuarenta años, los investigadores de diversas disciplinas estudiaron con gran minuciosidad el proceso, por el cual, el lactante establece el vínculo afectivo con su madre (Bowlby, 1958; Spitz, 1965) y describieron los desastrosos efectos, que la separación prolongada de la madre, ejerce sobre el niño en

términos de su desarrollo motor, mental y afectivo. Barnett y Col. (1970) señalan: "si bien en teoría se reconoció que la separación afecta a la madre y el niño, poca atención se prestó al efecto que ejerce sobre la madre".

Es probable que el apego que la madre experimenta por un hijo, sea el vínculo más sólido del ser humano. Esta relación posee dos características singulares. Primero, antes de nacer, el niño se gesta dentro del vientre de su madre y segundo, después de nacer, le asegura la supervivencia en un período, en el cual el niño depende por completo de ella. La potencia de este vínculo, es tan grande que merced a él, el padre o la madre, realizan los extraordinarios sacrificios que se requieren para atender al niño, día tras día, noche tras noche, cambiándole los pañales, respondiendo a su llanto, protegiéndolo de los peligros y alimentándolo en plena noche a pesar de la desesperante necesidad de dormir.

Este vínculo original entre madre e hijo, es la fuente, de donde manan después todos los vínculos, que habrá de entablar el niño y constituye la relación formadora en cuyo transcurso el niño adquiere noción de sí mismo. Para toda la vida la fuerza y carácter de este vínculo, influye sobre la calidad de todos los futuros vínculos que se establezcan con otras personas.

Al apego" se le podía definir como: una relación singular y específica entre dos personas que persiste en el curso del tiempo. Aunque sería difícil definir esta relación permanente, tomamos como indicadores de este apego, comportamientos como caricias, besos, arrullos y prolongadas miradas de cariño, comportamientos que sirven para mantener el contacto y para poner de manifiesto el afecto que se experimenta hacia una persona en particular.

Los estudios sobre las asombrosas aptitudes de comportamientos del neonato normal, revelaron que el recién nacido ve, escucha y se mueve, siguiendo el ritmo de la voz de la madre en los primeros minutos y horas de la vida, de modo que surge un hermoso nexo en las reacciones de ambos, a modo de una "danza" sincronizada entre la madre y el niño (Condor y Sander, 1974).

Como ejemplo del papel del niño en la conducta de apego, cuando la madre amamanta a su hijo a los pocos minutos de nacer; el niño lame el área que rodea el pezón. MacFarlane (1975) comprobó que seis días después, este niño distingue bien el olor del pecho de su madre del de § otras mujeres. El niño está despierto y alerta, y sigue con la mirada a su madre, durante el periodo especial y consecutivo al parto (Brazelton y Col 1966).

El comportamiento del padre o de la madre frente a su hijo, deriva de una compleja combinación, constituida por sus propias características genéticas, las respuestas del recién nacido frente a ellas, una larga historia de relaciones interpersonales con sus propios familiares y entre sí, experiencias con este

embarazo y otros anteriores, la asimilación de las prácticas y valores de su cultura y quizá, lo más importante, la forma en que cada uno de ellos fue criado por sus padres.

El comportamiento maternal o paternal, la aptitud de cada uno para tolerar las tensiones y las necesidades de atención especial que cada uno tiene, difieren mucho y dependen de un conjunto de estos factores.

En los último doce años los estudios condujeron a la formulación de los principios que rigen el apego de la madre hacia el recién nacido.

- En los primeros minutos y horas de la vida hay un periodo sensible, en que es necesario que la madre, y el padre estén en íntimo contacto con su neonato, para que la evolución ulterior de las relaciones entre ellos sea óptima.*
- En la madre y el padre parecen existir respuestas frente al neonato, que son específicas para la especie, y se ponen de manifiesto al entregárseles el niño por primera vez.*
- El proceso del apego está estructurado de modo que el padre y la madre, entablan un vínculo afectivo óptimo, con un solo niño a la vez, Bowlby (1958) ya había enunciado este principio y lo denominó ' Monotropismo'.*
- Durante la formación del apego de la madre hacia el recién nacido, es menester que este responda a la madre, con alguna señal, como movimiento del cuerpo o de los ojos.*
- La gente que presencia el proceso del nacimiento adquiere un intenso vínculo afectivo con el niño.*

Como el neonato depende por entero de su madre o de la persona que lo atiende, para satisfacer todas las necesidades físicas y emocionales, la intensidad y duración del apego bien puede determinar si habrá de sobrevivir y desarrollarse de manera óptima.

Estos pueden ser los acontecimientos más importantes para la formación del apego de la madre hacia su hijo:

-Antes del embarazo: Planificación del embarazo

- Durante el embarazo: Confirmar el embarazo, aceptar el embarazo, movimientos fetales, aceptar al feto como individuo.*
- Después del nacimiento: nacimiento, ver al bebe, tocarlo y atenderlo.*

Antes del embarazo

Los datos experimentales sugieren que las experiencias anteriores de la madre, componen un factor determinante fundamental en el modelamiento de su papel maternal. La bibliografía sobre desarrollo infantil, indican que los niños se socializan, mediante el poderoso proceso de imitación o de modelamiento, pues responden a la forma en que ellos mismos fueron criados o a las cosas que observaron. Por lo tanto mucho antes de que una mujer llegue a ser madre, ha aprendido toda una serie de comportamientos maternos, por medio de la observación, los juegos y la práctica. Ya sabe si alzar o no a los bebe cuando lloran, cuanto tiempo hay que tenerlos en brazos, o si deben ser flaquitos o gorditos. Lo interesante es que estas cosas que se asimilan cuando los niños, son muy pequeños, se convierten en imperativos indiscutibles para ellos durante toda su vida.

En los países en vía de desarrollo, la niña tiene responsabilidad y experiencia en el cuidado del lactante de corta edad, hasta que tiene sus propios hijos, y esto le permite introducir finos ajustes en su estilo maternal y adquirir confianza en sí misma antes de llegar a ser madre.

Embarazo

Durante el embarazo la mujer experimenta dos tipos de cambios del desarrollo al mismo tiempo: Primero, cambios físicos y emocionales en ella misma y segundo, el crecimiento del feto en su útero. Sus impresiones acerca de estos cambios varían mucho, pues depende de si se deseaba y se preparó el embarazo, si es casa o no, si vive con el padre del niño o si tiene otros hijos. Además varía según la edad de los otros niños, su ocupación, deseo de emplearse, de los recuerdos de su infancia o de los sentimientos que abriga hacia sus padres (Boston Woman's Health Book Collective, 1973). Para la mayoría de las mujeres el embarazo es un período de emociones fuertes y cambiantes, positivas y negativas y muchas veces ambivalentes. Al darse cuenta que dentro de poco va a tener un hijo, y en particular si es el primero, la mujer debe de adaptarse a un dramático estilo de vida porque deja de ser individuo solo responsable de sí mismo, para convertirse en un individuo responsable de la vida y bienestar de un niño. Además ocurren cambios en sus relaciones con el padre, porque ahora tendrá que dividir el tiempo y atención entre dos personas.

Aceptación del embarazo

En la primera etapa del embarazo, la mujer debe acostumbrarse a la idea de que será madre. Puede que al descubrir que está embarazada experimente sentimientos contradictorios; sobre su aceptación del embarazo influyen muchas consideraciones, desde un cambio en sus modalidades familiares, hasta cuestiones más serias como privaciones económicas y de vivienda, o dificultades interpersonales. Esta

etapa inicial, según Bibring y Col. (1961) es la identificación del feto en crecimiento como "parte integrante de la madre misma"

Percepción del feto como individuo aparte

La segunda etapa entraña una creciente conciencia de que el bebé que está en el útero es un individuo aparte, lo cual suele comenzar con el extraordinario acontecimiento de los "puntapiés" o sea la sensación de los movimientos fetales. En este período la mujer debe ir modificando su concepto de que el feto forma parte de ella misma, para convencerse de que tiene un niño vivo, que dentro de poco será individuo aparte.

Bibring y Col_____ (1961) creen que este convencimiento prepara a la mujer para el nacimiento y la separación física de su hijo. Esta preparación a su vez sirve de base, para la relación que ha de entablar con su hijo.

Una vez que comienzan los movimientos fetales, por lo general la mujer empieza a fantasear sobre cómo será el bebé, atribuyéndole ciertas características de personalidad humana y desarrollando sentimientos de apego. Puede que para entonces acepte mejor su embarazo y exhiba importantes cambios de actitud hacia el feto.

La gestación de un niño normal es el principal objetivo de casi todas las mujeres, pero la mayoría de las embarazadas, albergan temores de que el niño sea anormal, o revele algunas debilidades internas que ellas mismas mantienen en secreto.

Brazelton (1973) aclaró la importancia que estos cambios y la turbulencia que ocurre durante el embarazo, tienen para la formación ulterior del apego materno por el nuevo niño.

Nacimiento

Los escasos datos relacionados con el nacimiento sugieren que las madres que permanecen relajadas durante el parto, que colaboran y entablen buenas relaciones, con quienes las atienden, son más propensas a quedar complacidas con sus niños al verlos por primera vez. En general cuanto más difícil es el parto, menor es la frecuencia de amamantamiento.

El parto natural mejora o altera el apego madre-hijo ?. La presencia del padre en el parto favorece el apego madre-hijo y padre hijo?. La presencia del padre en el parto influye también sobre la intimidad de la relación entre madre-padre?. Que efectos se obtienen permitiendo que la madre elija su posición o permitiendo que controle los acontecimientos del parto ?.

Estos interrogantes nos llevan a profundizar el proceso de nacimiento y la participación de los padres en él. Es muy lógico que la investigación sobre el apego materno haya estimulado el interés en elucidar el comportamiento de los padres. Greenberg y Morris (1974) emplearon el término de embebesamiento (absorción, preocupación e interés) para describir el tremendo impacto que el recién nacido ejerce sobre el padre e identificaron varios aspectos específicos del creciente vínculo entre el padre y su recién nacido, desde su atracción hacia el niño y su concepción de este como "perfecto" hasta la extrema euforia y un mayor sentido de autoestimación.

Después del nacimiento.

Período sensible. Inmediatamente después de nacimiento los padres entran en su singular período, en que los acontecimientos pueden ejercer efecto duradero dentro de la familia. A este período breve en el que florece el apego al niño lo denominamos período sensible materno.

Las observaciones clínicas de Rose y col.. (1960) y de Kennell y Rolnick sugieren que en el posparto inmediato, es fácil que los vínculos afectivos perturben y se alteren para siempre. Al parecer factores relativamente leves del neonato, como ligeras elevaciones de la bilirrubina, lentitud para alimentarse, oxígeno adicional durante una o dos horas, y necesidad de tenerlo en la incubadora en las primeras veinticuatro horas, por ligera dificultad respiratoria, afectan la relación madre-hijo. Muchas veces el comportamiento de la madre sigue perturbado durante el primer año de vida del niño o más, aunque los problemas se resuelvan por completo antes del alta, ya menudo en pocas horas. Los acontecimientos iniciales ejercen efectos duraderos. Las ansiedades iniciales de la madre por su bebé, en los primeros días consecutivos al nacimiento, aunque el problema se resuelva con facilidad, pueden afectar su relación con el niño hasta mucho tiempo después.

Los estudios sobre los efectos de la unión madre-hijo desde el momento del parto, también confirman la importancia del contacto en el período posnatal inmediato.

El problema de porque el apego materno progresa tan pronto en el posparto inicial, solo puede esclarecerse, examinando con mucho detenimiento lo que puede suceder entre la madre y el niño en ese momento crucial.

El vínculo afectivo consiste en llegar a conocer al bebé y explorarlo por medio de sus sentidos y los de él; los ojos, la nariz, los oídos, las yemas de los dedos, la boca e incluso la lengua. También se relaciona con el apego, el deseo de proteger y el sentido de posesión. Este apego inicial, es quizá el lazo de unión más fuerte que existe entre los seres humanos, y tiene que ser así, ya que garantiza la crianza de los recién nacidos y, por consiguiente la supervivencia del género humano.

El vínculo con el bebé se establece en el mismo momento del nacimiento. Si es posible debe permanecer a solas con el bebé y procurar que se le interrumpa lo menos posible. Los bebés lloran en el momento de nacer, pero generalmente se callan y se dedican a mirar a su alrededor sin parpadear. Si está en el Hospital, puede pedir a la persona que la atiende que baje las luces y levante la bata, para poder poner al bebé en contacto con su piel. No piense que tiene que tomar al bebé en sus brazos inmediatamente; quizá necesite unos minutos para recobrar su aplomo. La mayoría de las madres desea abrazar a su niño sin tardanza, y a ninguna se le debe negar este derecho.

Las investigaciones realizadas en Estados Unidos, han demostrado que el período crucial para establecer el vínculo materno filial, es la primera hora de vida. Los bebés generalmente están tranquilos, pero despiertos, y se duermen solo después de tres o cuatro horas. En este estado responde a todo estímulo y es el momento propicio para establecer un vínculo con un adulto cariñoso, que lo cuida y lo alimenta. También se ha demostrado que los primeros treinta o cuarenta y cinco minutos, son mejores para llegar a conocer al recién nacido, a través del contacto visual y de la piel. Mirar al bebé a los ojos equivale a reconocer en él a un ser humano y no a una cosa y el contacto de la piel, le ayudará a sentir ese calor humano.

No cabe duda de que todos los aspectos del proceso de vinculación, la voz, el olfato, el tacto, las caricias y los mimos son buenos para el bebé, pero también para la madre. Cuanto más pronto toque, abrace y acaricie a su hijo, más rápidamente se detendrá la hemorragia, más fuerte será la contracción del útero y mejor la respuesta de los senos, en lo que se refiere a la producción del calostro y más adelante de la leche. Irá adquiriendo más confianza en el cuidado del bebé, y le ayudará a la adaptación de este a su nuevo medio ambiente. Los estudios han demostrado que el bebé se adapta con mayor facilidad, rapidez y confianza cuando siente las caricias y el afecto, y tiene la oportunidad de alimentarse si lo desea. Tan pronto como pueda abrazar a su bebé, trate de acercarlo a su pecho; frote su mejilla con la punta del pezón, y verá como él buscará instintivamente el alimento, si se muestra inconstante, quizá sienta sueño a causa de los analgésicos, coloque un poco de calostro en sus labios para estimularlo.

Las investigaciones han demostrado que los padres que han podido entrar en contacto libremente con sus hijos, inmediatamente después del parto, adoptan una actitud más constructiva hacia la crianza, saben comprender mejor los problemas, hacen más preguntas, explican sus acciones y aclaran mejor sus dudas.

Otra parte de la investigación demostró que al llegar a la edad de los cinco años, los niños que habían tenido contacto prolongado con sus padres, lograron una mejor puntuación en las pruebas de inteligencia. Esto no significa que una buena unión con el recién nacido, haga que los padres sean mejores, o que su bebé sea más inteligente; pero sí contribuye a ser padres mejores y diferentes.

La unión del padre con el recién nacido es tan importante, como la unión establecida con la madre, de tal forma que también es esencial que el padre sostenga al bebé y establezca contacto con él a través de los ojos y de la piel durante el período crucial. Responda a todas las insinuaciones del bebé. A menudo el nacimiento ayuda a los hombres a expresar y disfrutar las emociones que la sociedad les ha enseñado a reprimir.

En el desarrollo del vínculo afecto, el niño intenta a través de su comportamiento estar cerca de la madre, utilizando pautas de conducta tales como succionar, aferrarse, sonreír, llamar, llorar, seguir. Esta búsqueda y necesidad de compañía de la madre se conoce como conducta de apego y la conducta de la madre que intenta mantener al hijo cerca, se ha denominado conducta de atención. La conducta de ambos, madre hijo, que se dirige a buscar y mantener la proximidad de uno con el otro se ha llamado conducta afectiva.

El apego puede variar de un día a otro, de una hora a otra, dependiendo de variables como el hambre, la fatiga, la enfermedad, o cuando el bebé se siente alarmado.

Hacia el tercer año, el niño es capaz de aceptar la ausencia temporal, por ha adquirido confianza en otras personas. El vínculo continúa en los años siguientes hasta llegar a la adolescencia en la cual comienza a debilitarse y a desplazarse hacia otras personas.

Es importante saber que la conducta de apego va acompañada de sentimientos profundos, de manera que la figura hacia la cual se dirige, despierta amor en el niño; en presencia de esta persona se siente seguro, por lo tanto la sola posibilidad de perder la figura de apego, le causa angustia.

El apego a la figura materna determina el desarrollo de la confianza que posteriormente el niño tendrá en los demás; tiene relación directa tanto en el desarrollo intelectual, en la formación de los conceptos, en el razonamiento y en el pensamiento abstracto, como en el lenguaje, las percepciones y los afectos y sentimientos. Consecuencias de la falta del vínculo afectivo.

El amor es la base sobre la cual se forma la personalidad del niño y que le permite madurar armónicamente. Este amor debe ser propiciado por todos los miembros de la familia; si el niño recibe afecto suficiente, su desarrollo no sufrirá obstáculos que lo alteren o le impidan continuar su curso normal. Pero cuando no encuentra afecto y estímulos suficientes; no podrá alcanzar un desarrollo físico, mental ni social adecuado.

Se da entonces, la deprivación psicoafectiva, cuando el niño en los primeros años de vida, por causas o situaciones diversas, no tienen una relación afectuosa, íntima y continua con su madre o con una persona sustituta que le proporcione afecto, estímulos y cuidados necesarios para su normal desarrollo.

Los efectos de la deprivación psicoafectiva, varían de acuerdo con el grado de esta. En términos generales la imposibilidad para formar vínculo afectivo trae como consecuencia que el niño se retrase física, intelectual, social y afectivamente; apareciendo síntomas como: temor, tristeza, aislamiento, no intenta contacto con los extraños, manifiesta falta de sueño, apetito, pierde el peso y es afectado por múltiples infecciones.

Si la relación con la madre es continua, íntima y afectuosa, el niño recibirá, de una parte los cuidados que necesita para su supervivencia, pero de otra recibirá un valioso apoyo psicológico. Aprenderá a amar, y a confiar en otros seres, estará seguro, aprenderá con más facilidad y su relación consigo mismo y con otros y con todo lo que lo rodea será maravillosa.

3.3.2. Manejo del recién nacido

Una madre puede hacer muchas cosas con su hijo cuando lo alimenta, lo baña, lo muda, o lo entretiene; que pueden ayudar a un desarrollo mucho más completo del niño. Esto también lo pueden hacer otras personas de la familia, como el padre o los hermanitos. Todos pueden colaborar jugando con el niño; así, ayudan para que este, sea más inteligente, más feliz y más útil para la sociedad. Recuerde que el niño aprende a través del conocimiento del mundo que lo rodea, y una forma de hacerlo es el juego. El juego es el principal vehículo del aprendizaje del niño.

Desde que el niño nace, responde a lo que le rodea y a lo que la gente hace. El niño al nacer reacciona gracias a los reflejos normales y naturales que posee, como el de chupar, morder, agarrar los objetos o parpadear. Por, esto son importantes todos los estímulos visuales generales, táctiles y auditivos que pueda recibir cuidando de no fatigar demasiado al niño.

Acostado boca arriba debe ayudársele, para que mueva la cabeza hacia los lados. Produciendo un sonido mirara hacia el lugar de donde proviene; se le puede hablar mirándolo para atraer su atención.

Para que el niño pueda hacer bien estas actividades es necesario, ante todo, que este bien alimentado y cuidado.

Cuando el niño cumpla un mes será capaz de: tragar, chupar, cerrar los puños con fuerza, parpadear frente a cambios de intensidad de la luz. También deberá ser capaz de: rechazar objetos que no le gusten; llorar cuando tiene hambre o este incómodo, dejar de llorar cuando se alce o se le acaricie, mirar objetos cercanos a sus ojos, dirigir los ojos hacia la luz, realizar movimientos constantes con sus miembros, seguir con la mirada algo que usted le muestra y mueve lentamente, tratar de sostener la cabeza cuando se endereza, hacer algunos ruidos con la boca, responder de alguna forma de los ruidos.

Durante los dos o tres primeros días de nacidos, algunos niños presentan molestias por acumulación de moco en la nariz, y parece que estuviera con gripe; esto se puede mejorar aplicándole unas gotas de suero fisiológico en cada fosa nasal.

Algunos niños, sobre todo mientras están pequeños, deben recibir alimentación aun de noche, para lograr que aumenten de peso rápidamente. No lo deje llorar.

Dele jugo con un poco de agua azucarada hervida al clima. Poco a poco va disminuyendo la cantidad de agua, para darle el jugo puro. Es conveniente comenzar con un solo tipo de frutas por tres o cuatro días

seguidos, para que el niño se acostumbre al sabor. Si lo rechaza no insista y ensaye con otra fruta. Se recomienda darle agua hervida con una cuchara, especialmente en climas cálidos.

Si el niño vomita, cámbiele la ropa. Es recomendable usar babero para protegerle el vestido.

Cada vez que al niño se le deba cambiar el pañal, especialmente cuando haya realizado deposiciones, debe limpiarlo con un algodón o con un paño empapado en agua hervida; esto le evitara fuertes y peligrosas irritaciones en la piel.

Bañe al niño todos los días, excepto cuando el médico se lo contraindique. El baño diario mantiene el niño saludable. En un recipiente apropiado vierta agua tibia, introduzca al niño sin sumergirle la cabeza. Moje y enjabone primero la cabeza, luego siga con el resto del cuerpo. Cambie el agua para enjuagar al niño. Si es niño límpiele cuidadosamente el pene, retirando con suavidad la piel que lo recubre, este se llama prepucio. En muchos niños mediante este procedimiento se evitan problemas futuros. Algunos niños ameritan la circuncisión por estrechez o abundancia del prepucio.

Saque al niño del recipiente o bañera y séquelo inmediatamente, quitándole la humedad que le queda entre los dedos de los pies, entre las piernas, debajo de los brazos y en los pliegues del cuello. Recuerde que el niño debe ser vestido rápidamente, para evitar un resfriado.

Antes del baño, cuando este desvestido, déjelo mover libremente las piernas y los brazos, masajee suavemente el cuerpo. Dele palmaditas suaves, empezando por el hombro y siguiendo hacia la mano. Tómelos los brazos con suavidad sin forzarlos y muévalos hacia arriba y hacia abajo, cruzándolos encima del pecho. Después del baño, cuando le esté secando y vistiendo, póngalo boca abajo sobre la cama y empújelo un pie hacia adelante con su mano, el niño avanzara un poquito, lo mismo con el otro pie. Repita el ejercicio varias veces; esto le ayudara a fortalecer los brazos y a levantar la cabeza con firmeza; además, le beneficiara su desarrollo físico posterior.

Escoja la hora del baño de acuerdo con su conveniencia; algunas madres prefieren hacerlo en las horas de la mañana y otras en la noche; lo importante es que usted tenga tiempo y este tranquila. El bebé debe acostumbrarse a la rutina diaria del baño y tomarlo también como un juego. Báñelo una o dos veces al día en la mañana y en la noche, según el clima en que se vive, utilice agua tibia. No ponga hierbas como brevas o naranja, pues al contacto con el sol hacen que la piel se manche.

Use jabones suaves de glicerina, hipoalérgicos o de marca usual para bebe. El champú se hace cada dos o tres días, su uso diario le quita la grasa al cuero cabelludo. No utilice talcos, sobre todo en el área perineal, ya que concentra orina y materia fecal, formando brumos y produciendo reacciones en la piel. Se pueden usar polvos en los pliegues del cuerpo.

El pañal se debe cambiar continuamente, en especial si se usa de tela para evitar la 'dermatitis del pañal'. Limpie la colita con agua pura o un algodón humedecido y aplique siempre una crema que prevenga irritaciones.

Baños de sol. El bebé debe recibir sol directamente y en forma diaria, pues es esencial para sintetizar la Vitamina D, necesaria para el desarrollo de los huesos. Pero tenga en cuenta que no debe abusar del sol, especialmente en niños de piel muy blanca o de pocos meses.

Comience asoleándola intervalos cortos, de minutos y aumente poco a poco el tiempo de exposición, máximo diez a doce minutos. No lo exponga a la luz del sol entre las diez de la mañana y tres de la tarde,

161

en esas horas los rayos son muy intensos. Si lo lleva a la playa, póngale una crema con filtro solar de factor de protección elevado, como 25-35.

Si su pediatra recomienda baños de sol porque su bebé tiene ictericia (pigmentación amarillenta, muy frecuente en el recién nacido), no lo exponga directamente al sol, sino a través de un vidrio. Tampoco es necesario esperar que haga sol, con dejarlo junto a la ventana, para que reciba la luz; es suficiente.

Recuerde que los baños de sol ocasionan pérdidas adicionales de líquidos, por sudor, así que debe incrementar la cantidad de agua o jugo con el fin de evitar una posible deshidratación.

Cuando su hijo tenga fiebre, llévelo inmediatamente al médico. Mientras tanto bájele la fiebre con aspirineta o asawin pediátrico; no lo arrope demasiado, porque su cuerpecito necesita airearse; no lo friccione con alcohol, por que este le puede producir envenenamiento; si la fiebre es muy alta y persistente, pásele por todo el cuerpo un paño humedecido en agua tibia y no lo seque.

Lave la ropa de su bebé, aparte de la ropa de las demás personas de la familia. Enjuáguela bien para evitarle irritaciones en la piel, la piel del niño es muy delicada; por esto se aconseja hervir los pañales con agua caliente. No es prudente lavar los pañales con productos químicos, porque estos producen irritaciones en la piel del niño.

Al acostar el niño, hágalo colocándolo en distintas posiciones, preferiblemente de medio lado o boca abajo, para evitar que se ahogue con la flema o con vomito imprevisto. Nunca lo acueste boca arriba; acostumbrela a dormir con los ruidos naturales de la casa.

Si su bebe presenta diarrea y/o vómitos frecuentes en el día suspéndale provisionalmente la leche y dele suero casero para que no se deshidrate. Este suero se prepara mezclando: un litro de agua hervida, 1/2 cucharadita de sal y 2 cucharaditas de azúcar. En el comercio farmacéutico también venden sobres de suero casero con fórmulas químicas más adecuadas.

Al nacer, el niño presenta una leve coloración amarillenta, propia de un recién nacido; si esta coloración aparece entre los dos y tres días, aumenta progresivamente hasta los cuatro o cinco días y luego desaparece por completo. Observe bien el color del niño, durante los primeros días de nacido; si nota un color amarillento cada vez más marcado, refiéraselo al médico, pues puede sufrir de ictericia. Un tratamiento oportuno evitara conséuencias graves posteriormente.

No le introduzca al niño palitos con algodón u otro objeto, ni en la nariz, ni en los oídos; estos le pueden causar grandes daños.

Como la respiración del niño es abdominal, la ropa con que se le vista, no debe quedarle ajustada; por eso no se aconseja colocarle ombligueros o fajeros, porque le impiden al bebe respirar bien, y por la fuerza del llanto sobre esta área se le pueden producir hernias escroto inguinales.

Cure con un desinfectante el ombligo del niño en las dos primeras semanas de nacido; al hacerlo procure no arrancarle el cordón umbilical, que todavía tiene adherido. Es importante tener cuidado en el momento del baño, para no mojar el cordón antes de caer, si sangra ocasional y ligeramente, no se preocupe, eso es normal; pero consulte al médico si la hemorragia es persistente y aumenta.

Si le es posible coloque la camita del bebe; de manera que él pueda mirar fácilmente hacia la ventana o hacia la puerta. El niño pasara cada vez más tiempo mirando hacia los lugares más iluminados. Dentro de la alcoba utilice una lámpara, colocándola en sitios que estén al alcance de los ojos del niño y de los movimientos causales que este realice con la cabeza. Cuando la alcoba este oscura prenda la lámpara dentro del campo visual del niño, pero lejos de el para que dirija la mirada hacia la luz.

Toque la palma de la mano del bebe, para que este agarre su dedo; utilice otros objetos como juguetes pequeños o sonajeros. Hágalo repetidas veces; el sonajero es un juguete muy importante en esta etapa; posteriormente, debe proporcionársele uno de fácil manejo.

Háblele permanentemente a su cara y repítale sonidos similares. El niño balbucea, con frecuencia en respuesta a la atención de las personas y sonría a los gestos faciales de otros. Ofrézcale objetos al niño para que trate de alcanzarlos.

Cuando tenga al lado al bebé procure pasearlo por un ambiente de diferentes intensidades luminosas. El niño parpadeara o cerrara los ojos al pasar de la oscuridad a la claridad; frente a una lámpara, camine acercando y alejando al niño de la luz de esta.

3.3.3. Instrucciones para el manejo del recién nacido

Ante todo recuerde, que el bebé necesita que lo mimen y le den cariño. Por esto cada vez que este con el haciéndole algo, como cambiarlo, bañarlo, asolearlo, alimentarlo y otras; convérsele, acarícielo, júguele, hazle ejercicios, en fin hágale saber que lo ama, y él lo captara.

Siga estas instrucciones y tendrá un bebé sano y feliz.

- *Alimente al pecho al bebe todo el tiempo que más pueda*
- *Para alimentarlo no le imponga horarios rígidos; aliméntelo cuando tenga hambre*
- *No debe despertar al niño para alimentarlo, si lo hace no se alimentara bien*
- *Alimente al bebe también en las noches, pues así se complementaran sus necesidades calóricas y se colaborara con su buen crecimiento y desarrollo.*
- *Para hacer eructar al bebé, debe tomarle la cabeza y hacerla bajar suavemente durante cuatro o cinco veces; luego colóquelo sobre su pecho, y acarícielo la cabeza y las manos. Si no eructa pasados diez minutos, acuéstelo sobre el lado derecho o boca abajo y espere; nunca le golpee fuertemente la espalda, ni le haga brincar, pues ambas cosas podrían tensionarlo.*
- Si presenta cólicos, dele una o dos onzas de agua de canela; si con esto no mejora avise al médico*
- Si alimenta al pecho al bebe, y nota que al usted ingerir un alimento, le produce cólico al niño, no lo vuelva a consumir*
- *No tome más de un vaso de leche al día y no es necesario tomar agua de panela, cerveza, cebada, para tener abundante leche, tome por lo menos dos litros de agua o jugos en el día*
- Si el bebe queda buscando después de alimentarlo, utilice el entretenedor, ya que puede ser que tenga deseos de succionar sin necesidad de comer*
- Si queda con hambre péguelo al pecho más frecuentemente (cada media hora), esto hará que se estimule la producción de leche*
- *Antes de complementar con tetero, asegúrese que realmente está quedando con hambre. Recuerde que además de estar seco y lleno, el niño necesita sentirse amado, que se le hable, sentirse acompañado, que se le cargue y se le dé seguridad*
- *En caso de complementar con leche maternizada, debe hacerlo después de haberlo pegado al pecho*
- *En caso de tener que preparar tetero, prepárelo así:*
- *Hierva el agua y los teteros durante veinte minutos*
- *Lave bien las manos antes de preparar el tetero*
- *Abra el chupo del tetero en forma de cruz*
- *Ponga el agua primero que la leche en el tetero, esta disuelve más fácil si el agua no está muy caliente*

- Por cada onza de agua, adicione una medida de leche
- Nunca alimente al niño acostado
- Cuando el bebé es alimentado al pecho o con leche maternizada puede presentarse una deposición blanda, pastosa o con grumos, cada vez que come, o hacer una deposición cada cuatro días, lo cual es normal y puede ser verde, amarilla, blanca o algunas veces negra.
- Utilice pañales blancos, los pañales de color o con dibujos, al mojarse sueltan colorantes que queman al niño
- No usar pantalón de caucho con resorte, pues hacen que el niño se quemara más fácilmente
- No use polvos, ni maizena, porque al aplicarlos pueden ser respirados por el bebé y producirle problemas pulmonares
- Si usa pañales de tela, lávelos con jabón de barra, no detergentes, no utilice lavadora y enjuague con dos litros de agua y quince gotas de limón o vinagre enjuagando nuevamente
- No use toldillos, ni velos sobre la cuna, pues se llenan de polvo y el niño respira un aire contaminado. En caso de usarlos lávelos día de por medio
- El bebé puede tomar dos baños diariamente: uno general en la mañana, y otro ligero en la noche
- El aseo debe hacerse de arriba hacia abajo, y no olvide limpiar los genitales
- Limpie los genitales, en cada cambio de pañal, para evitar que queden residuos en los pliegues
- Si es niña, debe abrir con los dedos los labios de la vulva y limpiar siempre de arriba hacia abajo (nunca de abajo hacia arriba). Si es un niño baje, suavemente el prepucio sin desforrar el pene y limpie la eremita que allí se deposita
- El niño deberá asolearse desnudo todos los días, por delante y por detrás, durante diez minutos por cada lado; la hora indicada será antes de las diez de la mañana o después de las cuatro de la tarde, tapándole los ojos, no lo asolee a través de vidrios
- No utilice ombligo, pues al apretarlo puede ocasionarle problemas respiratorios. El ombligo no previene las hernias umbilicales
- Asee el ombligo cuatro veces al día, con aplicador y alcohol, por debajo de la gelatina; si presenta pintas de sangre, límpielo bien con suero salino; no use tinturas porque estas esconden la infección -No utilice manoplas, ni esarpines, porque al amarrarlos, se puede afectar la circulación de las manos y de los pies -No limpie con aplicador la nariz, oídos y genitales
- Limpie la nariz con algodón enrollado, humedecido en suero salino
- Utilice ropa liviana, para acostarlo a dormir, así evitar que este molesto e irritable por el calor
- Como es conveniente que observe al bebe, desde diferentes ángulos, deberá de cambiarle de posición en la cuna
- Vigile bien el color del bebe, y se nota que se pone amarillo en los primeros cuatro días, consulte con el pediatra.

3.3.4. Las vacunas

Son sustancias que se aplican al bebe para que su organismo adquiere defensas contra diferentes enfermedades que son potencialmente letales.

148

El siguiente esquema incluye las vacunas existentes

Primera semana

B.C.G. (Bacilo de Calmethe Guerin), es un bacilo tuberculoso modificado, se coloca cerca al hombro

Reacción: Normalmente el bebé, presenta semanas después, una pistula en el lugar donde se le coloco la vacuna, que no debe ser tocada. En casos no muy raros, puede presentarse una becegeitis, que es una reacción caracterizada por que los ganglios que se encuentran cerca al hombro, se inflaman.

A veces se crea un absceso que necesita un tratamiento específico con antibióticos o hasta la intervención quirúrgica

Segundo mes

DPT: contra la difteria, tosferina y tétanos las cuales son infecciones severas que en muchos casos pueden complicarse y comprometer la vida del niño.

Donde se coloca ?. Profundo en la colita del bebé.

Reacción: fiebre, falta de apetito, dolor y enrojecimiento en el sitio de la inyección.

Estas reacciones son pasajeras, pero se hacen más severas a medida que se coloca cada uno d los siguientes refuerzos. En casos muy raros, la dosis que corresponde a la tos ferina pueda producir mucha irritabilidad y hasta convulsiones. Si esto sucede, el bebé, queda contraindicado para volver a recibir otra vez la DPT. Solamente debe recibir la DT o sea difteria y tétano

Refuerzo: Se coloca de nuevo a los 2, 4, 6, 16 meses, 4 años y se supone que cada persona debería recibir un refuerzo de difteria y tétano cada diez años.

POLIO: Pretende erradicar esta enfermedad viral, cuyas secuelas son permanentes e inclusive produce la muerte.

Donde se coloca?. Puede aplicarse por vía oral o intramuscular, aunque la primera forma es la más corriente en nuestro medio. Reacción. Es muy segura y eficaz. Casi nunca origina reacciones. Refuerzo. Se repite la dosis a los 2, 4, 6, 18 meses y a los 4 años.

Noveno mes

SARAMPION: Desde la aparición de esta vacuna se ha disminuido la mortalidad infantil, causada por esta enfermedad infecto-contagiosa. Donde se coloca? Intradérmica, generalmente en el hombro. Reacción: El efecto colateral apare[^]ada el octavo o décimo día: malestar general, moquera y ojos colorados. Estos transtornos son pasajeros y no tienen importancia.

Refuerzo: Debe aplicarse a los quince meses de vida, pues se ha comprobado que a esta edad, el 40% de los niños pierde su inmunización a la enfermedad.

La vacuna del sarampión también puede colocarse dentro de las 72 horas siguientes al momento del contagio, si el bebé ha estado en contacto con un enfermo.

Quinceavo mes

TRIPLE VIRAL: Sarampión, rubéola y paperas. Se coloca aunque ya el bebe haya sido vacunado contra el sarampión. En nuestro medio esta vacuna no se aplica de manera rutinaria. Donde se coloca?

Subcutánea, en el hombro. Reacción: Casi nunca tiene efectos colaterales.

Refuerzo: En la actualidad, la Academia Americana de Pediatría recomienda colocar el refuerzo hacia los cinco años de edad.

Tenga en cuenta que.....Para disminuir las reacciones de las vacunas; se recomienda administrar analgésicos leves, como el acetaminofén, colocar pañi tos tibios con sulfato de magnesio en el sitio de la vacuna y consultar siempre al Pediatra, si las reacciones causan gran irritabilidad en el bebé.

Situaciones en las cuales no se puede vacunar a un bebe: Son muy pocas. Enfermedades febriles (fiebre muy alta) y estados de inmunosupresión, es decir, que el niño tenga una disminución de sus defensas, ya sea de origen congénito o adquirido (por ejemplo que este siendo sometido a tratamiento contra el cáncer). Esto cuando la vacuna es de virus vivos como polio, sarampión, rubéola y paperas.

Otra vacuna que ya se está colocando es la del Hemophilus Influenza tipo B, que previene cinco enfermedades básicas: meningitis, neumonía, artritis séptica, septicemia y epiglotitis. Estas atacan al niño entre los dos meses y los cinco años de vida. Se coloca a los 2, 4, 6 y 15 meses y su principal limitante es el alto costo.

3.3.5. Acciones de estimulación desde el nacimiento hasta los doce meses.

Desde el nacimiento hasta los tres meses.

- *Conducta motora 150*
- *Acueste el niño boca abajo y extiéndale suavemente los brazos y las piernas*
- *Pase suavemente la mano por la espalda del niño, en movimientos firmes de arriba hacia abajo, para que el niño levante la cabeza*
- *Cuando bañe al bebe estímúlele la espalda, pasando una toalla o una esponja, en movimientos firmes de arriba hacia abajo*
- *Pase su mano derecha haciendo ligera presión, sobre la parte exterior de la mano del niño*
- *Presione la parte interna de la mano, cerca del dedo pulgar (dedo gordo), para que el niño abra la mano*
- *Cuando el niño abra la mano, póngale el dedo o un objeto, para que aprenda a agarrar*
- *Acueste el niño boca arriba y cójale las piernas, moviéndolas suavemente hacia arriba sin doblar las rodillas*
- *Cambie al niño de posición con frecuencia, dejándolo un rato boca abajo*
- *Coloque su cara frente a la del bebe, para que le mire fijamente y luego muévala de un lado a otro, para que el niño la siga con su mirada*
- *Cuando el niño este boca abajo, muévale la cabeza con suavidad, de un lado hacia el otro y de arriba hacia abajo*
- *Haga que el niño gire en la cama, empujándolo por las caderas, pero teniendo la precaución de subirle la cabeza, para evitar que se lastime y pueda dar mejor la vuelta.*
- *Cuando cargue al bebe y salga con el a la calle, colóquelo de tal forma que él pueda observar lo mismo que usted, ve.*
- *Estando el niño boca arriba, dóblele las piernas muévalas en movimientos suaves como si pedaliara*
- *Muéstrele al bebe un objeto de color fuerte y cuando muestre interés acérqueselo a sus manos para que lo toque, lo agarre y lo sostenga. Si no lo hace estímúlelo pasando un dedo por la palma de la mano del bebé.*

Conducta Psicosocial

- *Cada vez que realice alguna actividad con el niño, háblele, dígame que le está haciendo, sonríale y juegue con él*
- *Muestre el al niño, juguetes de colores fuertes y permita que él juegue con ellos*
- *Cántele al niño y cuando lo deje solo póngale música suave*
- *Cambie de lugar la cuna en la alcoba del bebe, para que él tenga una sensación diferente de lo que lo rodea*

- Haga sonar diferentes objetos cerca del niño y deje que él los coja para jugar
- Cambie con frecuencia (cada ocho días) los objetos que adornan la pieza del bebé
- Ponga un objeto vistoso delante del bebé, y cuando la preste atención o intente cogerlo, muévelo lentamente de un lado para otro para que el niño lo siga con la mirada
- Sonríale y acaricié al niño aprovechando los momentos en los cuales lo baña, lo alimenta, le cambia el pañal etc.

Conducta del Lenguaje

- Háblele al niño con frecuencia, utilizando un lenguaje sencillo y pronunciando claramente todas las palabras
- Utilice frases cortas para comunicarse con él
- Procure que el niño la mire a la cara, cuando ud. le hable
- Repita todos los sonidos que el niño emite (gu-gu) y dígame las vocales (a..e..i..o. .u)
- Cuéntele al niño todas las acciones que le está realizando cuando lo baña, viste, alimenta etc.
- Permita que todos los miembros de la familia le hablen al niño y jueguen con él

De los tres a los seis meses de edad Conducta motora

- Coloque el niño boca arriba, cójalo de las manos, trate de sentarlo y vuelva a acostarlo
- Acueste al niño y juegue con él volteándolo de un lado a otro
- Acueste al bebé de lado y agite un sonajero a su espalda, luego colóquelo cerca de él para que trate de alcanzarlo
- Coloque el niño con frecuencia boca abajo para que se dé vuelta y se ponga boca arriba
- Con el niño acostado boca arriba, cójalo de las manos y ayúdelo a sentarse lentamente; luego colóquelo una almohada en la espalda para que permanezca en esta posición por un rato
- Coloque sobre la cama objetos pequeños, que sean de colores fuertes, para que el bebé los agarre. Luego póngalos más retirados para que él trate de alcanzarlos
- Siente al niño y trate de apoyarlo con sus manos, por la ingle, para que el bebé aprende a sostenerse sentado
- Coloque al bebé boca abajo sobre un rollo o en un balón, y trate de mecerlo suavemente, de atrás hacia adelante, tomándolo por los pies
- Coloque al bebé recostado sobre una almohada alta. Luego muéstrelé un sonajero, muévelo y acérqueselo; cuando el niño vaya a cogerlo, aléjelo para que trate de sentarse
- Siente al niño sobre sus piernas, al mismo tiempo que juega con él
- Cuando cargue al bebé, baile suavemente, y camine de un lado a otro, procure que el bebé esté de frente para que observe todo lo que le rodea.

Conducta del lenguaje

- *Imite varias veces los sonidos que haga el niño*
- *Cante canciones infantiles para que el bebé las escuche*
- *Háblele al niño de frente y sonríale con frecuencia*
- *Toque un tambor, o haga sonar un pito, luego imite el ruido que producen, para que el bebé trate de hacerlo*
- *Repita las sílabas ta-ma-pa para que el bebé trate de repetirlas. Vocalice bien y muestre al niño la forma de hacerlo*
- *Haga que otras personas de la familia le hablen al bebé*
- *Siempre que le hable al bebé hágalo con cariño*
- *Llame al niño por su nombre, cada vez que se dirija a él*
- *Cuando le realice alguna actividad al bebé, dígame que le está haciendo y repítale el nombre de las cosas que tiene cerca.*

Conducta Psicosocial

- *Muéstrele al niño los alimentos, antes de dárselos y dígame los nombres de los utensilios; taza, cuchara, plato etc.*
- *Deje caer un cascabel sobre la cama del niño para que lo busque con la mirada y lo coja, cuando lo haga felicítelo.*
- *Prenda y apague la radio, hasta que el niño se dé cuenta y lo mire.*
- *Cambie de posición al niño con frecuencia, cuando el niño lllore, acuda a su cuna*
- *Cuando el niño le extienda sus brazos, cárguelo y consiéntalo, pero no lo acostumbre*
- *Cuando juegue con el niño, exprese alegría, tristeza, susto para que el niño la mire*
- *Lleve al niño a pasear y muéstrele las cosas al mismo tiempo que le habla de ellas*
- *Coloque al niño frente a un espejo y hágale gestos*
- *Permita que el niño se lleve los objetos a la boca, para evitar accidentes, procure que los juguetes sean plásticos, no tengan puntas y sean grandes. No le dé al niño objetos demasiado pequeños, cortantes y puntiagudos*
- *Cuando el bebé suelte un objeto que tenga en la mano, muéstrele donde cayó y conduzca su mano hasta que lo alcance*
- *Cambie de lugar la cuna del niño en la habitación, para que el observe diferentes aspectos de ella*

De los seis a los nueve meses de edad Conducta motora

- *Coloque al niño boca abajo y póngale un juguete frente a él; cuando trate de alcanzarlo, aléjelo más para estimular el gateo*

- Coloque al niño boca abajo apoyado sobre las rodillas y en las palmas de las manos para que gatee en cuatro patas. Tome ud. la misma posición y avance hacia adelante para que el niño lo imite
- Coloque al niño boca abajo con el tórax y el abdomen, apoyados sobre una almohada o sobre una pelota y colóquelo al frente de objetos que le llamen la atención para que trate de cogerlos
- Coloque un juguete sobre el piso y pídale al niño que lo coja
- Acueste al bebé sobre una sábana, levante uno de los extremos de esta para hacer que el niño voltee y luego devuélvalo hacia el otro lado

Conducta del Lenguaje

- Repítale palabras como: ma-ma, pa-pa, da-da
- Háblele con mucha frecuencia y utilice palabras claras
- Dígale a las demás personas de la familia que llamen al niño por su nombre
- Utilice frases cortas para comunicarse con el niño, repítale el nombre de las personas
- Ofrézcale un juguete imitando el ruido que produce (run,run;chu-chu)
- Repita todas las palabras que el niño diga
- Dele juguetes y repítale el nombre de cada uno cuando se los entregue
- Juegue con el niño palmoteando o moviendo la cabeza para decir "sí" o "no"

Conducta Psicosocial

- Dele un juguete al niño, luego entréguelo otro, con el fin de que pase el que tiene en la otra mano
- Permítale llevarse los pies a la boca
- Haga palmaditas y empiece a jugar con el niño para que la imite
- Escóndase cerca del niño y llámelo por el nombre para que la busque
- Lleve al niño a pasear y nómbrele las cosas que hay a su alrededor
- Ofrezca al niño un recipiente de boca amplia con algunos objetos y anímelo para que los saque; luego ayúdelo a meterlos de nuevo dentro del recipiente
- Pídale al niño un objeto que tenga en la mano o esté cerca de él, si se lo entrega felicítelo
- Delante del niño esconda un juguete y luego pídale que lo busque
- Mantenga los juguetes del niño limpios y procure que sean de plástico sin puntas y deje que los muerda
- Préstele al niño un tarro con tapa para que lo abra
- Préstele un tambor y enséñele como tocarlo
- Entregue un juguete al niño y dígale el nombre, luego pídaselo por el nombre, para que él lo identifique
- Enséñele a decir adiós con la mano, realizando este movimiento y moviendo luego la mano del niño para que él lo imite
- Lleve al niño a pasear al aire libre y empiece a mostrarle los animales imitando el sonido que producen
- Cuando el niño despierte salúdelo alegremente.

De nueve a doce meses de edad Conducta motora

- *Coloque al niño cerca de una baranda o chambrana para que pueda pararse y dar pasos prendida de ella*
- *Coloque al niño apoyado sobre el borde de la cama, o de una baranda; aléjese un poco y llámelo para que vaya hacia ud. dando pasitos*
- *Coloque un pañal o toalla alrededor del tronco, por debajo de las axilas del niño, sosténgalo por detrás, al mismo tiempo que lo motiva para que dé pasitos*
- *Coloque un objeto sobre la mesa y pídale al niño que lo coja, tratando de que se esfuerce para alcanzarlo*
- *Coloque al niño, sentado sobre un sábana; levante un extremo de esta, no muy fuerte, como para hacerlo caer, para que el trate de defenderse*
- *Juegue con el niño utilizando un rollo armado con almohadas o cojines, haciendo que coloque los brazos hacia adelante y con el estómago apoyado sobre el rollo, trate de avanzar*

Conducta del Lenguaje

- *Haga sonidos con su voz (risa, murmullos, llanto) cerca del niño, tratando que él la imite. Cuando haga lo mismo felicítelo; si pronuncia un sonido diferente repítaselo*
- *Muestre al niño un juguete y al mismo tiempo que le dice como se llama, haga el ruido que este produce. Ejemplo un tren, chu-chu -Frente al espejo, juegue con el niño enseñándole palabras sencillas y haga gestos con la cara a la vez que le dice como se llaman las partes del rostro: ojos, nariz, boca etc.*
- *Cuando bañe el niño, dígale las partes del cuerpo: cabeza, manos, pene, piernas, pie, etc*
- *Dele ordenes cortas acompañadas de la acción: toma el tetero, dame la pelota*

- Muéstrelle las personas que estas a su alrededor y repítale el nombre de cada una. Cuando el niño repita alguna palabra, préstele atención y no lo obligue a pronunciarlas correctamente

Conducta Psicosocial

- Meta y saque objetos de una caja y haga que el niño repita la acción
- Entregue juguetes al niño y luego pídaselos por el nombre para que se los devuelva
- Ofrezcale al niño un sombrero, indicándole donde se lo debe poner
- Enséñele a decir adiós, agitando las manos. Primero realice ud. el movimiento y luego mueva la mano del niño para que lo repita
- Agite un juguete delante del niño para llama su atención y entrégueselo cuando trate de cogerlo
- Enséñele a hacer 'arepitas" con las manos, mientras juega o canta con el, pídale al papa que haga lo mismo
- Cuando le diga no, mueva la cabeza y haga que el niño repita la acción. Muéstrelle al niño una cosa realizando movimientos con ella y luego désela para que juegue con ella y quítesela. Muéstrelle de nuevo el objeto y ofrézcaselo, para que lo tome de su mano, pídaselo y cada que realice esta acción utilice las palabras: dame, toma, coge, suelta
- Dígale por favor, él le obedece con más gusto y aprende hacer lo mismo
- Coloque música suave para que el niño la escuche y anímelo a cantar canciones infantiles
- Cuando salga con el niño a la calle, dígale el nombre de los objetos y situaciones por las que demuestre mayor interés
- Introduzca y saque objetos sin punta de una caja, bolsa, canasta y trate de que el niño la imite. Entregue al niño una pelota y enséñele a tirarla devolviéndola en la misma forma
- Enséñele al niño a lavarse las manos antes de comer
- Permítale al niño coger los alimentos con la mano
- Juegue con el niño a escondidas y búsquelo varias veces, llámelo y hágase la que no lo encuentra -
- Despídase del niño, escóndase y cuando la encuentre, saludelo alegremente.

3.3.6. Alimentación del niño durante el primer año

ALIMENTO	EDAD EN MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Leche	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Jugo de frutas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Caldo de verdura carne molida			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
sopa verdura con carne de res pollo hígado leguminosas cereal			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Huevo			1 / 2	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cereales aaicionales al tetero				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Compotas de frutas frescas				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Puré de verdura				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Puré carne res pollo, hígado				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Sopas del día						X	X	X	X	X	X	X
Gelatinas y malteadas								X	X	X	X	X
Pan, galletas, to stadas y arepas						X	X	X	X	X	X	X
Carne molida de res, pollo, higa do						X	X	X	X	X	X	X
Frutas maduras						X	X	X	X	X	X	X
Puré de arveja lenteja o frijol						X	X	X	X	X	X	X
Idos los alimentos que come la familia, preparaciones sencillas y cantidad reducida						X	X	X	X	X	X	X

ESQUEMA DE ALIMENTACION DE 4 MESES A 7 ANOS

TIPO COMIDA	4 A 6 MESES	7 A 12 MESE	1 A 3 ANOS	4 A 7 ANOS
DESAYUNO	Biberón 6 onzas	bebida con leche 1/2 pocillo que so/sustituye 1 porción Harina 1 po grasa 1 cucharadita	bebida con leche 1 po queso/1/2 porción Harina 1/2 porción grasa una cucharadita	bebida con leche 1 pocillo, que so/sustituye 1 porción Harina 1 po Grasa 1 cucharadita
MEDIA MANANA	Jugo de frutas 3 onzas	Colada de bienestarina 1/2 pocillo	colada de bienestarina 1 pocillo	Colada de bienestarina 1 pocillo
ALMUERZO	Sopa licuada 1 pocillo	licuado sopa ver. 1/2p carne molida 1 cuchara, arroz 2 cucharadas grasa 1/2 p fruta 1/2p	licuado sopa ver. 1 po carne molida 2 cuch harina 1 po leche 1/2va so pequeño postre 1 porción	sopa 1 pocillo carne 1 por harina 1 porción grasa 2 cucharaditas leche 1/2 vaso peque
ALGO	biberón 6 onzas	Biberón 8 onzas	jugo de frutas 1 vaso	jugo de frutas 1 vaso
COMIDA	sopa licuada 1 poc. biberón 6 onzas	Licuada sopa verdura 1 pocillo carne molida 1 cucharada grasa 1/2 po fruta 1/2 porción	licuada sopa ver. 1 poc carne molida 2 cucharad grasa 1 cucharadita postre 1 po leche 1/2 vaso	sopa 1 po carne 1 po harina 1 po gras 2 cucharadita postre 1 po leche 1/2 vaso
MERIENDA	biberón 6 onzas	biberón 8 onzas	bebida con leche 1 poc	bebida con leche 1 pocillo harina 1 po grasa 1 cucharadita
BIBERONES AL DIA	4 biberones de leche maternizada de 6 onzas	3 biberones de leche integral al 100% de 8 onzas	No dar biberones	No dar biberones

1

3.3.8. Desarrollo Psicomotor

Es un examen esencial - junto con el de peso y talla - en el control del niño. Detecta y permite corregir tempranamente deficiencias en el área social, motora fina y gruesa, del lenguaje, evitando secuelas permanentes.

Solo el pediatra puede determinar si el niño está atrasado o no. Las siguientes pautas se basan en un promedio y tienen variaciones en cada niño, influenciadas por el medio familiar y la genética.

De cero a un mes. Sostiene momentáneamente la cabeza y la barbilla erguida al ponerlo boca abajo, mueve la cabeza, se calma con la presencia de mama, al intentar sentarlo, hecha la cabeza hacia atrás.

Uno a dos meses. Boca abajo sostiene la cabeza a la misma altura del tronco y levanta más fácilmente la barbilla aunque no completamente, al sentarlo descuelga menos la cabeza hacia atrás, sonríe momentáneamente, sigue juguetes de colores vivos si estos se le mueven un poco a los lados, igual que a las personas.

Dos a tres meses. Dice "agu", sigue los juguetes dentro de un campo visual más amplio, mantiene la cabeza erguida, pero después de un corto tiempo la "descuelga" hacia adelante, levanta la cabeza de la cuna 45 grados, fija la mirada hacia el juguete que le muestran, responde con una sonrisa, lleva objetos a la boca.

Tres a cuatro meses. Boca abajo, levanta prolongadamente la barbilla, tira de su ropa, retiene objetos por momento, desea atrapar lo que ve y o sigue en movimiento por 180 grados, observa el movimiento de sus propias manos.

Cuatro a cinco meses. Sostiene completamente la cabeza, mira al rededor muy interesado, junta las manos y juega con ellas, alcanza objetos con las manos, pero con poca exactitud, agita un sonajero, se excita cuando ve juguetes o el biberón, ríe a carcajadas, emite sonidos de placer al alzarlo, gira la cabeza hacia un sonido.

Cinco a seis meses. Puede permanecer sentado por unos segundos y después ladea el cuerpo, atrapa bien los juguetes, palmotea en el baño, arruga papel, sonríe ante un espejo, tira el sonajero y mira a donde va a parar, no coordina bien el índice y el pulgar cuando va tomar objetos pequeños, se coge los pies.

Seis a siete meses. Boca abajo, sostiene el peso del cuerpo y el abdomen con sus brazos, extiende las manos para que lo levanten, se siente bien con apoyo, da el bote completo, coge el tetero, y si le ofrecen un objeto tira el que tiene en la mano para coger el otro, bota el sonajero e intenta cogerlo, dice áaaaa", ríe cuando se le tapa la cara con una toalla.

Siete a ocho meses. Se sienta, pero se apoya con las manos adelante; se voltea fácilmente, sentado levanta la colita apoyándose en una mano, se mantiene de pie, con apoyo, por un corto tiempo, saca la cabeza fuera de la cuna, retiene un objeto cuando se le ofrece otro, lo pasa de una mano a otra, lo golpea contra una mesa, se lleva todo a la boca, acaricia su imagen en el espejo, repite ruidos (toser, reír, etc.), imita movimientos como sacar la lengua, mástica semisólidos, dice "ba, da, ka", come de una taza.

Ocho a nueve meses. Cuando se le levanta para alzarlo, inmediatamente estira las piernas buscando apoyo, luego las afloja, busca juguetes fuera de su alcance, entiende y responde a la palabra "no", dice "dada, ba-ba, ka-ka".

Nueve a diez meses. Se mantiene en pie apoyado en los muebles, se sienta con equilibrio por largo tiempo, diez minutos aproximadamente, logra arrastrarse hacia atrás y se moviliza rodando, puede recoger objetos pequeños y juntar dos cubos, se tapa la cara para evitar que se la bañen, sigue con concentración objetos y golosinas que le interesan.

Diez a once meses. Se pone de pie y se sienta con equilibrio, se arrastra hacia adelante, impulsándose con las manos, señala con el índice, tira de los vestidos de las personas para llamar la atención, aplaude, dice adiós con las manos, levanta los brazos y las piernas al vestirlo, comprende el significado de palabras sencillas, disminuye el deseo de llevarlo todo a la boca.

Once a doce meses. Cuando está parado, realiza una especie de zapateo, sentado puede inclinarse lateralmente, se cubre la cara con una toalla y juega a las escondidas, mete y saca objetos de recipientes grandes, dice palabras con significado no necesariamente inteligibles, deja caer objetos deliberadamente para que se los recojan, gatea.

Doce meses. Camina apoyado en los muebles o cogido de las manos, gira sentado para coger objetos, tira una pelota, da y toma juguetes, muestra interés por las imágenes sencillas de un libro, da un beso si se lo piden.

3.3.9. Así se expresa mi bebe.

Según la teoría de Carrol Izard, el bebé expresa sus emociones de cuatro maneras; llanto, mal genio, disgusto o alegría. Estas vienen desde el nacimiento y con el paso del tiempo adquieren mayor interés y exploración por parte del pequeño.

Catherine Bridge, quien también tiene su teoría afirma que el bebé aprende los gestos, después de los tres meses de edad, antes, lo que llamamos gestos, solo son actos reflejos, del ambiente en que se desarrolla. En esta época la manera más generalizada para demostrar la necesidad, es el llanto.

Contrariamente a lo que se cree, cuando el bebé comienza a hablar aumenta los gestos. Como no puede decir frases completas ni pronunciar correctamente, para poderse comunicar se ayuda con las expresiones del rostro, las manos y en general de todo el cuerpo. La mayoría de las veces los padres entienden esta forma de lenguaje y le responden de manera similar.

Es muy importante que el niño sienta cariño y calor humano de quienes lo rodean, especialmente de su madre. De allí depende el desarrollo de una buena relación entre los dos. El apego materno genera la

formación básica del menor. Si él le sonríe, la madre debe responder y estimular ese gesto, el bebé lo necesita.

Cuando se presenta algún tipo de rechazo, el niño lo capta de inmediato y lo manifiesta, por ejemplo, no queriendo dejarse alzar de esa persona; Una madre que está pendiente de su hijo e interpreta correctamente su forma de comunicación, le transmite todas esas sensaciones de seguridad y entendimiento mutuo al pequeño.

Así que no se trata de gestos al azar que realiza el bebé. Estos tienen el significado de formas de comunicación, especialmente con la madre, a través de su expresión el menor busca algo, demuestra su estado de ánimo, lo que le agrada o disgusta y lo que necesita.

Al mirar su mundo el recién nacido ve claramente a treinta centímetros de su cara. A los cuatro días de nacido ya identifica a su madre, puede seguir con sus ojos objetos si estas a veinticinco o a treinta centímetros de su cara. Puede mover sus ojos de un objeto a otro, si estas ubicados a una distancia de veinticinco a treinta centímetros de su cara, puede ver y diferenciar colores. Mira al contorno de los objetos (por el contraste entre su forma y el trasfondo). Puede elegir entre diferentes figuras y elegir la que prefiera.

A muchos les sorprende la preferencia de los bebés por los ojos de las personas y de los animales. Hilo es perfectamente natural; los ojos no solo ofrecen el contraste luz/oscuridad, si no que se mueven en todas las direcciones, incluso se agrandan o achican a medida que la pupila se dilata o encoge. Ayúdele a practicar a su bebé, iniciando desde las primeras semanas el contacto ojo a ojo.

3.3.10. Que alcanza a pensar mi bebé.

Un bebé llega al mundo con mucha más capacidad para dirigirse a sí mismo, de lo que su frágil apariencia física deja ver. Los recién nacidos comienzan su vida con una gran cantidad de reflejos que le ayudan a mantenerlos vivos. Chupan (para comer), eructan (para prevenir ahogarse) y agarran fuertemente lo que se les coloca en la mano.

Por supuesto necesitan de la madre para que los alimente y mantengan seguros, pero el bebé es sorprendentemente capaz de cuidarse a sí mismo, una vez que las necesidades básicas hayan sido establecidas.

Si se les da oportunidad se las arreglan con los retos que se les presentan. La primera vez que se acueste boca abajo siente que hay peligro y el mismo maneja una serie de respuestas internas que le permitan levantar la cabeza y voltearla para respirar.

Ese es un comportamiento reflejo defensivo que lo mantiene con vida. Pero también es la base para defenderse de situaciones futuras. A partir de este momento volteará la cabeza antes de que lo necesite.

Los recién nacidos también llegan al mundo equipados con una serie de comportamientos que les permite buscar lo que les place y evitar lo que les molesta. Por ejemplo: La madre le lleva el tetero o el seno a la boca, pero es el niño quien decide cuanta comida necesita. Se le puede estimular su interés, pero cuando ha comido suficiente, voltea la cabeza, hace algún gesto o llora. Esa es la primera evidencia de lo que se volverá una habilidad para pensar por sí mismo.

Es deber de los padres darle al niño oportunidades para que tome decisiones como estas por sencillas que puedan parecer. Desde luego, el temperamento, la personalidad, los genes y el ambiente en que vive cada niño le ayudaran a decidir el camino que tomara en su recorrido a la madurez. Pero los padres le pueden dar seguridad y facilidad para manejar sus necesidades y lograr un desarrollo progresivo del conocimiento.

Primer mes. Los comportamientos reflejos de chupar, succionar, agarrar y eructar estas presentes en el momento de nacer, para permitirle sobrevivir. Pero en pocos días, el bebé desarrolla la capacidad de escoger cuando, como y donde los utiliza.

El placer de buscar los comportamientos de sobrevivencia le permiten expresar satisfacción o insatisfacción, simplemente llorando o quedándose tranquilo en la cuna.

Surge la habilidad para distinguir la luz, ciertos patrones de conducta y los sonidos.

A los dos meses. Comienza a interactuar. Hace contacto con los ojos y responde a las voces y caricias de los padres. Ofrece una sonrisa social para devolver las atenciones.

Demuestra dolor, furia, excitación y júbilo a través de expresiones faciales, distintos llantos y lenguaje del cuerpo.

Comienza a anticipar placeres, tales como alimentarse. Repite acciones conscientemente y busca juegos repetitivos cuando esta aburrido.

De tres a cuatro meses. Reconoce juegos, móviles y otros objetos familiares. Demuestra preferencias alcanzando los que más le interesan. Expresa sus opiniones oralmente, llorando, riéndose o con lenguaje

corporal (volteando la cabeza, apretando los puños fuertemente). Anticipa actividades como voltear la cabeza en dirección donde algo va a suceder.

El desarrollo de su personalidad, se torna perceptible en la medida que va respondiendo a actividades que lo rodean. Por ejemplo se muestra descontento cuando hay mucha estimulación o permanece calmado sin importarle el ruido de un ambiente caótico.

A muchos les sorprende la preferencia de los bebés por los ojos de las personas y de los animales. Ello es perfectamente natural; los ojos no solo ofrecen el contraste luz/oscuridad, si no que se mueven en todas las direcciones, incluso se agrandan o achican a medida que la pupila se dilata o encoge. Ayúdele a practicar a su bebé, iniciando desde las primeras semanas el contacto ojo a ojo.

3.3.11. En casa con el bebé.

Los bebés necesitan amor. La necesidad más importante de su bebé es la ternura y el amor que usted le brinde, especialmente durante las primeras semanas, el necesitara pasar la mayor parte del día en sus brazos. El bebé necesita sentir la proximidad de su madre, como lo sentía antes de nacer.

Voz suave y ternura. Durante los primeros días en casa, el bebé podrá sentirse molesto. Combinados en un ambiente nuevo, una madre cansada y demasiadas visitas pueden causarle molestias. Todo lo que necesita es un ambiente tranquilo, una madre contenta descansada y mamar cuando él lo pida.

Cuanto más amamante, más leche tendrá. Los bebés que se alimentan del seno materno siguen un lapso de dos o tres horas desde el comienzo de una alimentación hasta el comienzo de la otra. Esto se debe a que la leche materna es digerida más rápidamente que la leche de vaca. El procedimiento general es así: Amamante a su bebé durante unos diez minutos de un lado; luego después del cambio de pañal o de sacarle los gases, cambie al otro lado durante el tiempo que usted y el prefieran, tal vez otros diez minutos, tal vez más tiempo. En la siguiente alimentación, invierta el orden, comenzando por el lado que se ofreció de último. Algunos bebés prefieren comer poco y seguido, otros prefieren comidas más largas, no lo apresure, tome su tiempo. Recuerde que durante las primeras seis semanas ambos están aprendiendo y con tiempo y paciencia resolverá los problemas que se presenten.

No hay necesidad de fórmulas. Cuando el bebé recibe el biberón puede perder interés en el pecho. Si después de amamantarlo aun parece tener hambre, es probable que necesite unos minutos más en el pecho. Recuerde que cuanto más amamante, más leche tendrá usted.

El bebé recibe suficiente leche. Algunas madres se preocupan de que cuando desaparece la plétora del pecho, también puede haber desaparecido la leche. La leche aún está allí, y su bebe al mamar mantendrá la provisión de leche que necesita. Si el bebé moja muchos pañales, entonces está recibiendo suficiente leche.

Lo que entra debe salir. Un bebe que mama no necesita agua, aun cuando haga mucho calor, si lo amamanta más frecuentemente generalmente resolverá la necesidad que pueda tener de ingerir mayor cantidad de líquido; nuevamente juzgue según los pañales.

Los bebes son de todos los tamaños. Muchos bebes pierden peso después del nacimiento, ya sean alimentados con biberón o con pecho, y pueden demorar hasta tres semanas en recuperar el peso del nacimiento.

Un chequeo mensual del peso en el consultorio del doctor es suficiente control en el caso de bebes sanos, y una libra de aumento mensual es un nivel aceptable.

Algunos bebes lactantes nunca tienen gases. Otros bebes tienen gases durante las primeras semanas o meses. Dele unas palmaditas suaves en la espalda cuando cambie de un pecho al otro, o cuando termine de amamantarlo. Si el bebé sigue molesto, sosténgalo un poco y se calmara. Si se duerme mientras está comiendo, no lo moleste despertándolo para sacarle los gases. Acuéstelo de lado o boca abajo.

Evacuaciones intestinales. El bebé lactante sin fórmulas ni sólidos) no padece de estreñimiento. Su excremento es más bien líquido y a veces solo produce una mancha en el pañal y varía de color. Puede tener hasta seis o más evacuaciones por día, o solo una cada cinco o seis días. Esto es normal, no hay razón para preocuparse.

Alimentación nocturna. Durante los primeros meses, es natural que el bebé se despierte durante la noche para comer, algunos bebes duermen toda la noche desde muy pequeños, otros despiertan durante la noche, bebe se despierte durante la noche para comer, algunos bebes duermen toda la noche desde muy pequeños, otros despiertan durante la noche, durante varios meses, ya sean alimentados con biberón o pecho.

Con un bebe que recibe la leche materna no hay problemas; dele el pecho y amamántelo, no hay necesidad de cambiarle el pañal si esta calientito.

El dormilón. A veces un bebe muy tranquilo dormirá cuatro o cinco horas sin parecer muy hambriento al despertarse. Si no está aumentando de peso necesita más comida, amamántelo más a menudo, por lo menos cada dos horas, con un lapso más largo por la noche. Muchas veces el manejo adicional lo despierta y la mayor frecuencia en la lactancia aumentara su provisión de leche.

Aumento en la demanda. A las seis semanas más o menos, el apetito de su bebe aumentara bruscamente y el se lo hará saber pidiéndole comida más a menudo. Si lo amamanta con mayor frecuencia aumentara la cantidad de su leche al ajustarse a las exigencias del niño. Recuerde que cuanto más amamante, más leche tendrá.

Sigue molesto el bebé?. A veces su bebe llora por otras razones que no son simplemente el hambre. Cualquiera que sea la causa, trátelo con calma y ternura, cámbiele el pañal, sáquele los gases o envuélvalo en una cobija. Luego amamántelo de nuevo, simplemente para confortarlo, puede ser que sienta solo, no tenga miedo de malcriarlo.

Alimentos sólidos. La mayor parte de los bebes sanos no necesitan comidas solidas hasta mediados del primer año. Si le da alimentos sólidos muy pronto disminuye la provisión de leche y aumenta el riesgo de alergias. Lo único que su bebe necesita durante estos primeros meses es a usted y a su leche, aproveche y disfrute esta maravillosa

Manténgase calmada. Los bebes necesitan una madre descansada, limite la cantidad de visitas y el trabajo de la casa, durante las primeras semanas y acuéstese temprano. Acepte los ofrecimientos de quienes desean ayudarla y así tendrá más tiempo para dedicarle al bebe. Trate de conseguir una mecedora y úsela a menudo.

Aliméntese bien. Siga las reglas de una alimentación o dieta básica balanceada, tome suficiente líquido para evitar el estreñimiento, tendrá más sed que de costumbre, tome un bocadillo o una bebida adicional antes de darle el pecho al bebe. No evite ningún tipo de comidas excepto aquellas que puedan causarle alergias. Sin embargo, es buena idea comer muchas frutas y vegetales verdes, carnes, pescado, huevos y queso y evitar los dulces.

o de alergias. Lo único que su bebe necesita durante estos primeros meses es a usted y a su leche, aproveche y disfrute esta maravillosa oportunidad de conocer a su bebe amamantándolo.

Manténgase calmada. Los bebes necesitan una madre descansada, limite la cantidad de visitas y el trabajo de la casa, durante las primeras semanas y acuéstese temprano. Acepte los ofrecimientos de quienes desean ayudarla y así tendrá más tiempo para dedicarle al bebe. Trate de conseguir una mecedora y mecerlos, de modo que es aconsejable bajar la parte del frente del sostén y dejarlo abierto la

mayor parte del tiempo. Trate de amamantar con mayor frecuencia, pero por tiempo menor, después use lanolina pura. La lanolina pura no es nociva para el bebé y si se usa con moderación no es necesario quitarla antes de amamantar. Algunos médicos recomiendan aspirina para aliviar el dolor. De todos modos los pezones dolorosos son un problema transitorio, de esto esté segura.

Si su leche gotea, póngase un pañuelo limpio dentro del sostén o disimuladamente oprima firmemente con su mano o su brazo contra el pezón si siente que la leche está bajando. Con el tiempo cada vez habrá menos pérdida de leche a medida que la provisión se ajusta a las necesidades del bebe. Algunas madres nunca tienen este problema aunque tengan mucha leche.

Finalmente lo más importante para tener éxito al amamantar es tener confianza en usted misma. A medida que pasan las semanas su confianza aumentara, y usted sentirá más orgullo y satisfacción de amamantar a su bebé.

3.3.12. Guías para el destete.

- Introducir los nuevos alimentos, dando uno solamente cada vez a intervalos semanales.
- Asegúrese de que el niño se encuentre dispuesto (fisiológicamente), para ingerir alimentos que no sean líquidos.
- Continuar dando alimentos lácteos al destetar al niño; de modo gradual, se disminuye su cantidad y se aumenta la de los otros.
- Servir los alimentos a la misma hora y a los mismos intervalos del día.
- Ofrecer los alimentos sólidos en pequeñas cantidades, aumentando de manera progresiva y en forma paralela al crecimiento del niño.
- No forzar la ingestión de alimentos cuando el niño no los acepte de inmediato. En estos casos, se espera una o dos semanas y luego se le vuelve a ofrecer el alimento, en igual o diferente preparación.
- Si el niño experimenta reacciones fuera de lo común al tomar un nuevo alimento, debe suspenderlo inmediatamente y remitirlo al médico.

Objetivos de la alimentación complementaria.

- Contribuir al desarrollo psicomotor al introducir consistencias, colores, olores y texturas a través de los alimentos.
- Formar la base de un régimen alimentario adecuado para la vida adulta, es decir, iniciar hábitos alimentarios a tiempo.

- *Complementar los nutrientes que ofrece la leche y diversificar la dieta. El aprendizaje a través de los alimentos se completa con el uso de los biberones, cucharas, platos, pocillos, etc., los cuales irán variando en relación a la edad del niño y al alimento que desee introducir. Cuando se ofrece un sustituto de la leche materna, se recomienda dar el biberón, ya que el niño lo relaciona con el seno y succiona para extraer alimento, el chupo es de material cálido terso, flexible como el pezón; el niño recibe calor humano al ser alimentado en brazos.*

El uso de cuchara desde temprana edad(antes de tres meses) inicia un aprendizaje diferente y tal vez desestimulante de la lactancia; En vez de succionar debe llevar el alimento desde la punta de la lengua hasta la parte posterior del paladar; además cabe anotar lo poco grato que resulta el contacto con materiales fríos o duros.

Es importante resaltar que con frecuencia el término de la lactancia ocurre a los cuatro meses o antes y justamente en esta época se inicia la introducción de alimentos con sabores y consistencias diferentes a la leche materna.

4. MODULO FUNCION SOCIAL DE LA FAMILIA

4.1. JUSTIFICACION

El niño desde antes de nacer empieza a formar parte de un grupo familiar, en el cual adquiere sus primeras experiencias, satisface sus necesidades y aprende a recibir y a dar afecto.

La familia se define como un grupo de personas, unidas por lazos de consanguinidad o afectividad que conviven bajo un mismo techo o en diferentes viviendas, pero en quienes existe comunicación permanente, apoyo y participación en la satisfacción de necesidades de todos sus miembros

A través de la familia se transmiten creencias, hábitos, normas, valores, etc. No solo por medio de la educación sino y en forma más definitiva, por la conducta que observen sus diferentes miembros.

Siempre se pertenece a una familia y no se puede escapar a su influencia, aun cuando se aleje de ella para construir otra.

4.2. OBJETIVOS

- Reconocer la influencia que tienen los patrones de crianza en el desarrollo del niño
- Dar orientación a la pareja de manera integral, para que pueda crecer en el conocimiento personal y vivir más auténticamente
- Identificar la importancia del juego en el desarrollo de los diversos procesos psicológicos del niño.
- Reconocer cuando existe maltrato al menor, sus manifestaciones, causas y consecuencias

202

4.3. TEMÁS

4.3.1. La familia

A pesar de las transformaciones que ha sufrido la familia, en su estructura, esta no se acaba. Ha cambiado la forma de asociación de las personas, pero sigue existiendo la unidad familiar.

Cada niño que nace desencadena diferentes reacciones al medio que llega, como lo plantea Aramoni (1983) "una vida simplemente no comienza, otra se inicia desde mucho antes de nacer, una más se desorganiza de inmediato en cuanto alguien toma participación en el cosmos, alguien sufre el impacto de algo tan horrible como el abandono, el intento de homicidio, la humillación y la vergüenza. Alguien es esperado con esperanza y fe, alguien produce la muerte de su madre y lleva desde el inicio la culpa. Uno llena de alegría el hogar, otro lo llena de tristeza. Alguien es una vida que empieza y deberá levantarse sobre ese sustrato que lo recibió al nacer."

En los primeros años de vida la familia es esencial para la supervivencia física y psíquica del niño. Constituye la primera fuente de amor y de afecto; satisface todas o la mayoría de sus necesidades fisiológicas y psicológicas y de ella adquiere la mayor parte de su primer aprendizaje.

La familia ha sido y será el medio, en el cual se forja el hombre, y de la buena calidad de ese medio, va a depender el buen ajuste del niño a él. Muchos conflictos con los hijos, tienen su causa en las motivaciones que los padres tuvieron para traerlos al mundo.

Hoy en día las parejas, tienen a su alcance toda la información necesaria, para decidir cuándo y cuantos hijos van a tener. Sin embargo son muchos los intereses y motivos que los impulsan a procrear; para no quedarse solos, para atar la pareja, para compensar la falta de afecto de la pareja, o como sucede en la

mayoría de los casos, por una falla en el método anticonceptivo, terminando por aceptar ese hijo por qué no hay más que hacer.

Si la pareja decide unirse por motivos económicos o por razones diferentes y no hay amor entre ellos, será muy difícil que haya también comprensión y respeto, elementos indispensables para educar bien a los hijos.

Si es cierto, como lo sugiere Bloom, (1961) que " cuando el niño ha alcanzado la edad de cinco años, las dos terceras partes de su capacidad intelectual ya se han desarrollado plenamente" entonces, nunca se insistirá bastante en la importancia que la familia tiene en los primeros años de vida. El proporcionarle una vida social rica a un niño es lo mejor que se puede hacer para garantizarle su buena salud mental.

El clima afectivo que reine en el hogar donde crece el niño, tendrá una decisiva influencia en su vida. Todos los miembros de la familia establecen relaciones entre si y con el niño que estarán contribuyendo a la formación de su personalidad.

El amor es la base sobre la cual se estructura la personalidad del niño y este amor le debe ser proporcionado por todos los miembros de la familia. De nada sirve darle alimento al niño y mantenerlo limpio y bien vestido, sino se le da afecto. El niño percibe cuando no lo quieren, se siente rechazado, se vuelve apático retraído y tanto su desarrollo físico como psíquico seguirán un proceso anormal. Todos los niños necesitan amor para crecer psíquicamente bien. El hombre madura con el amor.

Aunque la madre es la primera persona con quien el niño establece una relación, que es una de sus necesidades elementales. Si para el ser humano es difícil aceptar la soledad, para un niño es imposible. Para el la soledad es patógena, porque lo aliena de su espacio inmediato. Como permanece a la expectativa de la persona que va a llegar a darle el afecto y esta expectativa no se resuelve, se asocia con las sensaciones viscerales que esta conlleva y termina por convertirse en la expectativa de estas sensaciones que toman lugar del objeto que nunca vuelve.

La vida familiar aparece cuando surge la duración en la relación entre los sexos, cuando surge la voluntad de prolongar en forma de comunidad, de vida lo que podría ser un encuentro sin mañana.

La vida familiar tiene como característica dar atención a las personas en su identidad particular, en su originalidad específica.

La organización en la vida familiar, significa organizar deliberadamente con el propósito de que persista la relación de los progenitores y de los hijos.

Hoy la familia se reduce a los esposo y a los hijos; cuatro o cinco personas. Este forman un grupo de relaciones íntimas en la cual una de las personalidades tiene un valor propio, impone su individualidad, es valorada en sí, se halla reducida a las relaciones de afecto, apoyo moral, educación. Todos los miembros de la familia en general gozan de cierta autonomía. Aparece entre esposos y entre padres e hijos su espíritu de unión y camaradería.

El fundamento esencial de la familia es el amor. Cuando las personas se unen directa y libremente lo hacen con base en este. Este amor es exigente, no acepta ser compartido, por eso los jóvenes dan gran importancia a la fidelidad. En el amor se entrega el Ser; se afirma con razón que la profunda unión en el matrimonio es lo primero que necesita el hijo. Actualmente los padres tienden a ofrecer un gran afecto a los hijos y esto se manifiesta en el interés por su formación intelectual y moral y el desarrollo de su personalidad.

Las relaciones familiares afectan el carácter del individuo, al padre la madre y cada uno de los hijos. La familia es un tejido complejo y difícil de desarticular, pues todo lo que afecta a los padres, afecta también a los hijos y viceversa.

Para que los efectos de la vida familiar sobre los hijos sean positivos es necesario que los padres, hasta donde sea posible gocen de felicidad en los diferentes aspectos de su vida y en sus distintas relaciones. Es deseable que los padres eviten con sus hijos relaciones emocionales inadecuadas y conductas rígidas hacia estos. El cariño de los padres favorece el óptimo desarrollo de los hijos en los diferentes aspectos.

Se espera que los cónyuges se complementen al máximo posible, para que así puedan responder a las exigencias propias del desarrollo y formación de los hijos. Cada uno de los esposo aporta lo que este a su alcance según su naturaleza específica, características particulares y personalidad propia. Desde luego que los hijos, cada uno en particular, ofrece su aporte y una atmósfera sui generis dentro del contexto hogareño o familiar. La cooperación en la serie tarea de formar a los hijos y el compañerismo durante los muchos años que esto implica, produce una relación importante y enriquecedora para las partes.

La paternidad es muy significativa en la familia con todas las pasiones que la acompañan. El hijo puede ayudar a nuevas perspectivas, ilusiones, metas, satisfacciones y afanes.

El hijo trae consigo muchas situaciones nuevas para la pareja y para cada uno como pareja.

La relación madre - hijo es la primera forma de familia que experimenta el niño; esta puede presentarse de diversas modalidades, de las cuales las más frecuentes son:

Familia conformada por el padre, la madre y los hijos, se presenta en casos de unión legal y unión libre permanente

Familia integrada básicamente por la madre y los hijos, el padre está presente esporádicamente en el grupo familia. Se presenta en casos de separación y unión libre esporádica.

Familias extensas: Conformada por la madre, los hijos y otras personas de la familia de origen como abuelos y tíos. Sucede en casos de madresolterismo, separación y viudez.

Cada una de estas modalidades de familia, presenta características específicas en la relación padre - madre - hijos que inciden notablemente en el desarrollo psicoafectivo del niño, en su formación intelectual y en su capacidad para relacionarse con el mundo externo.

Algunos problemas de desarrollo del niño, como el aislamiento, la hiperactividad, el bajo rendimiento escolar y la agresión, estas asociados con la forma como los padres se relacionan con él y la clase de estímulos que recibe de su medio familiar y social.

La actitud de los padres hacia sus hijos depende de diversos factores psicológicos, emocionales, sociales y culturales que actúan sobre su comportamiento, la mayoría de las veces en forma inconsciente. Entre estos factores sobresalen los siguientes:

- Privación afectiva de la figura materna

El niño desde su nacimiento necesita poseer una relación afectiva fuerte con la madre u otra persona que le exprese cariño, le resuelva sus necesidades básicas y le dé los estímulos sociales necesarios para su desarrollo.

Aunque la ausencia de esta relación en los tres primeros años es más grave y produce un efecto irreparable en el desarrollo del niño, la falta de una relación afectiva fuerte y permanente durante toda su infancia, tiene un gran impacto en su estado emocional.

La privación afectiva de la figura materna se presenta cuando el cuidado del niño se limita a la atención de sus necesidades básicas sin expresarle cariño y protección.

Generalmente este cuadro es brindado por otra persona diferente a la madre o por la madre misma, dentro de una relación de rechazo, a su nacimiento. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres adolescentes o adultas jóvenes, carentes de apoyo de su pareja, o de su grupo familiar; el nacimiento del niño puede ser considerado un obstáculo en el desarrollo de proyectos personales o una carga económica ineludible.

El rechazo al hijo desencadena una serie de comportamientos agresivos hacia el niño, expresados en malos tratos físicos y verbales, ausencia de expresiones de afecto, negación o tardanza en los cuidados requeridos por el niño, rechazo a la búsqueda de cariño y a sus expresiones afectivas.

La privación psico-afectiva "no es la ausencia de la madre en sí, sino la ausencia de una interacción con el niño que le proporcione el afecto necesario para desarrollarse normalmente".

- Dificultades en la pareja para ser padres.

"Ser padre" es el término que integra una serie de comportamientos y habilidades de la pareja que le permiten conocer y atender en su hijo las necesidades de cuidado, protección, educación, afecto y socialización.

La mayor parte de este conocimiento y atención se realiza en forma inconsciente, determinado básicamente por lo que se ha vivenciado de los padres, ya que en ninguna sociedad, e capacita a los adultos para "ser padres", por lo tanto, los únicos modelos de educación de los hijos son los padres de cada uno, permitiendo que los patrones culturales, las normas y valores, y aun los errores en la crianza de los hijos, sean transmitidos de generación en generación, sin sufrir modificaciones.

Algunas personas presentan grandes dificultades en su función como padres, y la mayoría, en algún momento se comportan en forma ambivalente ante la educación de los hijos, asumiendo simultáneamente comportamientos agresivos y protectores.

Esta ambivalencia proporciona en el padre sentimientos de angustia e inseguridad frente a sus aptitudes para relacionarse con sus hijos, y en el hijo, sentimientos de inseguridad, inestabilidad y temor hacia el cariño que le expresan sus padres.

"El maltrato no es un acto racional, generalmente no es premeditado y va seguido de un profundo pesar y un sentimiento de culpa por el daño causado el hijo" (Kempe 1985).

Las experiencias afectivas del padre y de la madre, en su infancia, especialmente la forma como fueron castigados y las expresiones de cariño o rechazo que recibieron, inciden notablemente en la forma como se comportan con sus hijos y en su capacidad para expresar afecto.

Existen además otros factores relacionados con las expectativas de los padres frente al hijo y con la satisfacción que el hijo proporcione a los padres, lo que hace suponer, que el hijo requiere tener permanentemente un valor afectivo o un significado especial para sus padres, que incide en sus aptitudes y habilidades para "ser padres".

- Relaciones familiares conflictivas

Los conflictos en la pareja y las frecuentes manifestaciones de agresión verbal y física entre los cónyuges, dan lugar a estados de tensión emocional en ellos y en los hijos, que limitan su capacidad para percibir y enfrentar de manera racional las dificultades presentes, dando lugar al surgimiento de nuevos problemas en la relación padres - hijos o a intensificar los ya existentes, debido a una reducción en su capacidad para tolerar y aceptar los comportamientos de los hijos, sus travesuras y errores, que ocasionan un aumento en la frecuencia y la intensidad de los castigos.

Apoyados en el rol de autoridad paterna, frecuentemente el padre o la madre descargan sus tensiones emocionales en los hijos más pequeños directamente, o a través de castigos físicos, o indirectamente mediante una atmósfera de tensión emocional que percibe el niño y que afecta notablemente su estado emocional y desarrollo psicoelectivo.

208

- Trastornos de personalidad

Con alguna frecuencia se observan perturbaciones emocionales en los padres, manifestadas también en su comportamiento con las demás personas, y en una tendencia a reaccionar en forma agresiva ante situaciones familiares, laborales o sociales que le causan conflicto.

Estos padres no logran ver al hijo como una persona con necesidades, sentimientos y derechos diferentes a los suyos, poseen una imagen distorsionada de sus hijos, que les permite interpretar todos sus comportamientos como una rebeldía dirigida hacia ellos y como una falta de reconocimiento a la autoridad paterna.

La imagen distorsionada del hijo y de la autoridad paterna, los lleva a asumir una actitud rígida y autoritaria, como defensa ante sus propios conflictos y un temor a perder su imagen como padre (Kempe 1985).

Estos padres mantienen con sus hijos una relación que les permite llenar las carencias afectivas de su infancia y depositar en ellos, la mayoría de sus comportamientos patológicos; esperan de sus hijos, actitudes que ellos mismos no están en condiciones de asumir y emplean mecanismos como el castigo cruel, para exigirle al niño, se comporte como ellos desean.

Los padres que mantienen una relación agresiva con sus hijos, poseen una capacidad limitada para adaptarse a su vida adulta, frecuentemente presentan crisis emocionales en la relación con su pareja, en el trabajo, o con sus amigos, tienden a aislarse en los períodos de crisis, en los cuales no solo repiten los comportamientos que sus padres asumieron con ellos, sino que son incapaces de mostrarse en desacuerdo con ellos.

Estas perturbaciones generalmente van acompañadas de un fuerte vínculo entre la madre y el hijo, o entre el hijo, el padre y la madre, en una relación de interdependencia patológica, donde los padres se refugian en el hijo, y este se refugia en los padres, desarrollando en el niño estados de inestabilidad emocional, inseguridad y dependencia en su comportamiento.

En las madres que presentan tendencias a la depresión existen fuertes bloqueos emocionales en la relación con su hijo. Cuando la madre se encuentra afectada por conflictos personales, en su pareja o de otro tipo, establece una relación casi automática con el hijo, lo puede alimentar, cuidar, cargar y hasta acariciarlo, pero no le transmite el cariño que se establece en la relación madre - hijo, el niño percibe esta ausencia y responde de esta misma forma (Kempe 1979).

Es necesario prestar especial cuidado a los gritos e insultos, dirigidos hacia el niño, o hacia otra persona en su presencia, ya que estos, además de estimularlo a expresarse en esa forma, pueden causarle inestabilidad emocional e irritabilidad.

Frecuentemente se emplean como formas educativas, gritos, amenazas e insultos que ponen en ridículo al niño, y con lo cual muy poco se logra que cambie de comportamiento, por el contrario se consigue que actúe con inseguridad, timidez y temor hacia sus padres, incapaz de asumir responsabilidades por simples que sean.

Alrededor de los dos años y a través de comunicación verbal, y de la forma como se comportan sus padres y demás personas que estas cerca de, el niño va adquiriendo normas de higiene, de aseo, y de relaciones con los demás.

Durante este periodo la comunicación se dirige básicamente hacia el interés de la madre, para que el niño aprenda a controlar esfínteres. La forma como se da esta comunicación, va a incidir en su comportamiento posterior. Si se le enseña a través del castigo, será más difícil para el niño el aprender a controlar su cuerpo, vivirá con gran temor cada vez que ensucie su ropa, lo cual dará lugar para que se sienta inseguro.

No se debe esperar del niño el control de esfínteres diurno antes de los dos años y nocturno antes de los tres años.

Desde los tres años hasta los seis o siete, el niño inicia una etapa caracterizada por la curiosidad sexual, en la cual busca comunicarse a través de su cuerpo y su lenguaje oral, para conocer el mundo externo y básicamente para conocer su cuerpo y el de quienes lo rodean.

La comunicación de los padres con el hijo, en este periodo se caracteriza por la tendencia a reprimir y ocultar el conocimiento que busca el niño. Suelen presentarse los regaños, castigos y rechazo o evasión a las preguntas que hace el niño, entonces empieza a conocer otras formas de comunicación como los silencios y los gestos, los cuales interpreta como regaños por haber actuado mal. En esta forma se

establecen barreras en la comunicación padres - hijos, y el niño evita preguntar a sus padres sobre " lo que no se debe hablar".

El niño va conociendo y asimilando los silencios en el tema de la sexualidad, va identificando el cuerpo y la sexualidad como "algo malo". Es necesario entender la importancia de la comunicación clara y oportuna con el niño sobre sus necesidades y las relaciones afectivas, comunicación que solo es posible cuando sus padres y las personas que viven en su alrededor poseen una vida sexual sana.

Significado de la autoridad

En todos los grupos sociales existen relaciones jerárquicas y de autoridad, que permiten transmitir las leyes y normas establecidas socialmente, con el fin de poner límites al comportamiento y establecer pautas de convivencia social.

La autoridad no debe confundirse con el autoritarismo; este pretende imponer algo que generalmente es rechazado, porque no corresponde a la realidad o por que puede afectar negativamente a las personas sobre quienes se quiere imponer. En el autoritarismo generalmente se emplea la fuerza física.

En la familia como en todo grupo social, existen relaciones de autoridad que facilitan la transmisión de normas y valores sociales, y en esta forma desarrollar el proceso educativo de los hijos desde los primeros años.

La función principal de la autoridad en la educación de los hijos, es la posibilidad de brindarle al niño valores sociales y normas de comportamiento que le permitan asumir en forma responsable y consciente las decisiones y tareas de su vida adulta.

La autoridad en la familia, es ejercida principalmente por el padre y la madre, razón por la cual son considerados como figuras de autoridad.

Significado del padre

El padre es la primera figura de autoridad familiar y se le considera como figura paterna; en el estas representadas las normas y leyes que transmite la cultura a través de la familia, permitiendo que este asuma una participación activa en la formación del hijo, desde cuando inicie sus relaciones con otras personas y la adquisición de normas sociales.

La actitud del padre como figura de autoridad y su capacidad para expresar afecto al hijo, son cualidades que el hombre va desarrollando a partir de la identificación con su propio padre, y de los elementos que adquiere en la cultura. Estas cualidades son necesarias para que el niño lo reconozca como padre, lo quiera y le tenga confianza.

El padre gana el afecto, el respeto y la obediencia del niño con su actitud protectora, y de participación directa en su cuidado, con normas claras y precisas, evitando asumir comportamientos agresivos, bajo el nombre de autoridad, que dan lugar a sentimientos de rechazo y temor del hijo hacia su padre.

Es necesario que el padre sea consciente de su función paterna y reconozca la necesidad de transmitir al niño normas y valores, enseñándole a delimitar entre "lo bueno" y "lo malo", a respetar, obedecer y establecer controles en sus impulsos.

Significado de la madre

Desde el nacimiento y durante todo el proceso de formación del niño, la madre es una figura protectora que combina la autoridad con el afecto, el cuidado y la educación.

En una sociedad como la nuestra, donde la madre es el centro de la vida familiar, le corresponde a esta cumplir una función esencial en la transmisión de normas y valores. Es ella quien inicia la enseñanza al niño de las normas de higiene, de alimentación y de relaciones sociales, le enseña los valores de respeto y obediencia. El padre como figura de autoridad, entra a reforzar y a controlar el cumplimiento de estas normas.

La madre es el vínculo de relación entre el padre y el hijo, y de acuerdo al significado que el hombre tenga para ella como esposo y como padre, será el valor que transmitirá al hijo.

El padre para representar autoridad en la familia, debe tener significado, no solo para el hijo, sino también para la madre; si el padre no ejerce la autoridad o si es puesta en duda, por la madre, lo más frecuente es que surjan contradicciones entre ellos; que dan lugar a que se imponga la autoridad de la madre sobre la del padre y a la creación de conflictos en la asimilación de normas por parte del niño y en la valoración que este haga de sus padres como figuras afectivas y de autoridad.

Cada vez es más frecuente la existencia de familias conformadas solo por la madre y los hijos, lo cual hace que sea esta u otras personas las responsables directas de la educación y la economía familiar. Por

lo tanto, les corresponde ejercer la autoridad en la familia, permitiendo que el niño conozca e interiorice en su comportamiento las normas y valores socialmente establecidos.

Es necesario que la madre o la persona responsable de su cuidado, asuma dicha autoridad en forma clara, que permita al niño desarrollar sentimientos positivos hacia ella como figura afectiva y al mismo tiempo, asumir la disciplina y las normas que la transmite, es decir que la madre, logre identificarse como figura de autoridad.

4.3.2 Maltrato al menor

Se considera maltrato al menor, cualquier forma de relación agresiva de un adulto (padre, madre, hermano, abuelo, maestro etc) con un menor, que afectan su desarrollo integral, ocasionándole traumas físicos, emocionales y psíquicos, en forma temporal o permanente.

Alrededor de este problema, existen en la sociedad desde la antigüedad, diversos factores sociales, políticos, económicos, culturales y familiares que promueven un ambiente hostil, carente de condiciones necesarias para el desarrollo integral del niño.

Formas de maltrato

El maltrato al menor presenta algunas características específicas que permiten, hablar de "formas de maltrato", las cuales no son excluyentes y por el contrario pueden presentar interrelaciones estrechas que dificultan su diferenciación.

Entre estas formas sobresalen las siguientes:

- **Abuso físico.** Es la forma de agresión de los niños que se identifican con mayor frecuencia, caracterizado por la fuerza física, en forma intencional -no accidental- o por comportamientos negligentes, que afectan su salud, asumidos por los padres o cualquier persona responsable de su cuidado.

El abuso físico es ocasionado con mayor frecuencia a través de los castigos aplicados mediante el empleo de golpes con la mano, pies, palos, hierros o alambres; estrujones, quemaduras, estrangulamiento o ahogamientos, y puede ser detectado por las lesiones observables en el cuerpo del niño como moretones, heridas, fracturas, quemaduras o amputaciones.

El abuso físico por negligencia se expresa básicamente en: negación intencional de alimentos, descuido en caso de enfermedad que pueden llevar al niño a un estado de gravedad o muerte, descuido en la higiene o aseo corporal, accidentes frecuentes o destinación del niño a tareas superiores a sus condiciones físicas como cargar objetos pesados, cocinar, planchar, limpiar pisos y ventanas altas.

En la detección del abuso físico frecuentemente se observa contradicción entre la explicación que da la familia, a la forma como se produjo la lesión, el estado físico y el comportamiento del niño. Generalmente se observa temeroso, silencioso y elude la presencia y aun la mirada de sus padres o de la persona que lo acompaña.

Abuso emocional. Se caracteriza por la carencia o presencia insuficiente de figuras afectivas positivas para el desarrollo del niño.

Puede expresarse en diferentes formas: Abandono absoluto, consistente en privar al niño de la presencia de figuras adultas que se responsabilizan de su cuidado y desarrollo integral.

Abandono relativo. Puede presentar las siguientes modalidades: rechazo a la presencia o a los comportamientos del niño. Empleo de gritos, insultos, aislamiento, amenazas, atemorizaciones, como métodos educativos. Falta de estímulos afectivos, intelectuales y sociales. Encierro del niño. Exigencias en el cumplimiento de roles adultos que exceden las capacidades físicas y emocionales del niño.

Exigencias en el rendimiento deportivo o intelectual que superan sus condiciones de desarrollo. Utilización del niño para encubrir problemas de la pareja o para chantajear otra persona.

Estas modalidades de abuso emocional, aunque no dejan signos visibles de maltrato, si producen serias consecuencias en la formación de la confianza básica del niño, su estabilidad emocional y desarrollo intelectual.

Los signos físicos que presentan mayor asociación con el abuso emocional son: bajo peso, retraso en el desarrollo del lenguaje y otras áreas, dificultad de concentración, aislamiento, desconfianza, desmotivación, hiperactividad, agresividad hacia objetos, personas, o hacia sí mismo.

Abuso sexual. Es una de las formas de maltrato que se ejerce con mayor frecuencia pero que menos se conoce, generalmente es ocultado por el menor, ante amenazas del adulto, o por sus padres con el fin de evitar sanciones legales o censuras sociales.

El abuso sexual incluye todo tipo de comportamientos sexuales con menores, utilizando o no la violencia física, pero siempre asaltando su voluntad. Las principales formas de abuso sexual son: incesto (acto sexual entre padres e hijos, o entre hermanos), violación sexual, estimulación sexual directa (caricias y manipulación de genitales), o indirecta (pornografía y exhibicionismo).

La vinculación de menores a la prostitución, además de ser una forma de abuso sexual, es también una forma de abuso económico, que afecta notablemente el desarrollo físico emocional y moral de los menores vinculados a esta actividad.

Los principales signos físicos del abuso sexual son: desgarros vaginales, hematomas en tejidos blandos, infecciones vaginales, enfermedades venéreas, ruptura de himen, laceraciones en vagina o ano.

Abuso económico. Consiste en la vinculación del menor en actividades laborales bajo condiciones que ponen en peligro su salud física, emocional y social. Incluye la explotación comercial del menor a través de la mendicidad, al mercado de drogas, la prostitución u otra forma de mercado ilegal.

El trabajo de menores, generalmente consiste en actividades simples del sector no formal que requieren poca capacitación y cuya vinculación laboral se realiza en condiciones de abuso y explotación de la fuerza de trabajo.

Los principales signos de abuso en los menores trabajadores son: accidentes, enfermedades adquiridas en el trabajo, intoxicaciones, desnutrición, ausencia de prestaciones sociales legales, y de oportunidades para el ejercicio de actividades propias de su edad.

El trabajo en medios de mayor peligro como la vía pública, sectores de prostitución, bares y delincuencia, implican otros riesgos como heridas por balas o armas cortopunzantes, accidentes de tránsito, intoxicaciones por bebidas alcohólicas y alimentos en descomposición.

Impacto del maltrato en el menor

En el menor maltratado se observan comportamientos que aunque muestran una mayor relación con el problema, no pueden señalarse como exclusivos del menor víctima del maltrato, son manifestaciones de características emocionales y sociales propias de la infancia como: ser travieso, desobediente, mentir, o tener problemas disciplinarios en la escuela que permite señalar como el maltrato está relacionado más con características de agresividad en los padres, que con motivos ocasionados por el niño.

Generalmente estos padres tienen una imagen distorsionada de sus hijos; considerándolos como "malos", 'dañinos" y que se comportan intencionalmente para provocar su enojo.

El niño al mismo tiempo percibe a sus padres como personas "malas" que no los quieren y desean deshacerse de él. Las imágenes distorsionadas de los padres hacia el hijo y del hijo hacia sus padres, dan

lugar a que en ambos, se desarrollen sentimientos de desconfianza, rechazo y temor a causarse daño; el niño teme la presencia del padre y los padres temen la presencia de los hijos.

Este impacto emocional se expresa en todos los comportamientos del niño: agresividad hacia sí mismo, hacia objetos o personas, pasividad, aislamiento e indiferencia hacia lo que sucede a su alrededor; problemas escolares como retardo en el aprendizaje, dificultad de concentración, deserción escolar o pérdida de años escolares.

El maltrato es entonces, un problema fundamentalmente de relación entre padres e hijos, que requiere un conocimiento profundo de lo que significa el hijo para sus padres, de los patrones que poseen para su crianza, de la personalidad de los padres y la forma como reaccionan ante los conflictos externos.

La prevención del problema debe partir básicamente del análisis de estos elementos, con el grupo familiar, que lleven a identificar al niño como una persona importante y necesaria para la familia y la sociedad, y al reconocimiento y respeto a los derechos del niño.

Factores asociados con el maltrato

Diversas condiciones sociales como el bajo nivel de ingreso, el desempleo, el tipo de ocupación, el nivel educativo de los padres, el alcoholismo y la drogadicción, los conflictos entre la pareja y la desintegración familiar, favorecen los comportamientos agresivos en la relación padres- hijos- y estimulan la presencia del maltrato al menor.

El maltrato al menor se presenta en todos los grupos sociales, con manifestaciones diferentes, sin embargo se ha investigado más en las familias de nivel económico bajo, encontrándose asociado a condiciones económicas y laborales deficientes, trabajo fatigante, jornadas de trabajo intensivas que dan lugar a estados de tensión emocional en el padre o en la madre, frecuentemente descargados en el hijo como la persona más indefensa del grupo.

Problemas como el alcoholismo y el consumo de drogas en los padres, se constituyen en factores importantes para el maltrato, pues la actitud agresiva de los padres se acentúa bajo los efectos de dichas sustancias, agrediendo o castigando en forma violenta a sus hijos.

En estudios realizados en Medellín sobre factores de riesgo asociados al maltrato (S.S.S.A. Medellín, 1988), se demostró la estrecha relación entre el embarazo no deseado, el embarazo de adolescente y el maltrato al menor, lo cual indica que la forma como es concebido el hijo y el deseo de la pareja por su

nacimiento, van a incidir notablemente en la actitud de rechazo hacia el, dando lugar a que el menor se vea expuesto con mayor facilidad, al maltrato.

Este rechazo hacia el embarazo es más frecuente en las adolescentes y en mujeres solteras, posiblemente porque sobre ellas recae la mayor responsabilidad en la crianza de los hijos.

La unión libre esporádica y la promiscuidad sexual, dan lugar a la ausencia de figuras paternas estables en la vida del menor, que es otro factor de riesgo con una alta incidencia en el maltrato, debido a la dificultad de establecer un vínculo afectivo fuerte entre el niño y sus padres y a la mayor posibilidad de descargar sobre el menor todos los conflictos existentes en la relación de pareja.

El castigo de dolor como método educativo es otro factor de riesgo, dado que los padres utilizan cualquier instrumento para aplicarlo, sin tener en cuenta los daños físicos y emocionales que puedan causar al niño.

Existen además algunos factores de riesgo en el niño, que pueden favorecer el maltrato: la edad menor de cinco años, el bajo peso al nacer, prematuridad, malformaciones, daños neurológicos y estados de salud deficientes que implican hospitalizaciones frecuentes.

No es posible señalar características de personalidad específicas en los padres que maltratan a sus hijos, sin embargo se ha observado mayor frecuencia del problema en padres con personalidad agresiva, violentos en su relación de pareja, en su trabajo o en su vida social, que poseen poco control a sus impulsos y que durante su infancia fueron maltratados por sus padres.

4.3.3. Interacción del niño mediante el juego

El juego es una necesidad del ser humano, además de ser una diversión, es un aprendizaje para la vida adulta, para el niño es el eje de su vida, juega para descubrir el mundo, las personas y las cosas que estas a su alrededor; descubrirse a sí mismo, desarrollar su personalidad, conocer su propio cuerpo, repetir lo que vive y observa y adaptarse a la realidad.

El juego como función esencial en la vida de los niños ofrece oportunidades para el desarrollo físico, intelectual, social y emocional. Da la oportunidad de ser y estar activo frente a la realidad, de distraerse, divertirse, investigar, crear y evolucionar. Mediante el juego el niño manifiesta sus sentimientos, ríe o llora, canta o grita, ama o agrade, cuida o destruye.

El juego es un valor adaptativo en tanto que le permite a la persona, ejecutar acciones que lo acerquen a la realidad de su contexto social y cultural en el que se desenvuelve.

El juego consiste en una orientación del individuo, hacia su propia conducta, y esto acarrea aprendizajes especiales a nivel afectivo (normas, valores), cognitivos (cantidad, formas tamaños), y motor (precisión en adoptar, movimientos variados al combinar estructuras).

A nivel pedagógico, se podía decir, que el juego es el medio más eficaz para conocer a fondo el niño; pues siendo una actividad espontánea, es posible observar los procesos de socialización, su interrelación; su capacidad o dificultad para aceptar reglas; su coherencia en las diferentes actividades, y porque no, su don de líder.

El juego es importante en la medida que se considere como una vivencia, que permite un aprendizaje directamente individual, ya sea que este se de en forma personal o grupal 1.

Los niños aprenden especialmente mientras juegan. La enseñanza sistematizada, tal como se practica, no logra cumplir los objetivos con éxito, si desconoce el valor de tan importante actividad para el niño. Por esta razón, es necesario brindar a los pequeños, una área de juego que los estimule a enfrentarse con lo ofrecido, y que les dé la oportunidad de aprender lo "pedagógicamente deseable". La evaluación ulterior del niño, depende en gran medida, del correcto aprovechamiento de su capacidad de aprender.

Por lo tanto, el adulto debe proporcionar un ambiente que favorezca el desarrollo espontáneo del juego infantil, brindándole elementos que le permitan una actividad creadora cada vez más enriquecedora, ayudando a la salud mental y emocional, y fortaleciendo el vínculo afectivo con los niños desde sus primeros años de vida.

El juego es el principal medio, para estimular el desarrollo físico y emocional del niño, a través de este, la madre o el padre se comunican con el, le expresan su afectividad, al mismo tiempo que le permiten conocer el lenguaje y desarrollar su motricidad.

Cuando se habla de "juego" no debe pensarse en una actividad compleja que requiere elementos especiales. Esta palabra significa recrearse con el hijo, permitiendo una comunicación directa, entre los padres y el niño que facilite un mayor conocimiento de estos hacia el hijo y del hijo hacia sus padres.

A través del juego el niño, se conoce a sí mismo, conoce su cuerpo, desarrolla sus capacidades físicas e intelectuales, desarrolla su creatividad y afectividad hacia sus padres, parientes y amigos. En el juego el niño se identifica con los roles de los adultos, especialmente de sus padres. Es necesario estimular en el niño su motivación por el juego, el cual a pesar de formar parte de su vida, frecuentemente es controlado por los adultos, impidiéndole que se exprese libremente.

En cada momento del desarrollo, es importante, que la madre y el padre identifiquen algunas capacidades específicas en el niño y lo estimulan permitiendo que vaya adquiriendo un mayor conocimiento de sí mismo y pueda seleccionar las actividades que más le agradan.

A través del juego el niño alcanza a comprender el sentido de la existencia de reglas y normas facilitándole su comprensión posterior

ANEXO 2. ESCALA DE VALORES

PRIMERA APLICACION ENTRE CERO Y UN MES DE EDAD

A continuación se te presentan una serie de afirmaciones que describen la forma como debe ser atendido un niño entre 0 Y UN MES DE EDAD. Léalos con cuidado y señale su respuesta en la escala de cinco intervalos, que le siguen a cada una, marcando con una X el número que corresponda, de acuerdo con el siguiente patrón:

- 0.....NUNCA
- 0.....CASI NUNCA
- 2 ALGUNAS VECES
- 3 CASI SIEMPRE
- 4 SIEMPRE

Antes de contestar lee el siguiente ejemplo:

Siempre le hablas a tu niño con cariño. ? Si la respuesta es SIEMPRE

Entonces marca el número 4.	0	1	2	3	4
1. Alimentas al niño con leche materna. ?	0	1	2	3	4
2. Cuando cargas al niño le hablas y le sonríes. ?	0	1	2	3	4
3. Paseas a tu hijo en brazos por tu casa. ?	0	1	2	3	4
4. Cuando bañas a tu hijo acaricias su cuerpecito. ?	0	1	2	3	4
5. Estimulas a otras personas para que le hablen al niño y lo llamen por su nombre. ?	0	1	2	3	4
6. Arrullas al niño cuando lo duermes. ?	0	1	2	3	4
7. Acostumbras a llevar al niño a control médico. ?	0	1	2	3	4
8. Solo llevas al niño a control médico cuando está Enfermo ?	0	1	2	3	4
9. Sigues las recomendaciones que el médico te da cuándo el niño está enfermo. ?	0	1	2	3	4
10. Cuando el niño se ensucia y orina lo limpias inmediatamente. ?	0	1	2	3	4
11. Te enojas cuando el niño está sucio. ?	0	1	2	3	4
12. Te preocupas por vacunar a tu hijo. ?	0	1	2	3	4
13. Saludas al niño llamándolo por su nombre. ?	0	1	2	3	4
14. Te gusta cantarle al bebe cuando juegas con él.?	0	1	2	3	4
15. Mantienes a tu hijo limpio. ?	0	1	2	3	4
16. Limpias los genitales del bebe cada que le cambias el pañal. ?	0	1	2	3	4
17. Aseas el ombligo del bebe por lo menos cuatro veces al día. ?	0	1	2	3	4
18. Limpias la nariz con algodón enrollado y humedecido con suero salino. ?	0	1	2	3	4
19. Vigilas bien el color de la piel del bebe. ?	0	1	2	3	4
20. Utilizas manoplas o escarpines. ?	0	1	2	3	4

SEGUNDA APLICACION ENTRE UNO Y DOS MESES DE EDAD.

A continuación se te presentan una serie de afirmaciones que describen la forma como debe ser atendido un niño entre UNO Y DOS MESES DE EDAD. Léelos con cuidado y señala su respuesta en la escala de cinco intervalos, que le siguen a cada una, marcando con una X el número que corresponda, de acuerdo con el siguiente patrón:

0	NUNCA
1	CASI NUNCA
2	ALGUNAS VECES
3	CASI SIEMPRE
4	SIEMPRE

Antes de contestar lee el siguiente ejemplo:

Siempre la hablas a tu niño con cariño. ? Si la respuesta es SIEMPRE, entonces marca el numero 4 0 1 2

3 4

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Cuando bañas al bebé, lo estimulas haciéndole movimientos firmes de arriba hacia abajo. ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Acaricias y presionas ligeramente la mano del bebé para que él la abra. ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Cuando el niño abre la mano, le acercas tu dedo para que te lo agarre. ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Al realizarle cualquier actividad la hablas. ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Le colocas música suave al dejarlo solo. ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Cuando el niño duerme vigilas su sueño. ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Alimentas al niño con leche materna. ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Durante el cambio de panal, lo acaricias y le cuentas que le estás haciendo. ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Le conversas cuando lo amamantas. ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Solo bañas al niño en las mañanas. ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Después del baño asoleas a tu bebe. ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Buscas una hora apropiada para darle un baño de sol a tu bebé. ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Llevas el niño a control de crecimiento y desarrollo. ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Permites que los miembros de la familia jueguen con el bebe. ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Cuando el niño llora acudes a su cima. ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Alimentas a tu bebe también en las noches. ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Impones horarios rígidos para alimentar al bebé. ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Lo. Despiertas al niño para alimentarlo. ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Le aplicas al bebe polvos o maizena. ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Utilizas ombliguero para el bebé. ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

TERCERA APLICACION ENTRE DOS Y TRES MESES DE EDAD.

A continuación se te presentan una serie de afirmaciones que describen la forma como debe ser atendido un niño entre los DOS Y TRES MESES DE EDAD. Léelos con cuidado y señala su respuesta en la escala de cinco intervalos, que le siguen a cada una, marcando con una X el número que corresponda de acuerdo con el siguiente patrón:

- | | |
|---|---------------|
| 0 | NUNCA |
| 1 | CASI NUNCA |
| 2 | ALGUNAS VECES |
| 3 | CASI SIEMPRE |
| 4 | SIEMPRE |

Antes de contestar lee el siguiente ejemplo:

Siempre la hablas a tu niño con cariño. ? Si la respuesta es SIEMPRE entonces marca el numero 4

1. Te gusta cantarle a tu bebe cuando juegas con él. 0 1 2 3 4
- Mantienes a tu hijo limpio. ? 0 1 2 3 4
- Saludas al niño llamándolo por su nombre. ? 0 1 2 3 4
- Ejercitas las piernas del niño mediante 0 1 2 3 movimientos suaves. ?
- Cambias de lugar la cuna del bebe, para que 0 1 2 3 4 tenga sensaciones diferentes. ?
- Utilizas frases cortas para comunicarte con el 0 1 2 3 4 bebé?
- Repites todos los sonidos que el niño emite. ? 0 1 2 3 4
8. Le hablas al niño de frente y le sonríes. ? 0 1 2 3 4
9. Saludas alegremente al bebe cuando despierta. ? 0 1 2 3 4
10. Te impacientas cuando el niño llora 0 1 2 3 4 continuamente. ?
11. Procuras que el bebe te mire a la cara cuando le 0 1 2 3 4 hablas. ?
12. Permites que el papa comparta el momento de la 0 1 2 3 4 lactancia. ?
13. Te angustias cuando el niño llora y no sabes la 0 1 2 3 4 razón de su llanto. ?
14. Permites que otras personas te colaboren con el 0 1 2 3 4 cuidado del bebe. ?
15. Vistes al bebe según la temperatura ambiente. ? 0 1 2 3 4
16. Aseas tus pezones por lo menos una vez al día. ? 0 1 2 3 4
17. Alternas de pecho cada vez que comienzas una 0 1 2 3 4 alimentación. ?
18. Cuando alimentas al niño, sentada, le sostienes la 0 1 2 3 4 cabeza al bebe en su parte posterior. ?
19. Tomás leche, cerveza u otros alimentos para tener abundante leche. ?
20. Le colocas pantalón de caucho o con resortes. ?

CUARTA APLICACION ENTRE TRES Y CUATRO MESES DE EDAD.

A continuación se te presentan una serie de afirmaciones que describen la forma como debe ser atendido un niño entre TRES Y CUATRO MESES DE EDAD. Léelos con cuidado y señale su respuesta en la escala de cinco intervalos, que le siguen a cada una, marcando con una X el número que corresponda con el siguiente patrón:

0.....NUNCA

- 1 CASI NUNCA
- 2 ALGUNAS VECES
- 3 CASI SIEMPRE
- 4 SIEMPRE

Antes de contestar lee el siguiente ejemplo:

Siempre la hablas a tu niño con cariño. ? Si la respuesta es SIEMPRE entonces marca el numero 4

Cuando el niño emite cualquier sonido lo imitas en voz alta.?

<i>Le muestras al bebe objetos de color fuerte, estimulándolo para que los agarre. ?</i>	0	1	2	3	4
<i>Suenas diferentes objetos cerca al niño llamándole la atención. ?</i>	0	1	2	3	4
<i>Cuando cargas al niño lo paseas por la casa. ?</i>	0	1	2	3	4
<i>Además de la leche materna le das otro alimento. ?</i>	0	1	2	3	4
<i>Al alimentarlo le cuentas que le estas ofreciendo? 0</i>	0	1	2	3	4
<i>Cumples con las vacunas exigidas para su edad. ?</i>	0	1	2	3	4
<i>Cargas al niño cuando le das el tetero. ?</i>	0	1	2	3	4
<i>Hierves el tetero y los implementos con que preparas los alimentos. ?</i>	0	1	2	3	4
<i>Permites que el bebé se lleve los objetos a la boca. ?</i>	0	1	2	3	4
<i>Cuando juegas con el niño le haces diferentes gestos con el rostro. ?</i>	0	1	2	3	4
<i>Colocas el niño frente al espejo. ?</i>	0	1	2	3	4
<i>Al vestirlo le cuentas que clase de prenda le colocas y de qué color es. ?</i>	0	1	2	3	4
<i>Procuras que las acciones de estimulación sean compartidas con la familia. ?</i>	0	1	2	3	4
<i>Dejas que el bebé explore su ambiente por si sol</i>	0	1	2	3	4
<i>Hierves el agua y los teteros. ?</i>	0	1	2	3	4
<i>Abres el chupo del tetero en forma de cruz.?</i>	0	1	2	3	4
<i>Le das tetero al niño cuando esta acostado. ?</i>	0	1	2	3	4
<i>Utilizas ropa liviana para acostarlo a dormir. ?</i>	0	1	2	3	4
<i>Usas velos o toldillos sobre la cuna. ?</i>	0	1	2	3	4

