

009-21

295

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia



INFLUENCIA DE LA EDUCACION DE LA MADRE EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS 5 AÑOS DE EDAD

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A N :

IRMA CHANOCUA ABURTO
ELVIA LAURA MARTINEZ CALLEJAS
JESUS RAMOS HUERTA
MARIA GABRIELA VARELA FLORES

Con Asesoría de la Maestra: Carmen L. Balsero Almaraz
COORDINACION DE S.S Y O.I.T.

FALLA DE ORIGEN

ESCUELA N. DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
COORDINACION DE S.S Y O.I.T.
U. N. A. M.

MEXICO, D. F.

1989



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

CONTENIDO

	<u>PAG.</u>
INTRODUCCION	1
 CAPITULOS	
1. <u>FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACION</u>.....	4
1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMA.....	4
1.2 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA.....	5
1.3 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION.....	5
1.4 UBICACION DEL TEMA DE ESTUDIO.....	6
1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....	7
1.5.1 General.....	7
1.5.2 Especifico.....	7
 2. <u>MARCO TEORICO</u>.....	 8
2.1 EDUCACION DE LA MADRE.....	8
2.1.1 Concepto de educación.....	8
2.1.2 Tipos de educación.....	9
2.1.3 Educación de la madre.....	10
2.1.4 Tipo de alimentación de la madre	
durante el embarazo.....	11
2.1.4.1 Requerimientos calóricos.....	13

- Calorias	13
- Proteínas	15
- Carbohidratos	16
- Grasas	17
- Agua.....	19
- Minerales.....	20
- Vitaminas	24
2.1.4.2 Características de la dieta.....	28
2.1.5 Hábitos higiénicos	30
2.1.5.1 Físicos.....	30
- Baño.....	30
- Vestido	32
- Descanso	33
- Higiene bucal y de manos	34
- Ambiente.....	35
2.1.5.2 Mental	35
- Deporte/ejercicio.....	37
2.1.6 Actividades que puede realizar.....	37
2.1.7 Relaciones.....	39
2.1.8 Control prenatal.....	39
2.2 CRECIMIENTO Y DESARROLLO DESDE EL NACIMIENTO	
HASTA LOS 5 AÑOS	42
2.2.1 Concepto de crecimiento.....	42
2.2.2 Concepto de desarrollo	42
2.2.3 Crecimiento	43

2.2.3.1	Recién nacido	43
	- Examen y características	43
	- Alimentación	48
	- Sistema inmunitario	50
2.2.3.2	Lactante menor (veintiocho días a dos meses)	53
	- Examen y características	53
	- Alimentación	55
2.2.3.3	Lactante mayor (dos meses a dos años)	56
	- Examen y características	56
	- Destete y ablactación	58
2.2.3.4	Pre-escolar (dos a cinco años)	60
	- Examen y características	60
	- Alimentación	61
	- Dentición	62
2.2.4.	Desarrollo psicosocial	63
2.2.4.1	Lactante	63
	- Confianza básica	63
	- Apego	64
2.2.4.2	Pre-escolar	66
	- Autonomía	66
	- Iniciativa	67
2.2.5	Desarrollo psicomotriz	68
2.2.5.1	Recién nacido	68
2.2.5.2	Lactante menor	70
2.2.5.3	Lactante mayor	70

2.2.5.4 Pre-escolar	72
2.2.6 Desarrollo cognoscitivo.....	73
2.2.6.1 Lactante.....	73
2.2.6.2 Pre-escolar	74
2.2.7 Desarrollo psicosexual	76
2.2.7.1 Recién nacido y lactante menor	76
- Etapa oral	76
2.2.7.2 Lactante mayor.....	79
- Etapa anal.....	79
2.2.7.3 Pre-escolar	80
- Etapa fálica	80
3. METODOLOGIA	83
3.1 HIPOTESIS	83
3.1.1 General	83
3.1.2 De trabajo	83
3.1.3 Nula	83
3.2 VARIABLES	83
3.2.1 Independiente.....	83
3.2.1.1 Indicadores	84
3.2.2 Dependiente	84
3.2.2.1 Indicadores.....	85
3.2.3 Modelo de relación causal de las variables	85
3.3 TIPO Y DISEÑO	86

3.3.1 Tipo	86
3.3.2 Diseño	86
3.4 METODOS, TECNICA E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION UTILIZADOS	87
3.4.1 Ficha de trabajo	87
3.4.2 Entrevista	87
3.4.3 Cuestionarios	87
4. <u>INSTRUMENTACION ESTADISTICA</u>	88
4.1 UNIVERSO, POBLACION Y MUESTRA	88
4.2 PROCESAMIENTO DE DATOS	88
4.3 COMPROBACION DE HIPOTESIS.....	151
4.4 ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	155
5. <u>CONCLUSIONES</u>	166
6. <u>ANEXOS Y APENDICES</u>	176
7. <u>GLOSARIO</u>	250
8. <u>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</u>	261

INDICE DE CUADROS

	<u>PAG.</u>
CUADRO No. 1 EDAD DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. 1989	89
CUADRO No. 2 ESTADO CIVIL DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. 1989.....	91
CUADRO No. 3 LUGAR DE NACIMIENTO DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. 1989.....	93
CUADRO No. 4 RELIGION DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. 1989.....	95
CUADRO No. 5 TIPO DE VIVIENDA DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO	

PAG.

ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. 1989..... 97

CUADRO No. 6 NUMERO DE PERSONAS QUE INTEGRAN LA
FAMILIA DE LAS MADRES EGRESADAS DEL
SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
DEL ISSSTE 1989..... 99

CUADRO No. 7 INGRESO ECONOMICO MENSUAL DE LAS
MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL
"GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL
I.S.S.S.T.E. 1989..... 101

CUADRO No. 8 FORMA DE APRENDIZAJE DEL CUIDADO
DEL RECIEN NACIDO DE LAS MADRES EGRE-
SADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO
ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. 1989..... 103

CUADRO No. 9 ADIESTRAMIENTO SOBRE EL CUIDADO DEL
RECIEN NACIDO A LAS MADRES EGRESADAS
DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPI-
TAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGO-
ZA DEL I.S.S.S.T.E. 1989..... 105

PAG.

CUADRO NO. 10 SUPERVISION INTRADOMICILIARIA A LAS
 MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE
 OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL
 "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.
 T.E. 1989..... 107

CUADRO No. 11 CAPACITACION DE LA PERSONA QUE PRO-
 PORCIONO EDUCACION SOBRE EL CUIDADO
 DEL NIÑO A LAS MADRES EGRESADAS DEL
 SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
 REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
 DEL I.S.S.S.T.E. 1989..... 109

CUADRO No. 12 NUMERO DE PERSONAS QUE APORTAN
 ECONOMICAMENTE AL HOGAR DE LAS
 MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE
 OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL
 "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.
 T.E. 1989..... 111

CUADRO No. 13 OCUPACION DEL TIEMPO LIBRE DE LAS
 MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE
 OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL
 "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.
 T.E. 1989..... 113

	<u>PAG.</u>
CUADRO No. 14 CUIDADOS PROPORCIONADOS AL NIÑO POR LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. 1989.....	115
CUADRO No. 15 MANEJO DE LA CARTILLA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO POR LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. 1989.....	117
CUADRO No. 16 ALIMENTACION DURANTE EL EMBARAZO DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. 1989.....	119
CUADRO No. 17 GRADO DE ESCOLARIDAD DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E 1989.....	121
CUADRO No. 18 OCUPACION DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPI-	

	<u>PAG.</u>
TAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. 1989.....	123
CUADRO No. 19 PERSONA O LUGAR DONDE DEJAN A SUS NIÑOS CUANDO SALEN LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. 1989.....	125
CUADRO No. 20 HABITOS HIGIENICOS DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. 1989.....	127
CUADRO No. 21 ESTATURA DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. 1989.....	129
CUADRO No. 22 LUGAR DE NACIMIENTO DEL NIÑO DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. 1989.....	131

PAG.

CUADRO No. 23	ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA, DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. 1989.....	133
CUADRO No. 24	PESO Y TALLA DEL RECIEN NACIDO DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. 1989.....	135
CUADRO No. 25	DURACION DEL EMBARAZO DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. 1989.....	137
CUADRO No. 26	EDAD ACTUAL DE LOS NIÑOS DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. 1989.....	139
CUADRO No. 27	TIPO DE ALIMENTACION DE LOS NIÑOS DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL	

	<u>PAG.</u>
"GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S. S.T.E. 1989.....	141
CUADRO No. 28 VACUNAS APLICADAS A LOS NIÑOS DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S. S.T.E. 1989.....	143
CUADRO No. 29 CONTROL DEL NIÑO SANO DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNA- CIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. 1989.....	145
CUADRO No. 30 DESARROLLO PSICOMOTRIZ DE LOS NIÑOS DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S. T.E. 1989.....	147
CUADRO No. 31 DESARROLLO PSICOSEXUAL DE LOS NIÑOS DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S. T.E. 1989.....	149

INDICE DE GRAFICAS

	<u>PAG.</u>
GRAFICA No. 1 EDAD DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. EN 1989.....	90
GRAFICA No. 2 ESTADO CIVIL DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. EN 1989.....	92
GRAFICA No. 3 LUGAR DE NACIMIENTO DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. EN 1989.....	94
GRAFICA No. 4 RELIGION DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA DEL I.S.S.S.T.E. EN 1989.....	96
GRAFICA No. 5 TIPO DE VIVIENDA DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO	

	<u>PAG.</u>
ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. EN 1989.....	98
GRAFICA No. 6 NUMERO DE PERSONAS QUE INTEGRAN LA FAMILIA DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. EN 1989.....	100
GRAFICA No. 7 INGRESO ECONOMICO MENSUAL DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. EN 1989	102
GRAFICA No. 8 FORMA DE APRENDIZAJE DEL CUIDADO DEL RECIEN NACIDO DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. EN 1989.....	104
GRAFICA No. 9 ADIESTRAMIENTO SOBRE EL CUIDADO DEL RECIEN NACIDO DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. EN 1989.....	106

	<u>PAG.</u>
GRAFICA No. 10 SUPERVISION INTRADOMICILIARIA A LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. EN 1989.....	108
GRAFICA No.11 CAPACITACION DE LA PERSONA QUE PROPORCIONO EDUCACION SOBRE EL CUIDADO DEL NIÑO A LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. EN 1989.....	110
GRAFICA No. 12 NUMERO DE PERSONAS QUE APORTAN ECONOMICAMENTE AL HOGAR DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. EN 1989.....	112
GRAFICA No. 13 OCUPACION DEL TIEMPO LIBRE DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. EN 1989.....	114

	<u>PAG.</u>
GRAFICA No. 14 CUIDADOS PROPORCIONADOS AL NIÑO POR LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. EN 1989.....	116
GRAFICA No. 15 MANEJO DE LA CARTILLA DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO POR LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA EL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. EN 1989.....	118
GRAFICA No. 16 ALIMENTACION DURANTE EL EMBARAZO DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. EN 1989.....	120
GRAFICA No. 17 GRADO DE ESCOLARIDAD DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. EN 1989.....	122
GRAFICA No. 18 OCUPACION DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPI-	

	<u>PAG.</u>
TAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. EN 1989.....	124
GRAFICA No. 19 PERSONA O LUGAR DONDE DEJAN A SUS NIÑOS CUANDO SALEN LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. EN 1989.....	126
GRAFICA No. 20 HABITOS HIGIENICOS DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. EN 1989.....	128
GRAFICA No. 21 ESTATURA DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. EN 1989.....	130
GRAFICA No. 22 LUGAR DE NACIMIENTO DEL NIÑO DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. EN 1989.....	132
GRAFICA No. 23 ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE LAS MA-	

	<u>PAG.</u>
DRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. EN 1989.....	134
GRAFICA NO. 24 PESO Y TALLA DEL RECIEN NACIDO DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. EN 1989.....	136
GRAFICA No. 25 DURACION DEL EMBARAZO DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. EN 1989.....	138
GRAFICA No 26 EDAD ACTUAL DE LOS NIÑOS DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. EN 1989.....	140
GRAFICA No. 27 TIPO DE ALIMENTACION DE LOS NIÑOS DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO	

	<u>PAG.</u>
DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. EN 1989.....	142
GRAFICA No. 28 VACUNAS APLICADAS A LOS NIÑOS DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. EN 1989.....	144
GRAFICA No. 29 CONTROL DEL NIÑO SANO DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNA- CIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. EN 1989.....	146
GRAFICA NO. 30 DESARROLLO PSICOMOTRIZ DE LOS NIÑOS DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. EN 1989.....	148
GRAFICA NO. 31 DESARROLLO PSICOSEXUAL DE LOS NIÑOS DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL	

I.S.S.S.T.E. EN 1989.....

PAG.
150

INTRODUCCION

Actualmente se considera que la mujer en edad reproductiva, con o sin preparación profesional, necesita ampliar sus conocimientos sobre los cuidados que debe tener durante la evolución del embarazo y con el recién nacido. Muchas veces la educación que recibe la madre se basa en costumbres de la familia, lo que está más acentuado en la mujer que es madre por primera vez, quien actúa con temor a causar daño al recién nacido.

Las mujeres que tienen conocimientos sobre los cuidados que deben tener durante el embarazo y el manejo del recién nacido en ocasiones no los aplican porque son mujeres que trabajan, dejándolo bajo la responsabilidad de otras personas que pueden estar o no capacitadas para ello.

Con este trabajo de investigación se pretende conocer la influencia de la educación de la madre en el crecimiento y desarrollo del niño; para ello se considera el grado de educación de la madre tomando como instrumento una cartilla para valorar el crecimiento y desarrollo de su hijo.

En dicho instrumento se consideran ciertos lineamientos objetivos para su fácil manejo y comprensión; éstos se refieren al crecimiento, el peso y la talla, y el desarrollo, y maduración psicomotriz, de acuerdo con la edad, así como también un apartado considerado como calendario de consultas de control y de inmunizaciones, con ciertas recomendaciones

asistenciales.

Se sabe que el niño es incapaz de sobrevivir por sí mismo cuanto más pequeño es, y por ello depende de los cuidados y atenciones que le proporcionen sus padres ó las personas que se encargan de ellos; por ello es importante que una y otros conozcan el desarrollo somatopsíquico y social desde el nacimiento de la criatura, ya que ésta etapa se caracteriza por la progresiva adquisición de conocimientos y de destrezas y capacidades, la obvia dependencia de sus familiares y personas encargadas de su cuidado para satisfacer sus necesidades básicas de vida, y donde se presenta mayor incidencia de condiciones patológicas, la mayoría a causa de su inmadurez biológica, mental y social.

Al final de la investigación, se plantearán alternativas de solución. El contenido de la tesis se desglosa en los siguientes capítulos:

En el primer capítulo se establece la fundamentación del tema de investigación, en la que se dará una descripción de la situación problema, se planteará el problema, la justificación de la investigación, la ubicación del tema de estudio y sus objetivos, tanto el general como los específicos. En el segundo capítulo se enuncia el marco teórico, incluyendo las variables en estudio, definiciones conceptuales y la investigación bibliográfica en sí.

En el tercer capítulo se señala la metodología de la investigación; aquí

se establecen las hipótesis general, de trabajo y nula, así como las variables independientes y dependientes, con sus respectivos indicadores, así como el modelo de relación causal de variables; se describe el tipo de modelo y cronograma de la investigación, y se hace referencia a los métodos, técnicas e instrumentos que se emplean en la misma.

En el cuarto capítulo, correspondiente a la instrumentación estadística, se define el universo, población y muestra, procesamiento de datos, comprobación de hipótesis e interpretación de resultados.

Finalmente, se anotan las conclusiones a las que se llegó y se incluyen Anexos y Apéndices.

A continuación se presenta el glosario y por último se señalan las referencias bibliográficas utilizadas.

1. FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACION.

En este capítulo se presentan la descripción de la situación problema, la identificación del problema, la justificación de la investigación, su ubicación y los objetivos generales y específicos.

1.1. DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMA.

Durante la práctica en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza", se ha observado que las pacientes que cursan puerperio fisiológico y/o quirúrgico desconocen el manejo del recién nacido que deben seguir en su hogar, y que ni el personal médico ni el de enfermería los orientan en ése sentido; por lo que al egresar en su hogar no saben cómo cuidar al recién nacido y recurren a los cuidados tradicionalmente utilizados sin considerar que en ésta edad la criatura es más susceptible de adquirir patologías que alteran su crecimiento y desarrollo y que puede condicionar lesiones permanentes que prevalecen en el primer año de vida.

Por lo anterior, se considera que uno de los factores que influyen en el crecimiento y desarrollo armónico del niño es la educación que tiene la madre; igualmente se consideran otros relacionados con la educación, como son: ocupación, nivel socioeconómico, grado de escolaridad y costumbres.

Se considera que es la educación el factor que influye en el crecimiento y desarrollo del niño, puesto que induce a la aceptación de conocimientos de base científica para el mejoramiento de la atención proporcionada al recién nacido, que favorezcan el crecimiento y desarrollo óptimo.

1.2. IDENTIFICACION DEL PROBLEMA.

¿ De qué manera influye la educación de la madre en el crecimiento y desarrollo del niño desde el nacimiento hasta los 5 años de edad en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" ?.

1.3. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION.

Con el tema de investigación se quiere conocer la influencia de la educación de la madre sobre el crecimiento y desarrollo del niño desde el nacimiento hasta los 5 años de edad, tomando como muestra de estudio a las pacientes que cursan su puerperio en el Servicio de Obstetricia. La importancia de la investigación radica en comprobar que mediante la educación que se le brinda a la madre sobre el cuidado del niño ésta podrá ser capaz de detectar, oportunamente, alteraciones en su crecimiento y desarrollo.

Con la realización de la tesis de investigación se busca dar la pauta para la continuidad de la misma en el futuro. En cuanto a la institu-

ción, queda como un antecedente, que llevará a que proporcione una mejor orientación tanto médica como del personal de enfermería a la paciente obstétrica sobre los cuidados que debe tener durante el embarazo y con el recién nacido para favorecer su crecimiento y desarrollo.

1.4. UBICACION DEL TEMA DE ESTUDIO.

Para su realización, la investigación se apoya en diferentes disciplinas: utiliza las ciencias fácticas como son Psicología Evolutiva, Obstetricia, Pediatría y Puericultura; y como ciencia formal, la Estadística; todas ellas nos ayudarán a evaluar si la educación influye en el crecimiento y desarrollo del niño.

La Obstetricia, como ciencia fáctica, sirve para conocer qué factores pueden influir durante el embarazo que afecten al crecimiento y desarrollo del producto, y habla de los cuidados que se deben seguir durante el embarazo y el parto y durante el puerperio.

La Pediatría, la Puericultura y la Psicología Evolutiva se encargan del estudio del crecimiento y desarrollo del niño, viendo sus características físicas, personalidad, y cuidados que se deben tener con él.

La Estadística, como ciencia formal, sirve para el procesamiento de datos, para su análisis, y para la interpretación de los resultados.

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.

1.5.1 General

Conocer cuál es la influencia de la educación de la madre en el crecimiento y desarrollo del niño, desde el nacimiento hasta los 5 años de edad.

1.5.2. Específicos

- Identificar los conocimientos pre y post-natales que tiene la madre sobre el manejo del niño.
- Conocer cuáles son los principales factores que influyen en el crecimiento y desarrollo del niño.

2. MARCO TEORICO.

2.1 EDUCACION DE LA MADRE.

2.1.1 Concepto de educación.

" La educación es la acción ejercida por las generaciones adultas sobre las que aún no están maduras para la vida social. Tiene por objeto suscitar y desarrollar en el niño determinado número de estados físicos, intelectuales y morales que reclaman de él, por un lado la sociedad política en su conjunto, y por otro, el medio especial al que está particularmente destinado" (1).

Durkheim considera que para que exista educación son necesarias una generación de adultos y una generación de jóvenes, y una acción ejercida por los primeros sobre los segundos, basándose en sus conocimientos teóricos más las experiencias propias, adaptándolas a su realidad. En cada sociedad la educación varía de una clase a otra y de acuerdo con las aptitudes particulares y conocimientos especiales que tenga cada individuo; todo esto le permitirá seleccionar la profesión a la que se dedique y desempeñe en la sociedad.

Cada sociedad se crea un ideal del hombre, de lo que él debe ser tanto desde el punto de vista intelectual como del físico y moral; este ideal (1) Emilio Durkheim. Educación y Sociología. Ed. Shapire, Buenos Aires, 1974, p. 16.

es el mismo para todos los ciudadanos, y es a la vez uno y diverso, por lo que se considera el polo de la educación (2).

Otra definición de la educación desde el punto de vista de la pedagogía de Nassif, se explica a través de sus características:

" La educación es la formación del hombre por medio de una influencia exterior, consciente ó inconsciente (heteroeducación), ó por un estímulo, que bien proviene de algo que no es el individuo mismo, suscita en él una voluntad (autoeducación) (3).

2.1.2 Tipos de educación.

En general existen dos tipos de educación: la que se adquiere a través de las experiencias de cada individuo, y la que está basada en la teoría que es transmitida por las instituciones educativas. La primera la define Nassif como:

" Educación cósmica: es la influencia de los factores, fenómenos y elementos del mundo (cosmos) en su más amplio sentido (lo que rodea al individuo) que inciden sobre el hombre y lo configuran. Es inconsciente (no se propone deliberadamente educar, asistemática (sin sistema y orden), ametódica, (no tiene procedimientos predeterminados, material, espontánea y refleja". A la segunda la define como:

(2) Emilio Durkheim. Op. cit., p. 15

(3) Ricardo Nassif. Pedagogía General. Ed. Kapelusz, Buenos Aires, 1985, p. 11.

" Educación sistemática: es la que se imparte en la escuela, entiende que ésta supone una relación voluntaria. Se caracteriza por el definido propósito de educar, consciente e intencionalmente, es metódica y artificial ". A la vez Nassif engloba los términos anteriores de la siguiente forma:

" Heteroeducación: cuando el proceso educativo se organiza, se ejerce y se impone desde afuera y desde arriba ".

" Autoeducación: es un desarrollo interior que hace que el individuo se configure a sí mismo " (4).

Para Durkheim la educación se caracteriza por ser heterogénea y homogénea; es heterogénea pues el individuo con base en sus conocimientos y actitudes particulares elige y se especializa en la profesión que desempeñará en la sociedad; y es homogénea, pues la sociedad exige, para vivir, que sus miembros se desenvuelvan bajo los mismos patrones establecidos para poder vivir en forma colectiva; persistiendo la diversificación y especialización de la educación de cada individuo para ser posible la cooperación (5).

2.1.3 Educación de la madre.

De todo lo anterior, se deduce que la futura madre adquiere los conocimientos sobre el cuidado que deberá tener durante la gestación y con el recién nacido a través de su generación antecesora de acuerdo con las

(4) Ricardo Nassif. Op. cit., pp. 12 y 8.

(5) Emilio Durkheim. Op. cit., p. 14.

experiencias vividas por ésta, combinándola con la educación que recibe en la escuela u otras instituciones, aplicando ambos tipos de acuerdo con su propio criterio y con su nivel socio-económico y cultural para lograr el óptimo crecimiento y desarrollo del nuevo ser en formación.

2.1.4 Tipo de alimentación de la madre durante el embarazo.

Durante el embarazo aumentan las necesidades nutricionales de la futura madre y del feto para su crecimiento y desarrollo. Existen diversos factores sociales y culturales que influyen en los hábitos alimenticios de las embarazadas; en el caso de la población en estudio, el factor social primordial es el nivel económico medio y bajo al que pertenecen, que repercute en la mayor ó menor facilidad de adquisición de los alimentos que proporcionen los nutrimentos necesarios para éste período; además de que influyen los factores culturales, como se observó en la población: el grado de escolaridad que tenían en promedio era primaria completa, variando las que tenían secundaria y preparación técnica y las que sólo saben leer y escribir, lo cual influye en que la madre tenga seguridad al realizar los cuidados hacia su bebé y en la manera correcta que favorezca su crecimiento y desarrollo óptimo. Los tabúes y las costumbres, como los hábitos alimenticios y la moral de su grupo social, que incluye las prácticas simbólicas (religiosas), influyen también en que la madre embarazada no consuma los alimentos necesarios que le proporcionen los nutrimentos adecuados, provocando una deficiencia nutricional que afecta

también al feto, pues se ha comprobado que el peso previo al embarazo, la talla, y el incremento ponderal durante la gestación son factores que influyen en el peso neonatal del lactante.

Durante la consulta prenatal que se realiza en el Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" (H.R.G.I.Z.), el médico trata de descubrir los hábitos alimenticios que tiene la mujer embarazada para corregirlos y adecuarlos a su estado grávido, considerando su nivel socioeconómico.

En la actualidad no se recomienda un programa de reducción de peso durante el embarazo, aún para la paciente obesa. Según estudios realizados se establece que el aumento excesivo de peso materno incrementa el peso medio de los lactantes; mientras que si hay un aumento bajo materno el producto será de bajo peso al nacer (6).

La ganancia ponderal media en el embarazo es aproximadamente de 10,500 g., con una variabilidad de 9 a 12 kg., y se distribuye de la siguiente manera:

	<u>En gramos</u>	<u>Porcentaje</u>
Feto a término	2,501 - 3,600 g.	28
Placenta	500 - 700	5
Líquido amniótico y líquidos orgánicos	700 - 900	7.5
<u>Crecimiento del útero</u>	<u>900</u>	<u>9</u>

(6) Jacob Peurl Greenhill. Obstetricia. Ed. Interamericana, México, 1977, p. 140.

	<u>En gramos</u>	<u>Porcentaje</u>
Crecimiento de las mamas	400	4
Aumento del volumen sanguíneo	1,200 - 1,800	12 - 18
Líquidos intersticiales	1,200	12
Reserva de grasa en los tejidos maternos	1,600	16 (7)

El incremento ponderal durante el embarazo es, en el primer trimestre, de 680 a 1,300 g., y en el tiempo restante aumenta por semana 370 g. Aunque durante el servicio social se observó que la población de estudio excedía los límites normales de incremento ponderal, lo cual traía complicaciones durante la evolución del embarazo, el trabajo de parto y el parto, debido a que las mujeres se excedían en consumir alimentos ricos en carbohidratos y grasas y a que durante el embarazo son más sensibles, cambiando su estado de ánimo, el que canalizan a través de "antojos especiales" que sus familiares se ven obligados a cumplirles; y también el obstetra les aconseja que para aminorar los síntomas neurovegetivos, aumenten la cantidad de ingesta de carbohidratos y, cuando desaparezcan, los disminuya. Por todo lo anterior, se lleva un control de peso.

2.1.4.1. Requerimientos calóricos.

- Calorías.

(7) Linnea Anderson. Nutrición y Dieta de Cooper. 17^ª ed., Ed. Interamericana, México, 1985, p. 330.

De acuerdo con investigaciones realizadas por el Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán", para mujeres de buena nutrición previa que realizan ejercicio moderado, el objetivo de la dieta será proporcionar una dotación adicional de alrededor de 30,000 Kcal., cuya mayor parte deberá digerirse en la segunda mitad del embarazo (8).

Mondragón considera que la relación de calorías que requiere la embarazada en condiciones basales por hora según el peso, y aumenta mientras más actividades realice. Una dieta razonable es de 2,000 a 2,400 cal. al día, esto es, un aumento de 225 g. por semana (9).

De acuerdo con los resultados obtenidos de las investigaciones del Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán" (I.N.S.S.Z.), el objetivo de la dieta puede ser cubierto si se toma un vaso o más de leche diario a partir del momento en que se haya diagnosticado el embarazo; además de las necesidades adicionales de energía se cubren las de proteínas, riboflavina, calcio y retinol (10).

Se observó que este tipo de suplementación no es aplicable a las mujeres de la población en estudio por su nivel socioeconómico bajo, debido a

que o no hay leche, ó su adquisición está fuera de la capacidad eco-

(8) Publicaciones del Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán". La Nutrición de la madre. Evaluación y Manejo durante el embarazo. en Cuadernos de Nutrición. Volumen 6 número 7. Enero - Marzo 1983, pp. 31, 32.

(9) Héctor Mondragón Castro. Obstetricia Básica Ilustrada. 3ª ed. Ed. Trillas México, 1986, p. 107.

(10) Publicaciones del Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán" Op.cit., p. 31

nómica familiar. Pero esto lo sustituyen con alimentos de bajo costo y disponibles como frijol, tortilla, chile, sopas de pasta, jitomate, vísceras, verduras como el quelite, los quintoniles, el gūaje y otras legumbres de temporada. En un artículo de los cuadernos de nutrición que publica el Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán", aconseja un menú económico: cuatro cucharadas soperas de frijoles, dos tortillas, 15 g. de queso, media pieza de jitomate y una hoja de calabaza, con lo que se cubren las necesidades extras de todos los nutrientes, excepto la vitamina A y la niacina porque las hay en cantidades pequeñas y se necesita complemento (11).

- Proteínas.

Linnea Anderson en su libro de Nutrición y Dieta de Cooper menciona que las proteínas contribuyen al crecimiento y son necesarias durante la gestación porque los aminoácidos básicos que la integran no pueden ser sintetizados en el organismo. Se necesita un ingreso total de 950 g. durante todo el embarazo, los cuales se depositan en el feto y en los tejidos accesorios de la madre (12). Esto es, ingreso de 65 a 75 g. diarios.

Las proteínas según Edward Steward Taylor, proporcionan el nitrógeno necesario que se almacenará en el feto (60 g.), placenta y membranas

(11) Publicaciones del Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán"

Op.cit., p. 32

(12) Linnea Anderson. Op. cit., p. 325

(19 g.), útero (39 g.) y mamas (17 g.), dando un total de 515 g. 6 de 1.8 g. diarios (13).

Las pacientes obstétricas que acuden a solicitar atención a la Unidad Tocoquirúrgica (UTQ) refieren durante la elaboración de la historia clínica obstétrica que sus hábitos dietéticos durante la evolución de su embarazo son inadecuados, ya que, por el alto costo de los alimentos que contienen proteínas de origen animal, se ven en la necesidad de consumirlos una vez a la semana, y los suplen con otros alimentos de bajo costo y de temporada; y aunque consumen leguminosas que contienen proteínas, no es suficiente, pues no se encuentran los aminoácidos esenciales para el aprovechamiento del bebé en formación y para que se cubran las necesidades de la madre.

- Carbohidratos.

Taylor estipula que los carbohidratos son fuentes de energía durante la gestación y disminuyen en los primeros meses los síntomas neurovegetativos. Se aconseja un ingreso diario de 150 g. en el primer trimestre que deberá aumentar a 225 g. al final de la gestación (14); y Linnea Anderson añade que participan en la formación de tejido celular subcutáneo y para la realización de las funciones vitales del feto (15).

(13) Edward Steward Taylor. Obstetricia de Beck 10ª ed. Ed. Interamericana, México, 1979, p. 178

(14) Edward Steward Taylor. Op. cit., p. 179

(15) Linnea Anderson. Op. cit., p. 26.

Se observó que los carbohidratos son el nutrimento que más consume la mujer embarazada, ya que son alimentos comunes y de fácil acceso, como hígado, bolillo, pan de dulce, maíz en grano, arroz, papa, camote, chinchayote, yuca, plátano, aguacate, cacahuete, coco, piloncillo, azúcar, manteca, mantequilla, aceites vegetales, crema, margarina, los preparados con piloncillo ó azúcar; postres, conservas, confites, cocadas. Actualmente, por la publicidad de los productos "chatarra", por prevenir que se presenten los síntomas neurovegetativos y por los "antojos especiales", la futura madre tiende a excederse en el consumo de carbohidratos, ocasionando que almacene éstos en el tejido adiposo y provoque un aumento extremado de peso que afecte al bebé en la misma forma: un recién nacido hipertrófico y con deficiencias nutricionales que se traducen en desnutrición.

- Grasas.

Durante el embarazo las grasas participan en diversas funciones, que especifica Linnea Anderson: como vehículo para algunas vitaminas esenciales y ayuda al metabolismo de las grasas del feto. La cantidad de grasas en el feto se incrementa a 2 % en el séptimo mes y al término de la gestación en un 12 %. Por lo que se requiere un ingreso de 100 g. al día, lo que equivale a 9 cal. por gramo (ácido linoleico y linolénico).

Se pueden obtener de alimentos como la manteca, grasas de aves de corral, grasa de pescado, aceite de hígado de peces, grasa de leche,

crema, mantequilla, margarina, aceites vegetales (ácido linoléico; aceite de soya, de cártamo, de coco, de maíz, aceite de oliva, crema de cacahuate (aceite oléico) (16).

Como ya se mencionó, por su nivel económico y por las costumbres de la familia sobre el tendimiento de los aceites de origen animal, la población estudiada considera que éstos rinden más, y son más económicos que los aceites vegetales (el de girasol, cártamo, maíz, ajonjolí y soya) por su elaboración y presentación; por eso tienden a usarlos más en sus alimentos, pero abusando de la ración necesaria y sin retirar el excedente; y las utilizan en la mayoría de sus guisos. Todo esto influye negativamente en la salud de la futura madre y del feto, pues en la mujer causa aumento de peso mayor del normal, provocando alteraciones en la circulación, pues al haber mayor tejido adiposo, éste causa acumulación de grasa en las arterias ó arterioesclerosis, lo cual obstruye el paso de la sangre acelerándolo y produciendo hipertensión arterial y cardiopatías.

Por otra parte, en el feto, al igual que con los carbohidratos, provoca mayor acumulación de tejido celular subcutáneo, haciendo que nazca con un peso mayor al normal (hipertrofico) y sea potencialmente un bebé obeso, además de que al estar alterada la circulación materna se vá a originar un sople placentario que alterará la circulación fetoplacentaria.

Aunado a todo lo anterior, se tiene que la mujer embarazada que no
(16) Linnea Anderson. Op. cit., pp. 48 y 12.

trabaja lleva una vida sedentaria que hace más notorio el aumento de volumen abdominal, lo que hace que tienda a engordar. Se observó que las mujeres que si trabajaban hasta el octavo mes de embarazo, tuvieron menos probabilidad de subir de peso, siempre y cuando su actividad les permitiera movilizarse más alternándolo con descansos, lo que favoreció el aprovechamiento de las grasas almacenadas por el organismo.

- Agua.

Opina Linnea Anderson que por cada caloría ingerida se necesita 1 ml. de agua para su metabolismo, por lo que se requiere de 2 a 3 litros diarios; dado que la oxidación del hidrógeno de los alimentos brindan de 500 a 1 000 ml., se necesitan diariamente de 1 000 a 1 500 ml. de líquidos adicionales (agua, leche u otras bebidas). Es importante que la mujer embarazada ingiera abundantemente la cantidad mencionada, ya que esto interviene como medio para que se efectúen los cambios químicos en las funciones vitales; es un elemento estructural de las células, como medio de transporte en la digestión, absorción, circulación y excreción; participa en la regulación de la temperatura corporal y en las funciones mecánicas como lubricación de las articulaciones y movimientos de las vísceras en la cavidad abdominal (17).

El hecho real es que la mujer embarazada no toma agua simple ó preparada con frutas frescas, sino que le es más fácil y apetecible tomar (17) Linnea Anderson. Op. cit., p. 64

refresco ó comprar sobres con polvo de sabores para preparar el agua, que sólo le aporta mayor cantidad de carbohidratos y nó le beneficia, pues el agua le provoca flatulencia y sensación de plenitud y no satisface la sed, por lo que a cada momento la ingiere. Por el contrario, no ingiere agua en cantidad suficiente, y como no basta con la que se encuentra en los alimentos, se provocan alteraciones en las funciones renales y ésto ocasiona que se presente deshidratación, lo cual afecta al feto al disminuir el aporte de líquidos para su mantenimiento; y se ha observado que se presenta el oligohidramnios, pues no existe una proporción entre el volúmen plasmático materno y con la cantidad de líquido amniótico, pues el primero participa en la producción del segundo.

- **Minerales.**

El calcio y fósforo son necesarios para la formación ósea del feto y para el desarrollo de los dientes, que inicia en la vigésima semana de gestación, además, para cubrir las necesidades de la madre durante el embarazo, y es necesario que ésta almacene calcio para satisfacer las necesidades del amamantamiento. En este período se recomienda que reciba 0.4 g. adicionales diarios. Durante la gestación se requiere de 1.5 g. diarios, unos 25 g. de calcio se hallan en el feto de término, la mayor parte (de 200 a 300 mgs. diarios) se depositan durante el último trimestre. Estos se encuentran en aves de corral, carnes, pescado, leche y sus derivados, mariscos, cereales, leguminosas, nueces (18).

(18) Linnea Anderson. Op. cit., p. 326

Pero de éstas fuentes, las que llegan a consumir son la leche y productos lácteos y algunas leguminosas; la leche, si les gusta, la consumen cuando tienen la oportunidad de estar afiliadas a la Conasupo, que ha establecido un programa para proporcionar a la gente de escasos recursos económicos la facilidad de adquisición de la leche para los niños, mujeres embarazadas y ancianos, y con este satisface el requerimiento de éstos minerales. Aunque hay la excepción de mujeres que no cuentan con este beneficio y se les dificulta la adquisición de ésta, ó, si la pueden adquirir, tienen que distribuirla entre su familia, de tal forma que a veces no alcanza para ellas al dar prioridad a sus hijos que están en etapa de crecimiento y desarrollo, ó ingieren una mínima cantidad que no cubre la necesidad diaria.

El hierro es un constituyente esencial de la hemoglobina de los eritrocitos; es importante en el metabolismo celular como componente activo de varias enzimas, en especial las relacionadas con la cadena respiratoria de la mitocondria. El feto en crecimiento forma su propia reserva sanguínea; cuando nace el niño su sangre tiene de 20 a 22 g. de hemoglobina por 100 ml. Este nivel alto es necesario en la vida fetal para el aprovechamiento de oxígeno de la sangre placentaria, que se encuentra a presión menor que en los pulmones. Poco después del nacimiento, parte de la hemoglobina comienza a transformarse hasta que alcanza el nivel normal de 13 a 14 g. de hemoglobina por 100 ml. El hierro de la hemocateresis se almacena en el hígado del niño y sirve como reserva durante los

primeros meses de vida (19). Se necesitan de 800 mg. en total durante el embarazo, de éstos 30 a 60 mg. diarios. Del total, 300 mg. de hierro son necesarios para el aumento del volúmen de eritrocitos circulantes en la madre, 70 mg. en la placenta y 50 g. ó más en la sangre pérdida en el parto (20). Debe incluirse ácido ascórbico en la comida para favorecer su absorción. Si se incluye 100 g. de ácido ascórbico en cada comida, se logra mayor utilización del hierro. Si es necesario, se toma algún complemento (21). Se encuentra en los frijoles, huevo, hojas verdes, quelite, verdolagas, acelgas, espinacas, cilantro, berro, romeritos, nopales y hojas de remolacha (22).

De las pacientes obstétricas que solicitan atención en la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital, la mayoría presentan signos de anemia ferropénica, lo que se confirma al realizar la exploración física y, a veces, por exámenes de laboratorio (biometría hemática). También la apariencia revela a qué nivel socioeconómico pertenecen, que es siempre medio ó bajo, por lo que se deduce que no pueden adquirir carne, pescado ó algunas verduras que contienen el hierro porque son caros, aunque pueden incluir alimentos que son de temporada y de bajo costo, pero sin tener conocimientos de que éstos alimentos no cubren el requerimiento diario. Por eso durante la consulta externa de obstetricia, en el Hospital a los pacientes que acuden a control prenatal se les prescribía sulfato ferroso como

(19) Linnea Anderson. Op. cit., p. 326

(20) Jacob Peurl Greenhill. Op. cit., p. 143

(21) Linnea Anderson. Op. cit., p. 326

(22) SEP. Alimentación, Salud, Educación y Vivienda. Dirección general de Publicaciones y Bibliotecas. Cartilla de mínimos de bienestar. México, 1982, p. 176.

aporte adicional, en caso de que tuvieran cifras bajas de hemoglobina para prevenir que se presentara anemia debido a que no se tenía la seguridad de que consumieran los alimentos que le proporcionarían el hierro; así, con lo poco que consumían y el complemento, se satisfacía el requerimiento diario de hierro; en caso de que se presentara anemia, se prescribía como tratamiento.

El magnesio ayuda a que la embarazada y el feto almacenen y empleen los carbohidratos, grasas y proteínas y en la transmisión y actividad neuromusculares. Se aconseja 450 mg. diarios durante el embarazo y la lactancia, y se encuentra en leche, frutas, verduras, cereales de grano entero.

El yodo es necesario para evitar el bocio. Se recomienda 25 mg. más de yodo durante el embarazo; obteniéndolo de la sal yodatada aparte de la que contiene el agua. La insuficiencia tiroidea durante el desarrollo fetal provoca cretinismo, que se caracteriza por el retardo en el desarrollo físico y mental.

El zinc es necesario para el desarrollo del feto y la placenta, el crecimiento y formación de los huesos, el desarrollo del encéfalo, la conducta, la reproducción, las funciones sensitivas (gusto, olfato, vista), el mecanismo inmunológico, la estabilidad de la membrana y la cicatrización. En el embarazo se necesita de 15 a 20 mg. diarios y en la lactancia de 20 a

25 mg. (23).

Estos tres minerales son difíciles que los incluyan dentro de sus alimentos, puesto que, durante su asistencia a la consulta prenatal, no se les hace hincapié en el papel que desempeñan durante el embarazo y la lactancia; y a la vez no se les menciona los alimentos por los cuales puede obtenerlos; y aún mencionándoselos, no está a su alcance el adquirirlos, ya que se encuentran en mariscos, carne de res, huevo, leche, fruta y cereales. Su falta causa un retardo en el desarrollo físico y mental del bebé.

- Vitaminas.

La función principal de la vitamina A radica en los mecanismos de la visión, participa en la conservación de tejido epitelial normal y el epitelio del aparato gastrointestinal, participa en la conservación del crecimiento óseo y es indispensable en la lactancia y para mantener la estructura y la función normal de la membrana celular.

Los requerimientos diarios son de 5,000 a 7,000 UI, es decir, 1,000 UI más de los requerimientos normales. Se pueden obtener de la leche y productos lácteos, huevo, carne, pescado, aves de corral, en especial hígado de res, cerdo, zanahoria, verduras foliáceas verde oscuro, maíz, papas, brócoli, hojas de remolacha, nabo, col, naranja, melón, ciruela (23) Linnea Anderson. Op. cit., pp. 86, 327, 94 y 96.

pasa, durazno, cereales, tomate y cítricos (24).

La vitamina B₁ (Tiamina), es indispensable para evitar beriberi durante el embarazo y que los recién nacidos presenten crisis intermitentes de cianosis y fallezcan poco después de nacer; para evitar polineuritis por avitaminosis debido a los vómitos intensos durante el embarazo. Se almacena en los tejidos del corazón, cerebro, hígado y riñones, y sus requerimientos son de 1.4 mg. diarios durante el embarazo, y durante la lactancia de 1.5 mg. diarios. Se obtiene de leche y productos lácteos, carne magra de cerdo, aves de corral, pescado, vísceras, leguminosas, papa, chícharo, cereales, naranja y piña (25).

La vitamina B₂ (Riboflavina) interviene en el metabolismo de los carbohidratos, grasas, proteínas, indispensable para el crecimiento normal y conservación de los tejidos del producto. La ración aconsejada durante el embarazo es de 1.5 mg. diarios, y durante la lactancia es de 1.7 mg. diarios. Se obtiene de la leche, hígado, embutidos, carne de res, mariscos, pescado, espinacas, frijoles, calabaza, ciruela, fresas, pan, hojuelas de trigo, avena.

La vitamina B₆ es necesaria para evitar retardo del crecimiento, convulsiones, hiperirritabilidad, anemia, dolor abdominal, vómito, en el neonato; estado de confusión y depresión en la embarazada. Los requerimientos durante la gravidéz son de 2.6 mg. debido a que hay mayor exigencia de

(24) Linnea Anderson. Op. cit., p. 116

(25) Edward Steward Taylor. Op. cit., p. 180

proteínas y a causa del transporte activo de la vitamina a la sangre fetal por la placenta. Durante la lactancia son necesarios 2.5 mg. Se obtienen de la carne de cerdo, vísceras, pescado, carne de res, leguminosas, papa, avena, germen de trigo, plátano, huevo y leche, calabaza, zanahoria.

Es indispensable la vitamina B₁₂ para la síntesis de DNA, evita la anemia perniciosa y se relaciona con la actividad del sistema nervioso. Los requerimientos de ésta vitamina durante el embarazo son de 3 µg. y durante la lactancia de 2.5 µg. Se obtienen de mariscos, carne, huevo, productos lácteos.

El ácido fólico: la función principal de la folacina se realiza en la síntesis de DNA y RNA. Su deficiencia causa anemia megaloblástica, cuando disminuye la concentración sérica de folato, sobre todo en el último trimestre de la gestación, con hipersegmentación neutrófila y aparición de megaloblastos en la circulación periférica; y existe el riesgo de que el producto sea prematuro, que haya desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, amenaza de aborto y complicaciones durante el trabajo de parto (26).

Los requerimientos durante el embarazo son de 800 µg. en alimento ó con suplemento. Durante la lactancia son necesarios 5,000 µg. Se obtiene de hígado, carne de res, pescado, leguminosas, vegetales de hojas (26) Linnea Anderson. Op. cit., pp. 151, 158, 164 y 160.

verdes, granos enteros, jugo de naranja.

La vitamina C (Acido ascórbico) es útil para las hidroxilaciones necesarias para sintetizar la colágena: como agente de reducción y regeneración de hierro. Durante el embarazo la placenta transfiere ácido ascórbico al feto a un ritmo que produce concentraciones plasmáticas de vitamina C en un 50 % más altas en la sangre fetal que en la de la madre, por eso es necesario un ingreso adicional para evitar el escorbuto.

El requerimiento es de 50 a 65 mg. tanto en el embarazo como en la lactancia. La proporcionan: zumo de frutas cítricas (naranja, toronja, limón, jitomate), leche, carne, pescado, huevo, aves, fresa, melón, pimienta verde, col, papa, plátano, piña en conserva, durazno, manzana (27).

La vitamina D en el neonato es necesaria para evitar el raquitismo, porque interviene en la absorción de calcio y fósforo en intestinos, en la mineralización ósea, en la reabsorción renal, intensifica el tono muscular, aumenta la cantidad de sustrato necesario para la producción de su prohormona (D_3); para favorecer su utilización es necesaria la exposición a los rayos ultravioletas solares durante el día. Los requerimientos son de 400 UI ó 10 μ g. Se obtiene de alimentos como crema, huevo, hígado, aceite de hígado de bacalao ó de viosterol.

La vitamina K se necesita en la formación de la protrombina necesaria (27) Linnea Anderson. Op. cit., pp. 162, 327, 144 y 145.

en la coagulación sanguínea en el feto. Los requerimientos son de 7 a 140 μg . La proporcionan la col, coliflor, espinaca, hígado de res, soya, trigo, avena y aceites vegetales (28).

Por lo general la mujer embarazada no satisface los requerimientos de vitaminas con los alimentos que consume, por lo que se ha establecido institucionalmente la prescripción de polivitaminas a toda paciente para su mejor complementación vitamínica, lo que evita en algunos casos que se presenten manifestaciones por su carencia. También en la consulta se les indica que deben recibir los rayos ultravioleta del sol para el aprovechamiento de la vitamina D, siempre y cuando no se excedan. Esto lo realizan al llevar a cabo sus actividades hogareñas.

2.1.4.2 Características de la dieta.

La dieta de la mujer embarazada va en relación con el incremento ponderal y con la actividad física que realice; aunado a esto reúne características como alimentos apetitosos, suficiente, sencilla y nutritiva; y satisfacer las necesidades aumentadas de energía por medio de alimentos de bajo costo como son los cereales (maíz, trigo, arroz) y leguminosas (frijol, lenteja, garbanzo); otras características son que sea variada, completa, equilibrada, suficiente y adecuada al estado grávido.

El personal de salud tiene la responsabilidad de orientar y motivar a la (28) Linnea Anderson. Op. cit., pp. 127, 135 y 137.

madre sobre la dieta especial para ella, sobre su importancia y que pueda realizarla de acuerdo con sus posibilidades económicas; resaltando la importancia de no consumir suplementos farmacéuticos a menos que sea necesario y se le prescriban.

También ha de tomarse en cuenta los hábitos alimenticios, conocer las comidas que toma y el horario en que las realiza, para poder corregirlos estableciendo un horario durante su embarazo (29).

Las pacientes obstétricas derechohabientes del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza", por lo general no cumplen con las características que debe tener la dieta durante el embarazo, porque los alimentos actualmente en su mayoría son inalcanzables para el presupuesto familiar; por lo que se ven obligadas a consumir alimentos de bajo costo y calidad que no cubre los requerimientos necesarios para satisfacer las necesidades del metabolismo del binomio madre-hijo durante la gestación y la lactancia, lo cual influye en forma negativa en el crecimiento y desarrollo del niño, esto se observó al incrementarse el índice de niños pretérmino, de bajo peso al nacer y con desnutrición.

Otro factor que impide cumplir con las características de la dieta es que la paciente no es orientada correctamente por parte del personal de salud de la institución, lo que hace que ella se confunda y por vergüenza u otro motivo no pregunte y lleve la dieta de acuerdo con lo que ella
(29) Publicaciones del Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán"
Op. cit., p. 32.

considera bueno ó lo que le aconsejan sus familiares y conocidos de acuerdo con sus hábitos alimenticios, sin corregirlos y adecuarlos a su estado, lo que lleva a que al final del embarazo se sobrepasen de peso, ó se presente desnutrición ó una anemia importante.

También se observó que un 30 % de las pacientes obstétricas que llegaban a la Unidad Tocoquirúrgica para la atención de su parto eran adolescentes que por diversas razones no llevaron un control médico durante la evolución de su embarazo, lo que ocasionó que la mayoría presentara diversas alteraciones psicológicas y biológicas como preeclampsia, desnutrición en ellas y amenaza de aborto, parto pretérmino y producto de bajo peso; esto se debe a que existe una competencia nutricional entre la madre adolescente y el feto, pues la adolescente se encuentra aún en etapa de crecimiento y desarrollo y sus necesidades nutricionales son paralelas a la curva de crecimiento y desarrollo del feto; con la dieta específica, debería cubrir ambas necesidades.

2.1.5 Hábitos higiénicos.

2.1.5.1 Físicos.

- Baño.

Es importante el cuidado de la piel, porque aumenta la función excretoria durante la gestación.

La finalidad del baño no es solamente la de limpiar la piel, sino la de estimular la circulación sanguínea, por lo que conviene frotar ó dar masaje a todo el cuerpo con bastante energía. Se aconseja el baño diario de regadera ó esponja con agua tibia, ya sea por la mañana ó por la noche, pues sirve como relajante.

La ducha vaginal debe evitarse durante el embarazo a menos de que esté indicado por el médico como tratamiento de alguna infección pues es normal que aumente el flujo vaginal durante el embarazo. Durante el último trimestre del embarazo la mujer tiene poco equilibrio, por lo cual debe prevenírsele que tenga cuidado de no resbalarse y caerse en la regadera ó tina de baño. La piel durante el embarazo disminuye su suavidad, volviéndose reseca y pruriginosa, por lo que es conveniente el empleo de cremas de origen vegetal, como manteca de cacao (30).

A pesar de que se les recomienda en cada consulta de control la importancia del baño diario y que cuando inicien el trabajo de parto lo lleven a cabo para proporcionarles comodidad y relajamiento, no todas llegan a realizarlo, porque no cuentan con agua intra-domiciliaria y tienen que obtenerla de las tomas y registro de agua pública que muchas veces están retiradas de sus domicilios y entonces la ocupan sólo para lo más indispensable, dejando el baño en segundo término. También porque acostumbran bañarse cada tercer día por gusto y por economizar el gas ó leña que utiliza el calentador; las que no acuden a su control médico (30) Jacob Peurl Greenhill. Op.cit., p. 138.

ignoran la importancia del baño, no lo realizan adecuadamente y al llegar al servicio de admisión de la Unidad Tocoquirúrgica se les detecta infecciones de la piel y vulvares por ésa falta de higiene, y porque el agua que utilizan está contaminada; en este caso el personal de salud les indica que se bañen antes de ingresar a labor, para evitar que pudieran transmitir ésas infecciones a su bebé en el momento del parto.

- Vestido.

La selección de la ropa en el período gestacional vá de acuerdo con las estaciones del año; holgadas, cómoda, atractiva y moderna, la distribución igual, el poco peso sobre todo en los hombros. No se permitirá la compresión en el abdomen, glándulas mamarias y extremidades inferiores para evitar obstruir el retorno venoso linfático. A las mamas de volúmen ligamentos de Cooper se someten a tensión excesiva y las molestias resultantes se aminoran con el empleo de un sostén que brinda elevación sin constricción y ayude, al mismo tiempo, a conservar el contorno mamario.(31).

Durante la segunda mitad del embarazo conviene emplear la faja de maternidad, ya que brinda sostén a la pared abdominal, raquis y cinturón pélvico, ya que al sostener la pared abdominal mantiene en su sitio al útero en crecimiento y disminuye la sensación de peso y molestias, mejorando la circulación de retorno de las extremidades inferiores.

(31) Jacob Peurl Greenhill. Op. cit., p. 136.

Se evitará el empleo de ligas en extremidades inferiores, ya que dificultan el retorno sanguíneo. Los zapatos deben ser cómodos y de tacón bajo y ancho, lo cual disminuye la dorsalgia, las molestias en la porción baja del abdomen, la fatiga y favorecen la estabilidad y equilibrio. El cambio de ropa íntima se realizará a diario para evitar incomodidad para ella y los demás (32).

Esto último está en relación con el baño, pues si lo realizan a diario entonces el cambio de ropa es igual, pero si nó, lo realizan cada vez que se realiza éste ó cuando tienen que asistir a la consulta prenatal, y a veces antes de ingresar para la atención de su parto.

Se observó que su vestido era adecuado a su estado, era sencillo pero estaban cómodas y sólo se les explicaba que ésto facilitaba la circulación sanguínea y se reforzaba con las pláticas que se impartían en la sala de espera de consulta externa sobre los cuidados durante el embarazo.

- Descanso.

La mujer gestante requiere períodos de descanso en el día y dormir más de ocho horas diarias, ya que hay un aumento del gasto de energía, por lo que se fatiga fácilmente (33).

Las pacientes obstétricas del universo de trabajo, en su mayoría tienen

(32) Edward Steward Taylor. Op. cit., p. 182

(33) Jacob Peurl Greenhill. Op. cit., p. 137.

que trabajar como apoyo económico, pero ellas mismas se dan intervalos de descanso para conservar las energías suficientes para culminar el día, aún estando en su hogar tratan de hacerlo, aunque muchas veces no lo logran por la atención que le proporcionan a sus hijos y esposo, y a las labores domésticas. Aún así, se les insiste que descansen una hora durante el día a la hora que puedan para evitar que disminuya la oxigenación del feto.

- Higiene bucal y de manos.

Durante el embarazo la paciente tiende a descuidar las piezas dentales, aunque tiene la creencia de que las caries son producto del embarazo y de que si se tratan pueden afectar al feto, lo cual es erróneo, ya que está permitido e incluso se indica acudir al odontólogo para proporcionar tratamiento.

Con frecuencia acuden al odontólogo porque presentan sangrado de las encías y se asustan por desconocer la causa; éste las tranquiliza explicándoles que sus encías son más sensibles por los vómitos en los primeros meses de gestación y la técnica incorrecta de cepillarlos es la que provoca la lesión.

En cuanto al aseo de mano, en todo momento se recalca su importancia para la preparación de los alimentos y para evitar transmisión de infecciones gastrointestinales.

- Ambiente.

Varios autores opinan que la vivienda ideal es aquella que cuenta con suficiente ventilación e iluminación natural (solar), un pequeño jardín ó parcela, habitaciones suficientes para distribuir a la familia y evitar hacinamiento, y una limpieza adecuada primordialmente en donde se preparan los alimentos, contar con los servicios públicos, evitar convivir directamente con animales domésticos para prevenir la adquisición de patologías como la toxoplasmosis y tener contacto con personas ó niños que tengan enfermedades infecto-contagiosas ó eruptivas (rubeola, hepatitis, etc.) que puedan afectar al feto produciendo malformaciones congénitas que alteran su crecimiento y desarrollo (retardo mental, sordera, microcefalia, ceguera, anencefalia, muerte in útero, coriorretinitis, aborto).

Pero en la realidad ésto no llega a reunirse totalmente, ya que debido al aumento de la demografía se ha reducido el espacio vital y se ha aumentado la edificación de departamentos ó condominios con una ó dos recámaras en donde tienen que vivir a veces más de cinco personas, lo que causa un hacinamiento que hace que la futura madre se tense por la falta de distracción y ventilación.

2.1.5.2 Mental.

Al comportamiento psicológico de la mujer embarazada que acude al

hospital no se le dá la importancia que en realidad tiene, por la gran demanda de atención de partos. Este comportamiento se manifiesta durante el embarazo con sentimientos de resentimiento, temor ó cólera. Se presenta una ambivalencia, pues acepta y rechaza a su vez el embarazo, esto se nota más en las que son madres solteras y adolescentes, ya que la presión social las hace sentir culpa y vergüenza, éstos también se presentan por la falta de orientación sobre lo que sucederá en el trabajo de parto, el parto y las condiciones en que nazca el producto; hay angustia por el costo de la atención del parto, por la nueva responsabilidad que viene, y por el pendiente de los hijos que dejaron a cargo de un familiar; aunque algunas mujeres parecen felices y sin cuidado, están reprimiendo la ansiedad que sienten, pero se les proporciona apoyo emocional. Algunas opinaron que el embarazo las hizo sentirse "feas", lo que amenazaba su seguridad en la relación con su pareja, ésto lo demostraron con resentimiento hacia su bebé. La ansiedad nace de la posibilidad de que la actividad, la dieta, los medicamentos ó la anestesia afecten de manera perjudicial al feto en crecimiento.

Para disminuir la tensión emocional durante el embarazo se les recomienda acudir a lugares de diversión, evitando los sitios encerrados, mal ventilados y muy concurridos; lo que también les ayuda a mejorar la circulación sanguínea y oxigenarse si acuden a parques públicos; y se ha visto que ha dado resultados, pues durante el trabajo de parto se pueden relajar fácilmente y facilitar el parto causando menor sufrimiento del feto.

- Deporte/ejercicio.

Las pacientes embarazadas que acuden a la consulta externa son orientadas sobre el tipo de ejercicio que pueden realizar y que es necesario para mejorar su salud física. Se les recomienda caminar, tomar aire fresco y solearse sin excederse hasta fatigarse, ya que puede ocasionar hipoxia fetal, y que el ejercicio sea de acuerdo con su grado de tolerancia y con el tipo de vida que lleven. Se les explica que los beneficios que les traerá serán mejorar la circulación sanguínea, el apetito, la ingestión de alimentos y la función intestinal, fomentar el sueño tranquilo y apartar la mente de las responsabilidades corrientes (34).

Cuando preguntan si les afecta en algo realizar las labores hogareñas, se les explica que pueden hacerlas sin peligro, si no requieren gran esfuerzo. Se les permite continuar practicando deportes a los que están acostumbradas, excluyendo los ejercicios más energéticos durante los últimos meses del embarazo (35).

2.1.6 Actividades que puede realizar.

En el hospital se le aconseja a la mujer que trabaja que vea al médico desde el inicio de la gestación para comprobar su embarazo, para la exploración física inicial completa y para que pueda conocer el tipo de trabajo que realiza; si la paciente sigue sana, se siente bien y si el

(34) Jacob Peurl Greenhill. Op. cit., p. 137

(35) Edward Steward Taylor. Op. cit., p. 182

embarazo continúa normal, se le aconseja que debe tomar un descanso durante el segundo trimestre y que ella lo adecúe a su horario, debido a que el esfuerzo físico aumenta el consumo de oxígeno materno y dá lugar a un aumento en la demanda de reserva cardíaca que pudiera producir disminución del flujo sanguíneo uterino ((36).

Después del nacimiento debe tomar por lo menos seis semanas para el restablecimiento funcional antes de renovar la carga completa de trabajo.

Pero esto no se puede realizar, pues en casi todos los empleos la incapacidad después del parto es de treinta días, y cuando tiene tiempo, que por lo regular son los fines de semana, prefiere dedicárselos al bebé más que a su persona.

Los viajes en automóvil, ferrocarril, barco ó avión no perjudican al embarazo, sólo se prohíben los viajes largos a las pacientes con antecedentes de parto pretérmino, sobre todo en el primero y último trimestre. Si se tiene que viajar en automóvil, debe detenerse por lo menos cada dos horas para estirarse y caminar durante treinta minutos antes de reanudar el viaje, evitando así la estenosis venosa en los miembros inferiores y prevenir la tromboflebitis; en los viajes largos realizados en avión, la mujer debe caminar por el corredor a intervalos (37).

(36) Ralph C. Benson. Diagnóstico y Tratamiento gineco-obstétrico.

4a. ed. Ed. Manual Moderno, México, 1986, p. 643

(37) Jacob Peurl Greenhill. Op. cit., p. 138

2.1.7 .Relación sexual.

Si la evolución del embarazo es normal, no se restringe la actividad sexual hasta los dos últimos meses de gestación; las excepciones específicas incluyen mujeres con amenaza de aborto ó antecedentes de aborto ó parto prematuro ó hemorragia vaginal durante el embarazo actual, pues los estudios muestran que el orgasmo guarda relación con contracciones uterinas dolorosas por liberación de prostaglandina del líquido seminal, desencadenando el trabajo de parto ó produciendo parto prematuro. A algunas se les permite actividad sexual hasta el término del embarazo a menos que haya ruptura de membranas, para prevenir infección ó molestia. A veces la mujer pierde el interés por la relación sexual en el último trimestre, pero reaparece el deseo normal después del parto (38).

Muchas pacientes que se encuentran en la sala de labor en trabajo de parto han comentado que sus esposos les exigen tener relaciones aún al término del embarazo, pensando únicamente en su propia satisfacción sin considerar el estado emocional y físico de ellas, y sin percatarse de las consecuencias que conlleva. Otras comentan que desde que se embarazaron no han tenido relaciones, pues su esposo se interesa por su bienestar y el futuro bebé, pero entonces se presenta el temor de que su esposo caiga en la infidelidad.

2.1.8 Control prenatal.

(38) Jacob Peuri Greenhill. Op. cit., p. 138

Las visitas prenatales regulares permiten al médico vigilar a la mujer embarazada para descubrir y tratar cualquier enfermedad materna que exista ó pueda presentarse en el transcurso del embarazo, que lo complique, dificulte el parto ó condicione un pronóstico desfavorable para el recién nacido; además, vigila la evolución de la gestación normal de ser posible desde la presencia de amenorrea. Los factores de riesgo fetal durante el desarrollo intrauterino son mayores que los que se presentan durante el parto y los primeros días de la vida del neonato; también se pueden detectar oportunamente en la madre los factores de riesgo reproductivo (PREVIGEN) (ver Anexo 1) (39).

Se calcula que en promedio acuden a control prenatal a la consulta externa del hospital unas trece pacientes obstétricas por día, dando un total aproximado de 3,000 pacientes atendidas al año, lo que muestra mayor interés de las futuras madres por la óptima evolución de su embarazo y el crecimiento y desarrollo del producto, para que nazca un bebé saludable, y conozca los cuidados que debe tener para ayudarlo a adaptarse al medio en que se vá a desenvolver; también favorece que disminuyan las tasas de morbi-mortalidad materna y neonatal.

El personal de salud que rota por el servicio de obstetricia promueve la lactancia temprana al seno materno, sobre todo en las madres de bajos recursos económicos, para proteger a sus bebés de enfermedades infecciosas durante los primeros meses de vida mientras puede iniciar el esquema (39) Héctor Mondragón Castro. Op. cit., p. 97

de inmunizaciones. Además de que por medio de la lactancia al seno materno, la madre brinda afecto necesario para el desarrollo psicosocial, que inicia con la confianza básica (Eric Erikson) y el apego que es el primer contacto que tiene el bebé con sus padres.

Para que sea eficaz el control prenatal, el médico programa la consulta obstétrica de la paciente embarazada de manera que durante el primer trimestre asista una vez, durante el segundo trimestre acuda cada mes y en el último trimestre sea cada quince días. Realizando en la primera consulta la Historia Clínica Obstétrica (ver Anexo 2), corroborar el diagnóstico de embarazo; y solicitar exámenes clínicos de laboratorio (ver Anexo 3) para detectar oportunamente alguna alteración.

En las consultas siguientes el médico corrobora que la evolución del embarazo sea normal a través del interrogatorio sobre síntomas indicativos de patología, control del incremento ponderal y exploración física obstétrica; si se sospecha de alguna patología que afecte a la mujer embarazada y que repercuta en el producto, el médico solicitará exámenes de gabinete necesarios para precisar el diagnóstico (ver Anexo 4); si se verifica ó comprueba la existencia de patología, se dá tratamiento ó sea canaliza con un especialista.

En la última consulta prenatal, además de los datos anteriores se realiza la valoración clínica de la pelvis, con la que se determinará el tipo de

parto que tendrá la paciente(40).

(40) Héctor Mondragón Castro. Op.cit., p.103.

Durante el servicio social se observó que el control prenatal era adecuado, pues además de la consulta, se complementa con un programa de pláticas educativas sobre el embarazo y los cuidados del recién nacido y el crecimiento y desarrollo fetal, estimulación temprana del recién nacido, lactancia al seno materno, patologías que pueden presentarse durante el embarazo y planificación familiar.

2.2 CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS 5 AÑOS DE EDAD.

2.2.1 Concepto de crecimiento.

Según Eugenia Waechter, el crecimiento es cualquier incremento en la talla, peso ó potencia de cualquier organismo viviente (41).

Valenzuela define el crecimiento como el aumento de tamaño, altura, circunferencia ó largo, que resulta de la proliferación de las células (42).

2.2.2. Concepto de desarrollo.

Para Henry Silver, el desarrollo es la madurez de los órganos y sistemas,

(41) Eugenia Waechter. Enfermería Pediátrica. 9a. ed. Ed. Interamericana México, 1981. p. 46i

(42) Rogelio Valenzuela. Manual de Pediatría. 10a. ed. Ed. Interamericana. México, 1987, p. 78.

adquisición de habilidades, capacidad para asumir la máxima responsabilidad y alcanzar la libertad en su expresión creadora (43).

Dennis y Hassol lo definen como la serie de cambios que con el paso del tiempo ocurren en una secuencia ordenada y pronosticable, por medio de una integración de los factores biológicos y ambientales (44).

Con base en los conceptos anteriores, se tiene que, el desarrollo de un nuevo ser está determinado por los antecedentes heredo-familiares, la preparación que tenga la mujer durante la evolución de su embarazo acerca del aporte nutricional y los cuidados prenatales, para satisfacer las necesidades del binomio madre-hijo y durante los primeros cinco años del niño, lo que permitirá que los órganos y sistemas del recién nacido alcancen su madurez para que adquiera habilidades y destrezas, facilitando que se adapte al medio en que se desenvolverá.

2.2.3 Crecimiento.

2.2.3.1. Recién nacido.

- Examen y características.

Para conocer la respuesta del niño al momento de nacer, se toman en (43) Henry Silver. Manual de pediatría. 11a. ed. Ed. El Manual Moderno. México, 1985, p. 26.

(44) Lorraine Dennis y Joan Hassol. Psicología evolutiva. Ed. Interamericana. México, 1986. p. 4

cuenta dos tipos de valoración: la primera consiste en el tipo de respuesta que tiene el niño hacia el ambiente, (ver Anexo 5); y la segunda consiste en valorar la función del esfuerzo respiratorio (ver Anexo 6).

La escala de Apgar se emplea para valorar el estado del recién nacido en lo referente a la respuesta al medio ambiente. Se realiza en el primer minuto del nacimiento y el resultado que se obtenga sirve para establecer un criterio de reanimación y deberá repetirse a los cinco minutos.

En cuanto a la escala de valoración del esfuerzo respiratorio de Silverman, es un indicativo para detectar oportunamente algún problema en el sistema respiratorio como puede ser signos de insuficiencia respiratoria, broncoaspiración, membrana hialina y otras complicaciones pulmonares.

Para la valoración clínica del recién nacido se toman en cuenta los siguientes parámetros: la somatometría (talla, peso, perímetros, signos vitales), la exploración física y la valoración neurológica (ver Anexo 7, Anexo 8 y Anexo 9).

Dentro de la somatometría se tiene que: la talla del niño al nacer varía entre 48 y 52 cm. El niño en promedio pesa aproximadamente 3,330 g. al nacimiento; de éste total, del 65 al 75 % lo constituye el contenido de agua y el 25 % lo constituyen los músculos, perdiendo el 10 % de su peso en la primera semana de vida (45) (ver Anexo 10).

(45) Rogelio Valenzuela. Op.cit., p. 87 y Henry Silver. Op. cit., p. 37

El perímetro cefálico del neonato es aproximadamente de 35 cm., mientras que el perímetro torácico es de 32 a 33 cm., al igual que el abdominal. El segmento inferior es la distancia entre el borde superior de la sínfisis púbica y la planta del pie; el segmento superior resulta de la diferencia del segmento inferior y la talla (46).

Durante la realización del servicio social en el Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., se observó que las cifras de los parámetros mencionados variaban de acuerdo con las características de las pacientes obstétricas debido a la influencia del nivel socioeconómico y cultural, ya que en su mayoría provienen de un nivel medio bajo; por lo tanto existe deficiencia en el aporte nutricional, pues los alimentos que contienen los nutrimentos necesarios, o no están al alcance de sus posibilidades económicas ó hay mayor preferencia por productos "chatarra", que sólo producen aumento de peso en la mujer y desnutrición en el producto.

Otro de los factores que se han visto que influyen sobre el crecimiento y desarrollo del niño, es la deficiencia en los hábitos higiénicos mencionados en el capítulo anterior. Dentro de la práctica en la sala de expulsión, se ha observado que los parámetros de la somatometría no presentan gran variación, a excepción del segmento inferior, cuyas medidas fluctúan entre 18 y 21 cm.

(46) Rogelio Valenzuela. Op. cit., p. 212 y 95.

Los signos vitales son otra parte de la somatometría y están dados por: la frecuencia respiratoria, que es de 35 a 60 respiraciones por minuto; la frecuencia cardíaca corresponde de 110 a 160 latidos por minuto. La presión arterial del niño, que al nacer es de 80/46 mm Hg y de 85/40 mm Hg a las veinticuatro horas, aumenta a 90/50 mm Hg a los veinte días. La temperatura axilar es de 36.5 a 37.8°C y la rectal es de 36.8 a 37.1° (47).

Se observó que a los niños que nacen en la sala de expulsión, se les media la frecuencia cardíaca durante la valoración apgar, pero no era aplicable como regla general; al ser transferidos al cunero de transición, la toma de la temperatura rectal se hace necesaria para la comprobación de la permeabilidad del ano. Ahora, la presión arterial y la frecuencia respiratoria son parámetros no utilizados dentro de la somatometría en el campo clínico del Hospital mencionado.

Las características físicas del recién nacido normal son: la coloración de la piel es sonrosada, excepto manos y pies que pueden presentar acrocianosis. La piel puede estar cubierta por una sustancia grasosa llamada vernix caseosa e igualmente pueden existir zonas cubiertas de un vello suave llamado lanugo. Muchos neonatos normales tienen Petequias en algunas partes de su cuerpo, al igual pueden presentar milia en la nariz, mejillas y frente; la dilatación de los vasos superficiales de pequeño

(47) Eugenia Wechter. Op. cit., p. 143; Rogelio Valenzuela. Op. cit., p. 203 y Joaquín Plaza Montero. Puericultura. 4a. ed. Ed. Jims. Barcelona, 1986, p. 74

calibre puede producir áreas rojizas en los párpados ó en el occipucio (48).

Al nacer, la cabeza tiene aproximadamente las tres cuartas partes del tamaño que tendrá en la vida adulta, mientras que el resto del cuerpo sólo tiene la cuarta parte de su tamaño. Las fontanelas que existen al nacimiento son seis: dos esfenoidales, dos mastoideas, la posterior y la anterior; ésta última es blanda y pulsa con cada latido cardíaco. La posterior se ocluye antes del primer mes. El tórax es redondo, las costillas forman un ángulo recto respecto a la columna vertebral, el contenido torácico parece ser de mayor volúmen que la caja que lo contiene y los senos costodiafragmáticos son reducidos, en parte, por la situación alta del hígado en el hemitórax derecho (49).

La cantidad de orina secretada por el neonato en sus primeros dos días de vida es de 15 a 50 ml/veinticuatro horas y de 50 a 300 ml/veinticuatro horas durante la segunda semana. Por otra parte, su capacidad gástrica es de 20 a 45 ml y su primer defecación es meconial durante las seis a dieciocho primeras horas (50).

En cuanto a la hemoglobina del recién nacido, hay mayor proporción de la de tipo fetal que tiene mayor poder de captación de oxígeno, pero el
 (48) Eugenia Waechter. Op. cit., p. 142, Rogelio Valenzuela. Op. cit., p. 212 y Eugenia Wechter. Op. cit., p. 144
 (49) Henry Silver. Op. cit., p. 39; Rogelio Valenzuela. Op. cit., p. 214 y 215.
 (50) Henry Silver. Op. cit., p. 42 y Joaquín Plaza Montero. Op. cit., p. 192

organismo se ajusta durante el curso de doce a veinticuatro semanas para que el total de ella sea transformada ó sustituida por la del tipo del adulto. El número y tamaño de los eritrocitos son de cinco a cinco y medio y ocho a nueve micras, respectivamente, y de hematocrito cuarenta y ocho a cincuenta y cinco. Los leucocitos están en proporción de catorce a diecisiete mil, que luego descienden hasta el nivel normal del lactante de cuatro meses de edad (ver Anexo 11).

Se observó que los recién nacidos que se valoraban en la sala de expulsión reunían algunas de las características mencionadas, pues algunos presentaban abundancia ó escasez de vérnix caseosa, lanugo y otros que afectaban la adaptación del bebé al medio ambiente; por ejemplo, en el caso del recién nacido con escaso vérnix caseosa, ésto le limita mantener la temperatura corporal.

- Alimentación.

La alimentación del recién nacido se basa totalmente en la lactancia al seno materno y su importancia radica en que la leche materna contiene un alto valor nutritivo, sobre todo en protefmas, que transmiten factores inmunológicos al niño y constituyen defensas naturales contra infecciones respiratorias y gastrointestinales; constituye además un acto de amor y aceptación materna que repercute desde el punto de vista psicológico (satisfacción oral máxima), al tomarla el niño tiene menos cólicos, vómitos y reacciones alérgicas que los niños alimentados artificialmente;

contiene los nutrimentos adecuados y balanceados, excepto vitamina D, fluoruro y hierro; se encuentra a una temperatura ideal, no requiere preparación alguna y siempre está disponible (51).

La leche materna es suficiente para asegurar un desarrollo adecuado durante los primeros meses. La anemia ferropénica en lactantes alimentados con leche materna es muy rara(52).

De acuerdo con la edad del lactante, la composición química y el valor energético de la leche materna, existen diferentes etapas que la diferencian ligeramente. Así se distinguen: el calostro, que aparece en los últimos días del embarazo y aumenta durante los primeros días que siguen al parto. (ver Anexo 12). El calostro es un líquido amarillento, delgado, con un contenido relativamente alto de proteínas, contiene principalmente globulinas que son de importancia biológica e inmunológica para el pequeño. La leche temprana es la segunda leche que se segrega durante las primeras semanas de la lactancia; la tercera leche es la leche intermedia ó madura, que comprende de los dos a los seis meses de edad del pequeño; por último, la leche tardía, que proporciona la madre a partir del séptimo mes y a menudo se prolonga hasta los diez, doce y más meses de edad (53).

De ahí que el servicio de obstetricia "habitación conjunta" del Hospital

(51) Héctor Mondragón Castro. Op. cit., p. 212

(52) Henry Silver. Op. cit., p. 46.

(53) Rogelio Valenzuela. Op. cit., p. 131; Eugenia Wechter. Op. cit., p. 151 y Rogelio Valenzuela. Op. cit., p. 131

mencionado apoya la relación del binomio madre-hijo mediante la promoción de la lactancia temprana al seno materno, para aprovechar los recursos naturales que proporciona la alimentación natural, fortaleciendo el estado nutricional y afectivo del neonato y disminuyendo la predisposición a enfermedades de tipo infeccioso para así poder disminuir la morbi-mortalidad neonatal.

Algunas de las pacientes refieren, durante su estancia en el servicio, que no tienen suficiente secreción de leche para satisfacer la demanda del bebé, por lo que, al pasar el pediatra a valorar a sus bebés, le solicitan dotación de leche artificial adecuada para sus bebés. El personal de salud se encargaba de darles orientación acerca de que la producción de la leche se da sólo a través de la estimulación de la glándula mamaria por parte del bebé al succionar y se les explica que deben insistir, pero se encuentra mucha resistencia en algunas de ellas, que prefieren preparar un biberón.

Se hacía hincapié en la importancia psicológica de la lactancia materna y lo referente al horario quedaba a cargo del pediatra; les correspondió a los pasantes de la carrera de Enfermería y Obstetricia promover y orientar a la madre sobre la técnica de alimentación al seno, entre otros temas al respecto.

- Sistema inmunitario.

En la actualidad existe un cuadro básico de inmunizaciones, el cual ayuda a las madres a orientarse acerca de las dosis y fechas en que debe aplicarse cada inmunización y qué contraindicaciones y efectos secundarios tienen.

En el Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza", en el servicio de obstetricia se tuvo la oportunidad de poder orientar a las madres, cuando surgían dudas cómo la de qué vacuna debía aplicárseles primero; una enfermera pasaba vacunando a los bebés y a los que estaban dentro los límites ó parámetros normales en cuanto a su peso, les aplicaban la vacuna antituberculosa B.C.G., se les decía a las madres a qué hora podían darle de comer, qué reacciones secundarias podría presentar el niño y se les enseñaba el manejo de la cartilla de vacunación la cual indica dosis y fecha de aplicación de cada inmunización; al contestar a sus dudas ellas de fueron a sus hogares con menos temores sobre el tema y llevando consigo una cartilla proporcionada por el personal de salud.

Durante la estancia del equipo de investigación en el Hospital se llevaron a cabo dos campañas de vacunación, en las cuales sólo participaron los médicos internos, pero ya hay experiencia acerca de ésta labor, en la que se orienta a las personas acerca de que sólo es un refuerzo y no una vacuna en sí; pues preguntan si pueden vacunar al bebé y se les explica que sí. Se encuentra gente que coopera, pero hay personas que oponen resistencia a querer vacunar a sus hijos por ignorancia ó aún sabiendo que las inmunizaciones son fundamentales para evitar que en

un futuro el niño se infecte ó enferme de alguna patología como polimielitis, tuberculosis, difteria, tétanos ó tosferina ó sarampión, de las que podrían quedar secuelas permanentes que o incapacite para toda su vida. A esta gente no cooperadora se vá a su hogar a orientarla más al respecto para persuadirla de la importancia de éstas campañas (ver Anexo 13).

Durante la gestación el producto no es capaz, en condiciones normales, de sintetizar inmunoglobulinas y sólo lo hace en cantidades minúsculas; a partir del tercer mes de embarazo hacen su aparición en la circulación fetal niveles crecientes de Ig G que proviene de la madre y que se incrementa en las últimas seis semanas del embarazo; a partir del nacimiento la Ig G tiene una vida media de treinta días y su efecto protector dura aproximadamente seis meses (54).

Desde el momento en que deja el ambiente estéril y protegido del útero, el lactante recibe de manera constante los antígenos extraños en forma de agentes microbianos, lo mismo que otros agentes inhalados desde la atmósfera ó ingeridos durante la alimentación. La función primaria del sistema inmunitario es prevenir el establecimiento local, la entrada general ó la diseminación amplia de éstos agentes (55).

El esquema ideal de vacunación para el primer año de vida es:

(54) Rogelio Valenzuela. Op.cit., p. 104

(55) Eugenia Wechter. Op. cit., p. 280

Recién nacido	Vacuna BCG	Primeras setenta y dos horas
	Sabin trivalente	Dosis adicional
Dos meses de edad	Vacuna DPT	Primera dosis
	Sabin trivalente	Primera dosis
Cuatro meses de edad	Vacuna DPT	Segunda dosis
	Sabin trivalente	Segunda dosis
Seis meses de edad	Vacuna DPT	Tercera dosis
	Vacuna trivalente	Tercera dosis
	Vacuna antisarampionosa	

2.2.3.. Lactante menor(veintiocho días a dos meses)

- Examen y características.

Durante las primeras semanas, el aumento de peso del lactante es aproximadamente de 32 g. diarios, ganando 750 g. por mes. El mayor porcentaje del peso corporal lo constituye agua, que disminuye en los primeros meses (56).

Durante la práctica en el Centro de Investigación Materno-Infantil del Grupo de Estudios de defectos al Nacimiento, en la consulta externa de pediatría y durante las visitas a domicilio a las madres con bebés menores de seis meses, se observó que la mayoría no sabía cuánto aumenta de

(56) Henry Silver. Op. cit., p. 41

peso su bebé en el primer año y pocas lo llevan a control periódico con el pediatra, sólo atendían el aspecto de las vacunas y eso porque se les advierte antes de salir del hospital que inicien su esquema de vacunación; por eso el pasante de Enfermería les explicaba la importancia de llevar a control al bebé sano, para detectar oportunamente si se presenta alguna patología ó si está desnutrido el bebé. Pero tampoco lo llevaban al pediatra las madres de nivel socioeconómico bajo, pues aparte de no tener dinero suficiente, tenían que atender a sus otros hijos y algunas hasta trabajar, por lo que no tenían tiempo; entonces cuidaban al bebé como ellas habían sido cuidadas ó de acuerdo con los consejos de familiares ó vecinas. En las madres de nivel medio y alto casi no se encontró éste problema, sólo persistió el de que cuidan al bebé del modo que acostumbra la familia.

Respecto de las características, hacia los dos meses de edad por lo general se ha cerrado la fontanela posterior. En los comienzos de éste periodo el niño permanece continuamente en decúbito, las piernas aparecen encogidas, flexionadas sobre su vientre, mientras que los brazos van perdiendo la flexión tónica acentuada que mostraba de recién nacido. El llanto es una de las características del lactante normal, es la única forma que tiene para manifestar una tensión emocional y descargarse de ella (57).

Las cantidades elevadas de eritrocitos y hemoglobina existentes al naci-
(57) Eugenia Waechter. Op. cit., p. 283; Joaquín Plaza Montero. Op.cit.,
p. 48 y 192.

miento, disminuyen con rapidez durante las primeras semanas. La hemoglobina total representa cincuenta y cinco por ciento del total y a las cinco semanas se encuentra 17-19 g./100ml. (58).

En la realización del servicio social en el hospital, no hubo oportunidad de observar al lactante menor, ni la relación entre él y su madre, pues sólo se rotó por servicios de Ginecología y Obstetricia; pero en la práctica que se realizó en el C.I.M.I.G.E.N. se pudo observar un poco a través de la consulta externa de pediatría y de las visitas domiciliarias que se hacían a las madres y se pudo observar que esas características eran percibidas por la madre como algo natural y como parte de su crecimiento y desarrollo, pero desconocían los cambios internos que se van dando y algunas no realizaban estimulación temprana para fomentar su desarrollo neurológico y psicomotriz. También percibían que el bebé se parecía más a la mamá ó al padre ó a otro familiar, y se les explicó que era debido a la herencia. También se les explicó que cuando la fontanela está hundida es signo de deshidratación y que deben llevarlo de inmediato al médico, al que acuden sólo cuando el bebé se enfermaba y nó para llevar control de su bebé sano.

- Alimentación.

En la alimentación al seno materno se segregan 800 ml de leche al segundo mes, lo que corresponde a 60 a 150 ml por cada tetada (59).

(58) Eugenia Waechter. Op. cit., pp. 247 y 243

(59) Rogelio Valenzuela. Op. cit., p. 134.

Algunas de las madres que habfan tenido su bebé en el Hospital seguían dándole el seno, pero algunas habían cambiado a biberón, pues no habían tenido leche, según ellas, ó tenían que trabajar y les era imposible alimentarlo, con ello cortaban un poco el lazo afectivo que estaba formando entre ella y su bebé, pues sólo atendían el aspecto biológico, descuidando la esfera afectiva.

2.2.3.3. Lactante mayor (dos meses a dos años).

- Examen y características.

En la valoración clínica del lactante mayor se tienen los siguientes parámetros: en la somatometría, el niño promedio crece alrededor de 25 cm. durante el primer año de vida y 12.5 cm. durante el segundo año. Durante los primeros seis meses de edad la mayor parte del peso del niño lo constituye la grasa, mientras que en el segundo semestre, una cada vez mayor en el aumento son proteínas y refleja la producción creciente de tejido muscular (60).

Así, el peso al nacer se duplica entre el cuarto y el quinto mes de edad, se triplica al final del primer año y se cuadruplica al terminar el segundo año de vida. El perímetro cefálico del lactante mayor aumenta en un promedio de 35 cm. al nacer y 47 cm. al año de edad (61).

(60) Henry Silver. Op. cit., p. 243 y Eugenia Waechter. Op.cit., p. 246
 (61) Henry Silver. Op. cit., p.243 y Eugenia Waechter. Op.cit., p.246

Al segundo año de vida el perímetro cefálico es de 48 cm. (62).

En el transcurso de la práctica hospitalaria no se tuvo la oportunidad de verificar si la población de los lactantes cubría los parámetros mencionados, ya que no hubo contacto directo con éstos pues no se rotó por el servicio de pediatría; en cambio, en el C.I.M.I.G.E.N. se podía tratar a éste tipo de lactantes, pero fueron pocas veces.

En lo referente a los signos vitales se tiene que la frecuencia respiratoria disminuye de manera uniforme durante la niñez, siendo en promedio treinta respiraciones por minuto en el primer año y veinticinco por minuto durante el segundo año. La frecuencia del pulso es bastante lábil durante la lactancia y es de 80 hasta 160 pulsaciones por minuto; la frecuencia cardíaca desciende, a ciento cinco latidos por minuto durante el segundo año de vida. Durante el primer año de vida la presión arterial es aproximadamente de 85/60 mm. Hg. (63).

En cuanto a características físicas del lactante mayor se presentan cambios rápidos; la altura aumenta en un cien por ciento (50-75 cm). El peso en el primer año se triplica y en el segundo año se cuadruplica (64).

(62) Koupernik Cyrille. Desarrollo psicomotriz de la infancia. 10ª ed. Ed. Planeta. España, 1980, p. 243.

(63) Rogelio Valenzuela. Op.cit., pp. 61 y 247, y Eugenia Waechter. Op.cit., p. 247

(64) Eugenia Waechter. Op.cit., p.243 y Juan José Sola Mendoza. Op.cit., p. 92.

La fontanela anterior normalmente se cierra entre los diez y los catorce meses, pero puede permanecer abierta hasta los dieciocho meses de edad. El abdomen suele ser prominente en los lactantes. El lactante promedio secreta de 400 a 500 ml de orina al día en la segunda mitad del segundo año de vida (65).

Durante el final del segundo año, la piel del pequeño cambia, desde el cutis delicado con gran contenido de agua hasta epitelio más resistente (66).

En relación con éstas características, igual que en la somatometría, signos vitales y alimentación, como ya se ha mencionado con anterioridad, no se observaron las características por falta de contacto con éstos lactantes, tanto en el Hospital como en el C.I.M.I.G.E.N.

- Destete y ablactación.

En la segunda mitad del primer año, el medio ambiente y la cultura comienzan a imponer exigencias sobre el niño: una de las primeras es el destete.

Los principios que participan tiene aplicación general en otros aspectos del crecimiento y desarrollo del pequeño.

(65) Juan José Sola Mendoza. Op. cit., pp. 104 y 110.

(66) Eugenia Wechter. Op. cit., p. 355.

Es importante ayudar al niño a dejar el comportamiento de bebé y a lograr independencia creciente cuando esté listo para ello. La rapidez del destete debe adaptarse a las particularidades de cada niño y no se hará forzosamente según un sistema arbitrario; si el proceso es gradual y placentero, muchos niños utilizarán exclusivamente la taza hacia el final del primer año de vida y conservarán el sentido de aventura y de placer en los progresos y en el dominio. Cuando se ha logrado el destete de manera satisfactoria, se anuncia la declinación del período incipiente de desarrollo psicosocial, caracterizado por dependencia completa, exigencias impulsivas, necesidad y satisfacción bucal y cercanía física de la madre (67).

La ablactación actualmente debe iniciarse en todo niño sano normal, alimentado al seno ó artificialmente, desde los primeros meses (dos meses); durante el tercer mes de edad es de recomendarse la administración de jugos de frutas, administración progresiva de cucharadas de papillas diariamente a horas intermedias entre las tetadas ó el biberón, al principio y después, precisamente antes de iniciar la toma de leche, ya sea al medio día ó por la tarde (68) (ver Anexo 14).

Para éstos dos temas, se piensa que en México no se recomienda que el destete y la ablactación sea a tan temprana edad, ya que las familias no cuentan con el aporte económico necesario para poder alimentar a sus hijos como lo marcan las diferentes tablas de alimentación que existen.

(67) Eugenia Waechter. Op. cit., p. 275
 (68) Joaquín Plaza Montero. Op. cit., p. 467

ten como base de los alimentos que deben formar parte de la dieta del niño. Otro aspecto es que las madres no están educadas en cuanto a la higiene que se debe tener al preparar la alimentación del niño, y esto lleva a que frecuentemente el niño tenga diversas infecciones por esta causa.

2.2.3.4. Preescolar (dos a cinco años).

- Examen y características.

El aumento de estatura del preescolar es el más lento de los cambios que se llevan a cabo en esta etapa; la talla en promedio pasa de 75 a 118 cm. durante estos cinco años. El peso oscila entre diez y veintidós kg., que es más de dos terceras partes de los niños de uno a tres años, que pesan 1.3 kg. de diferencia del promedio de su edad. El aumento de peso es causado por el tejido muscular y sigue disminuyendo el porcentaje del peso corporal que está constituido por grasa (69).

Durante esta etapa la circunferencia de la cabeza puede ser de cinco a siete cm. menor que la del tórax (70).

El perímetro cefálico en el niño de tres años es de 50.1 cm. y en niñas de 49.1 cm.; a los cinco años en varones es de 51.2 cm. y en mujeres de 50.4 cm. El perímetro torácico en varones a la edad de tres años es (69) Eugenia Waechter. Op.cit., pp. 352 y 246.
(70) Henry Silver. Op.cit., p. 39.

de 53 cm., mientras que a los cinco años es de 56.3 cm.; en las mujeres es de 51.5 cm. a los tres años y a los cinco es de 55.4 cm.(71).

En cuanto a las características se tiene que el tronco del niño es muy largo y sus piernas muy cortas; su cabeza está sobre un tórax, la musculatura abdominal no está bien desarrollada al principio, pero a los cuatro ó cinco años de edad el crecimiento es más rápido en piernas que en tronco. A causa de los cambios en su mecanismo de almacenamiento de grasa y al mejoramiento del tono muscular, el niño de uno a tres años de edad se hace menos gordo, conforme sustituye su grasa de bebé por músculos sólidos. A los cinco años de edad, casi no hay abdomen y el tórax es más prominente y más desarrollado (72).

- Alimentación.

Al disminuir el ritmo de crecimiento, las necesidades calóricas del pre-escolar se conservan en cien calorías por kg. por día para equilibrar el gasto energético de la creciente actividad física, así el niño requiere de mil cuatrocientas a mil ochocientas calorías al día y el contenido de proteínas en la dieta se ajustará a dos g. de proteínas por kg. de peso corporal; siendo el contenido de agua corporal menor en ésta etapa, las necesidades de ingesta de la misma se reducen a cien a ciento veinticinco ml por kg. por día, a menos que ocurra enfermedad ó sea tiempo de

(71) Rogelio Valenzuela. Op.cit., p. 96.

(72) Eugenia Waechter. Op.cit., p. 352

calor (73).

El requerimiento de calcio y fósforo en la dieta diaria de niños de dos a tres años es de 800 mg. c/u (74).

- Dentición.

La erupción de los dientes de leche termina bastante antes del tercer año; es durante la segunda mitad del segundo año cuando aparecen los caninos y, finalmente, durante la primera mitad del tercer año brotan los primeros molares (75).

Al no haber tenido contacto con lactantes, no se presentó la oportunidad de relacionarse con el niño preescolar, tanto en el hospital como en el C.I.M.I.G.E.N.; por lo tanto, los datos de somatometría y características son obtenidos de fuente teórica, por lo que no se pudo observar si los parámetros de los niños que asisten al Hospital están dentro de los límites normales.

Otro aspecto importante es que éste tipo de niños sólo son llevados por sus padres cuando están enfermos, pero nunca los llevan a un control del niño sano para un examen general ó para que simplemente se verifique la talla y el peso; ésta fué otra limitante para que el contacto con

(73) Eugenia Waechter. Op. cit., p. 357

(74) Linnea Anderson. Op.cit., p. 352

(75) Eugenia Waechter. Op. cit., p. 355.

ellos haya sido nulo.

Pero se observa que la población preescolar que reside en la zona donde está ubicado el hospital, se encuentra en los límites normales de los parámetros y características, no hay marcadas variaciones respecto de las ya mencionadas anteriormente.

2.2.4. Desarrollo psicosocial.

2.2.4.1. Lactante.

- Confianza básica.

El primero en estudiar el desarrollo psicosocial del individuo fué Erik Erikson, quien establece la teoría de "edades y etapas"; éste autor sugiere que la base del carácter emocional se desarrolla gradualmente a través de la calidad de la interacción con las personas significativas en el ambiente. De acuerdo con las condiciones de cada edad y las circunstancias en particular de las personas y eventos del ambiente que se combinan para producir una características profunda y especial de la personalidad, se establecen las etapas, cada una está basada en las que han pasado y si alguna de las ocho etapas establecidas no se diera, ésto influiría en el desarrollo de las demás (76) (ver Anexo 15).

(76) Lorraine Dennis y Joan Hassol. Op. cit., p. 62.

Establece Erikson que la primera etapa psicosocial se da en el primer año de vida del niño, y consiste en la adquisición de orientación primaria hacia el mundo y su gente, la cual se funda en la calidad de atención y cuidados proporcionados al lactante principalmente por la madre, con quien establece un vínculo afectivo percibido a través de las satisfacciones de sus necesidades, lo cual le proporcionará sensaciones de comodidad y placenteras y de confianza sobre el ambiente que lo rodea. En cambio al faltarle ó al limitársele el vínculo afectivo, percibirá que es rechazado y tendrá la impresión de que el medio ambiente está lleno de temores, desarrollando así en su interior angustia e inseguridad para adaptarse a su medio familiar y social (77).

- Apego.

En cambio Bowlby y otros psicólogos se preocuparon por estudiar qué tanto influye el tipo de atención maternal en el desarrollo psicológico del lactante; es entonces cuando Bowlby establece la teoría del "apego" donde se señala que es esencial para la salud mental del lactante y del niño el experimentar una relación cálida, íntima y continua con su madre, en la que ambos encontrarán satisfacción y disfrute; también afirma que aquellos lactantes que no cuentan con el cuidado pueden languidecer y aún morir, pero si sobreviven mostrarían una incapacidad para relacionarse con otros y su capacidad emocional estaría deprimida. Para Margaret Mead no es tan necesario que la madre sea la única en proporcionar el (77) Lorraine Dennis y Joan Hassol. Op.cit., pp. 63 y 62.

apego, al contrario, entre más personas le brinden afecto al niño éste desarrollará su capacidad de adaptación al medio social (78).

Se observó durante la realización del servicio social que las pacientes - que se encontraban en la sala de expulsión, al mostrarles a su bebé, establecieron el primer vínculo afectivo, aunque haya sido por corto tiempo, ya que se les tenía que proporcionar los cuidados inmediatos y trasladarlos al cunero de transición; el vínculo se renovó cuando la madre se encontró ya en el servicio de obstetricia; después de haber transcurrido ocho horas del parto se les hizo entrega del bebé para proporcionarle alimentación al seno materno y con ésto darle afecto y crear un ambiente de comodidad y confianza en el mundo en que se desenvolverá en el futuro; ya que el pequeño percibe mediante la satisfacción de sus necesidades que la madre lo quiere y sobre todo que fué bien recibido.

Mientras que aquellas madres que se negaron a alimentar a su bebé en forma natural, limitaron en cierta manera el desarrollo emocional de éste, lo cual, aunado al hecho de que haya podido ser no deseado, resiente en forma de rechazo, creándole en el futuro inseguridad, temor y angustia respecto del mundo que lo rodea y de las personas.

A veces la madre desconoce o no tiene conocimiento pleno el papel primordial que tiene en el desarrollo psicológico del niño, ya que presta más interés a sus necesidades biológicas, y también porque el personal (78) Lorraine Dennis y Joan Hassol. Op.cit., p. 68

de salud no ha captado su importante función en relación con el nuevo ser para su óptimo crecimiento y desarrollo, de ahí que en cierta manera el personal dé una orientación incompleta, aunque en forma instintiva la madre aprenda a brindarle la confianza básica mediante el apego.

2.2.4.2. Preescolar.

- Autonomía.

Conforme a las etapas establecidas por Erikson, tenemos que la segunda etapa es la llamada autonomía, que abarca del primer año al tercer año de vida del niño, la cual no la enmarca dentro del lactante mayor, sino en la etapa preescolar, en donde el niño pasa, de ser receptivo, a ser una persona automotora con deseos e ideas definidas y propias; apoyado en el sentido de la confianza básica, en donde insiste en afirmar su derecho de tomar decisiones independientes creándose en él una personalidad saludable independiente. Aquí es donde el niño empieza el proceso de socialización cumpliendo con algunas reglas que le posibilitan convivir en la sociedad, sin embargo, el adulto, respecto del niño que está en ésta etapa, trata de controlar su derecho de independizarse y de tomar decisiones mediante el retiro de cariño, haciéndole sentir vergüenza ó poniéndolo en ridículo.

Para Erich Fromm ésta edad de pequeño es el conflicto entre la necesidad de ser amado y la necesidad de pensar en uno mismo. Describe el

hecho de que la familia y más tarde el grupo, tiende a recompensar el cumplimiento, por ceder. La recompensa es la aprobación, el ser aceptado; pero también existe una necesidad interna de libertad para ser uno mismo, dando por resultado la autodeterminación (79).

-Iniciativa.

También dentro de la edad preescolar se encuentra otra etapa psicosocial de Erikson que es la iniciativa, abarca de los tres a los cinco años de edad, en donde el niño sentirá la necesidad de buscar qué clase de persona quiere ser en el futuro, comenzando con el descubrimiento de que los niños son diferentes de las niñas y que las mujeres y los hombres son versiones adultas de los niños. Esta es la época del juego sexual esporádico, además de que el niño dá rienda suelta a su imaginación respecto a lo desconocido.

Durante el servicio social no se tuvo la oportunidad de convivir con preescolares, ya que el rol de servicios iba enfocado al programa de "Atención del embarazo y parto de bajo riesgo", por lo que no se incluyó el servicio de Pediatría. Conforme a las experiencias anteriores en el transcurso de la carrera, se observó que los padres tienden a controlar las inquietudes de ésta edad mediante cierta represión, ó castigando en forma verbal ó hasta física, con lo que se afecta el estado emocional del niño, haciéndolo tener un comportamiento de vergüenza, de culpa ó (79) Lorraine Dennis y Joan Hassol. Op.cit., p. 120.

propiciando que sea una persona tímida en el futuro.

2.2.5. Desarrollo psicomotriz.

2.2.5.1. Recién nacido.

En el neonato se ha observado que se entera de las diferencias de intensidad de la luz, pero los mecanismos para coordinar los movimientos de sus ojos no se han desarrollado; cuando llora suele no haber lágrimas, debido a que las glándulas lagrimales aún no funcionan (80).

Se orienta hacia la fuente del sonido, aunque la capacidad auditiva no es específica. El sentido del gusto y del olfato no están muy desarrollados, pero percibe los estímulos táctiles y es capaz de responder al dolor.

Cuenta con muchos reflejos primitivos de importancia, como el reflejo de orientación, que es un movimiento de la cabeza, boca y lengua al tocar un objeto la comisura de la boca a la mejilla. El reflejo de succión es la acción vigorosa sobre el dedo ó el pezón cuando se introduce en la boca. El reflejo de deglución es el paso apropiado de los líquidos que se introducen a la boca. El reflejo del moro aparece si se deja caer bruscamente la parte posterior de la cabeza del pequeño, en decúbito dorsal, sosteniéndolo de las manos y levantando su tronco un poco para soltarlo de repente; o haciendo un movimiento brusco, como sacudir la mesa ó la

(80) Rogelio Valenzuela. Op. cit., p. 106.

cuna en que está acostado; la respuesta esperada es que el neonato extiende los brazos hacia arriba, abre las manos y a continuación junta los brazos en la línea media. También puede haber llanto, extensión de la cabeza y tronco y movimiento de las piernas (81).

El reflejo de prensión se encuentra colocando un dedo en la palma de la mano del recién nacido. La mano del pequeño hará prensión en el dedo. Si se levantan los brazos, el pequeño trata de incorporarse y puede sostener gran parte de su propio peso (82) (ver Anexo 16).

Los alcances del recién nacido en cuanto a crecimiento y desarrollo se invierten al comienzo de ésta etapa; disminuye el ritmo de crecimiento y está en constante aumento el desarrollo, que permanece en ésta forma en la lactancia y etapa preescolar.

Sentidos como el de la vista, oído y tacto se incluyen en la valoración del desarrollo del neonato, pero en la práctica, tanto en el Hospital como en el C.I.M.I.G.E.N., nó se realiza. Por otra parte, de los reflejos mencionados, los que más se valoran son el de orientación, succión, del moro y de prensión, que se vigila su presencia día con día en el cunero fisiológico en el Hospital ya mencionado.

La madre se percata de tales conductas y las efectúa cuando convive con el niño, más desconoce el significado de lo que resulta del juego.

(81) Eugenia Waechter. Op.cit., p. 258

(82) Joaquín Plaza Montero. Op.cit., p. 416.

pues la orientación no le ha sido proporcionada por el personal de salud.

2.2.5.2. Lactante menor.

La conducta más común que realizan las madres en sus hijos es la de arroparlos sin considerar adecuadamente el clima; pero "las glándulas sudoríparas del lactante, inactivas al nacer, empiezan a funcionar durante el primer ó segundo mes y le ayudan a regular su temperatura corporal cuando el medio externo es demasiado caliente" (83). Es acerca del resultado de los cambios bruscos de temperatura, en lo que se orienta a la paciente.

Para finalizar, se observa que el desarrollo epifisiario de las niñas aventaja al de los niños en forma constante y durante toda la lactancia (84).

2.2.5.3. Lactante mayor.

Dentro de las pautas de conducta que se observan en ésta etapa se tiene, hacia el final del primer año, el control muscular se ha extendido paulatinamente a la cabeza y a los brazos, el tronco y lo suficientemente bien a las piernas y a los pies como para hacer posible que el niño se tenga en pie con un poco de ayuda (85).

(83) Eugenia Waechter. Op. cit., p. 247.

(84) Eugenia Waechter. Op.cit., p. 247.

(85) Frank Getldard. Fundamentos de psicología. 3a. ed. Ed. Trillas. México, 1974, p. 49.

Por lo general, la función madura de los músculos oculares se alcanza al primer año de vida. Los niños alcanzan niveles de funcionamiento del adulto al final del primer año (86).

En lo referente al lenguaje, se tiene que hacia los diez meses de edad, el niño pronuncia de una a tres palabras, bislabas, y rápidamente en el curso de los dos meses que le faltan para llegar al año de edad, las relaciones con ciertas personas de su ambiente; y hacia el año da muestras de claro entendimiento de las frases que su madre le dirige(87).

El niño, a los diez meses, cuando es sostenido por una persona y toca con sus plantas el plano de apoyo, consigue ya muchas veces apuntarse, pero rápidamente se cae; a partir de los diez meses no sólo logra permanecer de pie apoyado con las manos, sino consigue mantenerse en pie si encuentra el apoyo, y no es sino hasta los quince meses cuando logra ponerse de pie sin apoyo: para eso logra la posición abriendo los pies y aún no es capaz de girar con brusquedad la cabeza. La precisión y destreza manual ya ha alcanzado un alto grado de madurez a los diez meses, a esta edad el lactante es capaz de la presión fina con la pinza del índice y pulgar en oposición; al año ya arroja objetos lejos de sí, a los catorce ó quince meses perfecciona esta acción (88).

Referente a lo anterior, se tiene que tanto en el Hospital como en el

(86) Henry Silver. Op.cit., p. 41 y Eugenia Waechter. Op.cit., p. 247

(87) Joaquín Plaza Montero. Op.cit., p. 547.

(88) Joaquín Plaza Montero. Op.cit., pp. 547 y 260.

C.I.M.I.G.E.N. no se tuvo el contacto con niños en ésta etapa de la vida, pues el programa de servicio social no se consideró rotar por el servicio de Pediatría.

2.2.5.4. Preescolar.

Al comienzo de ésta etapa, se fortalecen la acción de las destrezas normales finas, pero sobre todo se añaden vocalizaciones que, de ser los balbuceos, se convierten en pronunciaciones un tanto precisas de frases y oraciones sencillas (89).

Aunque el ritmo del crecimiento esquelético disminuye, hay depósito de mineral en los huesos para reforzarlos con objeto de soportar el peso en la posición erguida. Por tanto, se requieren calcio y fósforo para la mineralización de huesos y dientes. De la edad de uno a diez años, el requerimiento de calcio y fósforo es de 800 mg. diarios(90).

El proceso de desarrollo que se da en ésta etapa es, esencialmente, dentro de la primera institución social, que es la familia, y de acuerdo con las formas de conducta del contexto cultural perteneciente. De ahí que la edad teórica de aparición de las conductas varíe; así, podrán aparecer antes ó después, dependiendo del tiempo disponible para la estimulación del pequeño, ó se tienen los conocimientos para tal acción

(89) Frank Geldard. Op.cit., p. 50

(90) Eugenia Waechter. Op.cit., p. 357 y Rogelio Valenzuela. Op.cit., p. 113.

y para cubrir los requerimientos energéticos y nutricionales del niño.

2.2.6. Desarrollo cognoscitivo.

2.2.6.1. Lactante.

Jean Piaget contribuyó a las ideas del desarrollo cognoscitivo del lactante, al exponer que este desarrollo avanza en etapas que son secuenciales y continuas, cada una crece sobre la que le precede, no puede omitirse ninguna, pues como los logros de las posteriores depende de lo que sucedió antes, si una faltara las que vendrían serían endebles y débiles.

Para Piaget la inteligencia consiste en manejar el ambiente, es decir, es el resultado de la naturaleza biológica del organismo y por tanto determina en forma considerable las posibles interacciones con el ambiente; también declaró este autor que todos comienzan sus interacciones con el ambiente mediante respuestas reflejas que ya se traen (91).

Piaget establece tres modalidades de inteligencia, y dentro de cada una describe las fases y estadios que les caracterizan. Esas modalidades son: inteligencia sensoriomotriz, inteligencia representativa mediante operaciones concretas y la inteligencia representativa mediante operaciones formales; las describe hasta la adolescencia, pues ya no estudió al adulto joven, al adulto maduro y al anciano, pero explica que la última fase de (91) Lorraine Dennis y Joan Hassol. Op.cit., p. 58.

la tercera modalidad abarca esa edad. (ver Anexo 18).

El primer paso para la inteligencia que se presenta en el recién nacido hasta el lactante mayor es el de la inteligencia sensorio-motriz con su fase llamada también sensoriomotriz, en la cual el lactante va asimilándose y adaptándose al ambiente en el que vive. Se dan éstos dos procesos de asimilación y adaptación porque él capta, procesa e incorpora información obtenida por los sentidos, esto le permite enfrentarse al ambiente, manejarlo y controlarlo adecuándose a cada circunstancia que se le presenta que sea nueva para él. Así, combinando los procesos se logra un equilibrio que le permite formarse una imagen mental del mundo y cambiar al asimilar nueva información para poder volver a adaptarse; esto lo combina el bebé con el desarrollo psicomotriz para poder ampliar los procesos.

2.2.6.2 Preescolar.

Conforme los sistemas de maduración del bebé promueven relaciones complejas cada vez más fuertes con el mundo, su inteligencia va pasando por una serie de etapas que alternan nuevas percepciones y modos de reacción. Una de esas etapas ó estadios son la permanencia de los objetos, en donde el lactante va teniendo una conciencia gradual de que los objetos tienen una identidad estable y que permanecen igual aún fuera de su vista (92).

(92) Lorraine Dennis y Joan Hassol. Op.cit., p. 39.

Cuando el niño empieza a caminar se amplía la captación de información a través de los sentidos; pero el suceso debe ocurrir en el mundo inmediato del niño para que él pueda comprenderlo, es decir, le debe ocurrir a él para que esas experiencias las pueda procesar, sistematizar y ordenar, a fin de que se amolde a un sistema existente mediante los procesos de asimilación y adaptación mencionados anteriormente.

También empezará a desarrollar el lenguaje que le permite ampliar el concepto de la permanencia de los objetos, pues la palabra deriva de la necesidad de experimentar cada cosa, le permite pasar a una nueva fase de inteligencia que es la preoperacional, caracterizada por el dominio cada vez mayor del lenguaje (93).

Durante la realización del servicio social, se orientó a las madres sobre la estimulación temprana del recién nacido para agudizar sus sentidos, primordialmente los del oído y la vista, pues el gusto lo estimulaban a través de la alimentación. También se les dijo que, conforme al desarrollo psicomotriz, le estimularan el sentido del tacto; por lo que tenían que presentarle objetos en movimiento, de colores vivos, grandes & contornos regulares y gruesos; sonidos como hablarle ó música que proporcionen la relajación. Pero muchas veces, cuando la madre le proporciona esos objetos al niño lo hace para que se entretenga con ellos y no lllore ni la moleste en las actividades que está realizando, pero nó lo hace para favorecer su desarrollo intelectual. En cierta forma eso le ayuda a su (93) Lorraine Dennis y Joan Hassol. Op.cit., p. 59.

desarrollo, pero le falta la motivación por parte de la madre.

También conforme el bebé empieza a gatear y a caminar los padres consideran esto como una etapa de peligro para él y no lo dejan andar por toda la casa, y, como lo quieren tener a la vista, lo encierran en un corral de juego ó en una silla de plástico ó en su cuna; ésto limita mucho al bebé en su conocimiento del mundo que le rodea y en su desarrollo del lenguaje e inteligencia, por lo que son niños a quienes no interesan los estímulos externos y que no empiezan a pronunciar palabras sino hasta el año y medio ó hasta los dos años. Otros padres sí permiten que sus niños exploren su medio, cuidando que no les suceda nada, con lo que fortalecen su desarrollo intelectual, motriz, de confianza; y ésto llevará a que ése niño llegue a la edad escolar seguro de sí mismo, con un lenguaje casi completo y dispuesto a aprender muchas cosas más durante toda su etapa escolar.

2.2.7. Desarrollo psicosexual.

2.2.7.1. Recién nacido y lactante menor.

- Etapa oral.

Al respecto Sigmund Freud, a través de muchas investigaciones, sugirió que el ser humano desde que nace pasa por una serie de etapas que definirán su personalidad, su sexualidad, para saber el papel con que fun-

cionará en su sociedad. Esto lo planteó en su teoría del desarrollo, en donde sugiere que el individuo desde su primera infancia hasta la niñez y de ahí hasta la adolescencia, las tensiones-energía con que nace el bebé se manifiestan, buscan la gratificación y evitan el dolor a través de diferentes áreas del cuerpo. Cada área es representativa de algún período de la vida del niño y es la base de la sustentación del placer, la cual es potencialmente satisfecha. Como ya se dijo, éstas áreas sensoriales cambian con el proceso de crecimiento y según como lo requiere la sociedad en la que se va desarrollando, primero con sus padres, después en la escuela con sus compañeros. Así, el desarrollo y el establecimiento del yo y del superyo del bebé se va dando dentro de un sistema secuencial de cinco etapas, cada una basada y estructurada en lo que ha sucedido con anterioridad (94).

Estas etapas las llamó Freud psicosexuales, y son: etapa oral, anal, fálica, de latencia y genital; en ellas explica lo más común que sucede en todo ser, sin olvidar que cada uno es único (ver Anexo 18).

El paso exitoso por cada una puede obstaculizarse si las necesidades no son gratificadas adecuadamente, dejando al individuo para siempre con anhelos insatisfechos; ó, si las necesidades están demasiado bien satisfechas, no habría incentivo alguno para desechar ése placer por otra etapa más madura. A ésto lo llamó fijación, es decir, el hecho de retener una liga inapropiada a una etapa pasada.

(94) Lorraine Dennis y Joan Hassol. Op.cit., p. 113.

En el recién nacido hasta los dieciocho meses persiste la etapa oral, a través de la cual el niño satisface su necesidad de alimento y obtiene el placer, esto se dá con el pecho de la madre ó con un biberón. Para Freud este placer es precursor del placer erótico pleno; es sensual de los sentidos y atrae una disminución en la tensión y una satisfacción completa. La crisis de ésta etapa llega con el destete, y, si nó es marejada ésta situación adecuadamente, se crea un trauma en el niño que persiste toda su vida; esto podrá manifestarlo en el beber, comer ó fumar mucho, ó hablar mucho (95).

Esta etapa, para la paciente que egresa del hospital llevando consigo a su bebé, pasa inadvertida, pues se vá con la idea de que le dará el pecho ó el biberón sólo para alimentarlo y protegerlo contra infecciones, pero nó que por medio de ofrecer el pecho le vaya a proporcionar el afecto, confianza, seguridad y placer que el niño necesita para su desarrollo psicosexual; se limita a atender sus necesidades biológicas, lo cambia de ropa, de pañal, lo baña, lo cubre para que nó tenga frío; pero muy pocas madres, a menos que sea el primer hijo, ó las que se han preparado profesionalmente y han leído al respecto, les hablan, platican y acarician mientras realizan éstas actividades; y muchas menos saben la importancia de éste hecho.

Por eso es que se les explica brevemente, cuando están en el servicio de obstetricia cursando su puerperio, que cuando los estén alimentando, y (95) Lorraine Dennis y Joan Hassol. Op.cit., p. 18.

en todo momento, les hablen a sus hijos, los acaricien y traten de que el esposo haga lo mismo, pues así se favorece su desarrollo.

2.2.7.2. Lactante mayor.

- Etapa anal.

El desarrollo psicosexual del lactante mayor se dá en su segunda etapa, que es la anal, en donde ya el bebé empieza a gatear y a caminar, y la zona del placer pasa de la boca y estómago a los órganos de excreción, y más especialmente a los músculos del esfínter que regula la retención y expulsión; pues el bebé encuentra un tipo de descanso muy sensual al vaciar un riñón ó un intestino lleno. La crisis de éste período se presenta cuando los padres empiezan a entrenarlo para control de sus esfínteres. Y si esto se realiza mal, el niño puede fijar ésta etapa y se pueden presentar en su vida adulta problemas serios como serfan la avaricia ó el derroche (96).

Estas características no se pudieron observar en el Hospital durante el servicio social, pues sólo se manejaron recién nacidos, pero por lo observado en la población en general, ésta etapa es algo ardua para los padres, pues algunos son muy exigentes con el niño y lo obligan a controlar sus esfínteres nó con palabras, sino con agresiones físicas y bajo amenazas de castigo si nó lo realiza. y entonces el niño se angustia y nó avisa (96) Lorraine Dennis y Joan Hassol. Op.cit., p. 18

cuando tiene la necesidad y se pasa uno ó dos días sin orinar ó evacuar; esto le puede afectar en su adultez pues puede llegar a canalizarlo ó manifestarlo con problemas de la personalidad. Las más de las veces es la madre la que entrena al niño para controlar sus esfínteres, pues es quien pasa más tiempo con él, ésto sucede aproximadamente cuando el niño empieza a caminar y explorar su mundo.

2.2.7.3. Preescolar.

- Etapa fálica.

En este período está por terminar la etapa anal y se inicia la etapa fálica, que se caracteriza porque el placer e interés corporal pasa a los genitales; aquí el desarrollo del niño y la niña son diferentes. En el niño se desarrollan deseos poderosos de tener a su madre sólo para él, percibe a su padre como un rival poderoso y desea que se haga a un lado. Pero le es imposible competir con él pues teme que la venganza de su padre sea la castración. Entonces encuentra una sola salida, que es el cambio de conducta. De éste modo el deseo por la madre se abandona y reprime y se alinea e identifica con el padre, tratando de ser como él.

En cuanto a las niñas, sugiere Freud que se dan cuenta de repente que no tienen pene y suponen que su madre las mutiló en forma hiriente, y están tan desoladas que pasarán el resto de su vida tratando de resarcirse de una u otra forma por la pérdida. Idealmente se conformarán con la

recepción pasiva del pene del esposo durante la cópula y con obtener alguna satisfacción de engendrar un hijo hombre. Pueden llegar a rechazar el papel femenino y manifiestan envidia del pene adoptando características masculinas de lucha, competitividad y agresividad (97).

Se inicia aquí la diferenciación de los papeles sexuales de masculinidad y feminidad, y se establecerán en etapas posteriores al solucionarse los complejos de Edipo y Electra.

Al igual que se comentó anteriormente, ésta etapa psicosexual del preescolar no pudo ser observada durante la estancia en el Hospital, ni en la práctica realizada en el C.I.M.I.G.E.N., pero en general se ha observado en otras prácticas lo que sucede con la madre y el preescolar, y es que el niño empieza a separarse un poco de la madre para explorar más el mundo que le rodea; pero la llama ó trata de no perderla de vista completamente, le gusta que lo acaricie y le hable, y con el padre se vuelve en algunos momentos huraño y en otros muy cariñoso. Igual las niñas se muestran en momentos hurañas con la mamá y más cariñosas con el papá; ésto, las madres, por comentario de sus propias madres ó como ellas han visto, lo toman como lo más normal, pero nó se percatan de que si ellas no contribuyen tranquilizando al niño con su presencia y acercándolo al padre y tratando de acercarse a su hija, se crea un trauma en el niño ó niña fijando la etapa en que se manifiesta al no querer dejar a la madre ó al padre, volviéndose muy dependiente de ellos y (97) Lorraine Dennis y Joan Hassol. Op. cit., p. 19

y teniendo problemas, al llegar a la adolescencia, con la identificación de su rol sexual, se dá aquí el hombre que depende aún de la madre ó la mujer que es muy masculina e independiente.

3. METODOLOGIA.

3.1. HIPOTESIS.

3.1.1. General.

La educación de la madre influye en el crecimiento y desarrollo del niño desde el nacimiento hasta los 5 años de edad, en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza".

3.1.2. De trabajo.

H_2 A mayor educación de la madre, menor alteración en crecimiento y desarrollo del niño desde el nacimiento hasta los 5 años de edad, en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza".

3.1.3. Nula.

H_0 No existe influencia de la educación de la madre en el crecimiento y desarrollo del niño desde el nacimiento hasta los 5 años de edad en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza".

3.2. VARIABLES.

3.2.1. Independiente.

EDUCACION DE LA MADRE.

3.2.1.1. Indicadores.

- Experiencia anterior
- Adiestramiento a la paciente
- Supervisión intradomiciliaria
- Capacitación del educador
- Nivel socioeconómico
- Nivel cultural
- Comprensión de la paciente sobre el manejo del instrumento de investigación.
- Hábitos dietéticos
- Grado de escolaridad
- Ocupación
- Responsabilidad de la madre
- Hábitos higiénicos

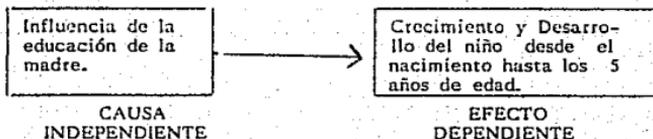
3.2.2. Dependiente.

CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DESDE EL
NACIMIENTO HASTA LOS 5 AÑOS DE EDAD.

3.2.2.1. Indicadores

- Estatura de la madre
- Lugar de nacimiento
- Atención del parto proporcionada por especialista, médico, enfermera ó comadrona.
- Antecedentes obstétricos.
- Peso y talla del recién nacido
- Edad gestacional y cronológica
- Alimentación
- Enfermedades eruptivas de la infancia
- Control post-natal
- Desarrollo psicomotriz del recién nacido hasta los 5 años.
- Desarrollo psicosexual del recién nacido hasta los 5 años.

3.2.3. Modelo de relación causal de las variables.



3.3. TIPO Y DISEÑO.

3.3.1. Tipo.

El tipo de investigación que se vá a realizar es experimental, diagnóstica y descriptiva analítico causal, prospectivo. Para su efecto se utiliza como método de elección el analítico.

Se considera que la investigación tiene proyección hacia el ámbito social y a que se proporcionará información a la madre de los cuidados al recién nacido.

A través del planteamiento del problema que se estableció, las hipótesis son de relación de variables, puesto que en el problema se manejan 2 variables (Dicotómicas).

3.3.2. Diseño.

El procedimiento que se siguió para la obtención del marco teórico fué a través de fuentes directas e indirectas. La fuente directa fué a través de la entrevista estructurada, la entrega y explicación del manejo de una cartilla de crecimiento y desarrollo, aquella paciente que cursa puerperio en el Servicio de Obstetricia; la fuente indirecta, a través de la revisión bibliográfica y la recopilación teórica, con apoyo de los recursos humanos de la Institución, así como de la cooperación de las pacientes.

3.4. METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION UTILIZADAS.

3.4.1. Fichas de trabajo.

Para llevar un orden y clasificación de datos e información obtenida de las fuentes bibliográficas y los comentarios del investigador, por lo cual se considera oportuno la elaboración de fichas de trabajo.

3.4.2. Entrevista.

De acuerdo al planteamiento del problema, se emplea ésta técnica para establecer una comunicación más directa con la paciente, durante la visita a su domicilio, para obtener los datos proporcionados por el instrumento de la investigación.

3.4.3. Cuestionarios.

Conforme a los indicadores de las variables que se manejaron, se determinan las interrogantes para la obtención de datos necesarios para la investigación y ésta conformará el cuestionario aplicado a las pacientes, que egresaron del servicio de Habitación Conjunta en los meses de Julio a Octubre de 1988 y que actualmente se encuentran en su domicilio.

4. INSTRUMENTACION ESTADISTICA.

En este capítulo se hará mención del universo de trabajo, población y muestra representativa, el procesamiento de datos, comprobación de las hipótesis y el análisis e interpretación de resultados.

4.1. UNIVERSO, POBLACION Y MUESTRA.

El universo de trabajo: todas las pacientes del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" que cursan puerperio fisiológico y/o quirúrgico y son derechohabientes del I.S.S.S.T.E. (7,000 mujeres anuales).

Población: mujeres del Servicio de Obstetricia que cursan puerperio fisiológico y/o quirúrgico y que egresan a su hogar llevando consigo al recién nacido. Aproximadamente 20 pacientes por día.

Muestra: 120 pacientes que egresaron del Servicio de Obstetricia en los meses de Julio a Octubre de 1988 y en el mes de Febrero de 1989.

4.2. PROCESAMIENTO DE DATOS.

En éste apartado, mediante la técnica de paloteo, se pudo sacar la frecuencia de cada una de las opciones de respuesta de las preguntas de los cuestionarios. A continuación se presentan los 31 cuadros y las 31 gráficas elaboradas.

CUADRO No. 1

EDAD DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL
I.S.S.S.T.E.

1989

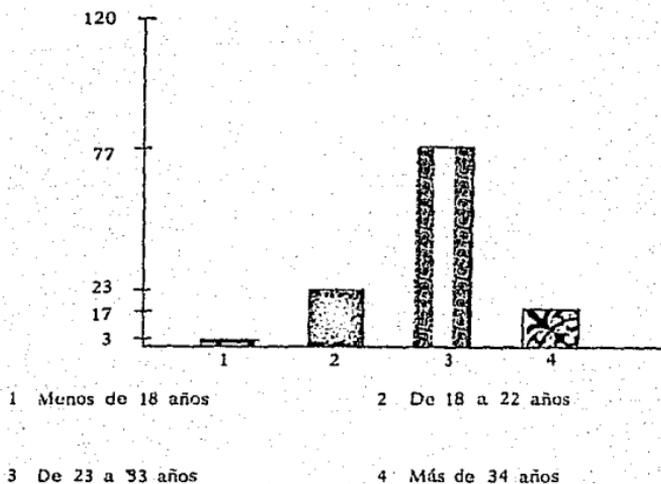
OPCIONES DE RESPUESTA	F ^o	%
Menos de 18 años	3	3
De 18 a 22 años	23	19
De 23 a 33 años	77	64
Más de 34 años	17	14
TOTALES	120	100

Fuente: Cuestionarios aplicados sobre la investigación "INFLUENCIA DE LA EDUCACION DE LA MADRE EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS 5 AÑOS DE EDAD", realizada en el mes de Febrero de 1989.

GRAFICA No. 1

EDAD DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL
I.S.S.S.T.E.

1989



Fuente: Misma del Cuadro No. 1

DESCRIPCIÓN: El 67 % de las madres encuestadas se encuentra entre la edad de 22 a 33 años de edad.

CUADRO No. 2

ESTADO CIVIL DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989

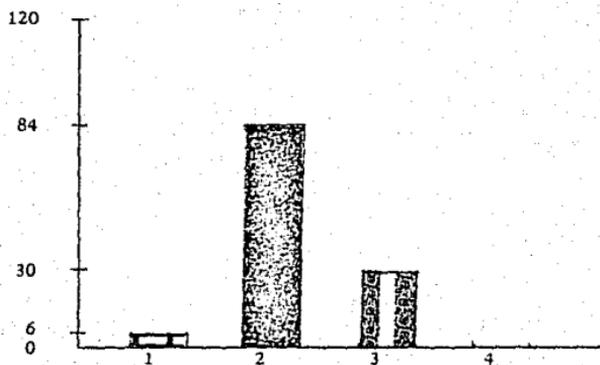
OPCIONES DE RESPUESTA	F ^o	%
Soltera	6	5
Casada	84	70
Unión libre	30	25
Divorciada	-	-
TOTALES	120	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1 .

GRAFICA No. 2

ESTADO CIVIL DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989



1 Soltera

2 Casada

3 Unión libre

4 Divorciada

Fuente: Misma del Cuadro No. 1

DESCRIPCION: El 47 % de las madres encuestadas son casadas.

CUADRO No. 3

LUGAR DE NACIMIENTO DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989

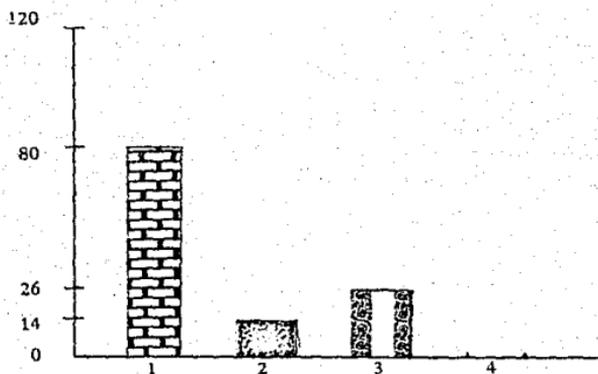
OPCIONES DE RESPUESTA	F ^o	%
Distrito Federal	80	67
Estado de México	14	20
Provincia	26	21
Extranjero	-	-
TOTALES	120	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1.

GRAFICA No. 3

LUGAR DE NACIMIENTO DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989



1 Distrito Federal

2 Estado de México

2 Provincia

3 Extranjero

Fuente: Misma del Cuadro No. 1.

DESCRIPCION: El 65% de las madres encuestadas son originarias del Distrito Federal.

CUADRO No. 4

RELIGION DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989

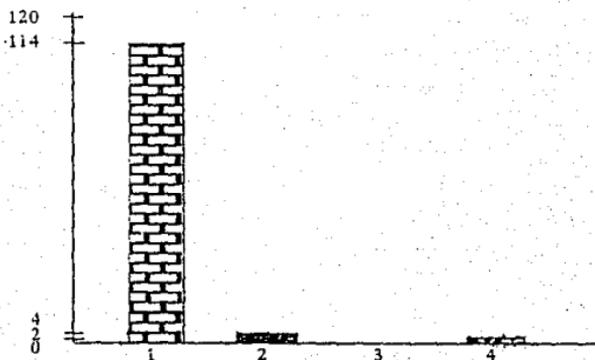
OPCIONES DE RESPUESTA	F ^o	%
Católica	114	95
Evangelista	4	3
No creyente	-	-
Otra	2	2
TOTALES	120	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1.

GRAFICA No. 4

RELIGION DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989



1 Católica

2 Evangelista

2 No creyente

4 Otra

Fuente: Misma del Cuadro No. 1.

DESCRIPCION: El 95 % de las mujeres encuestadas son católicas.

CUADRO No. 5

TIPO DE VIVIENDA DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989

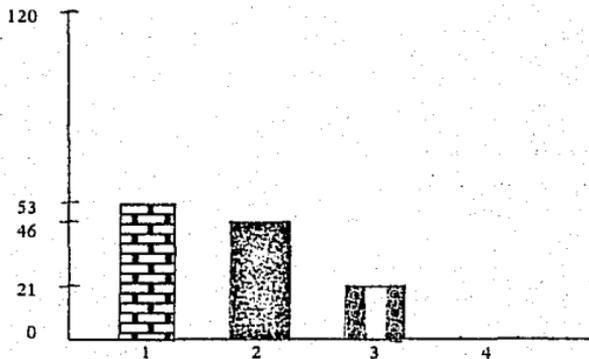
OPCIONES DE RESPUESTA	F ^o	%
Propia	53	44
Rentada	46	38
Vivo en casa de mis suegros	21	18
Paracaidista	-	-
TOTALES	120	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1.

GRAFICA No. 5

TIPO DE VIVIENDA DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989



1 Propia

2 Rentada

3 Vivo en casa de mis suegros

4 Paracaidista

Fuente: Misma del Cuadro No. 1.

DESCRIPCION: El 53 % de las mujeres cuentan con casa propia.

CUADRO No. 6

NUMERO DE PERSONAS QUE INTEGRAN LA FAMILIA DE LAS MADRES
EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL
"GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989

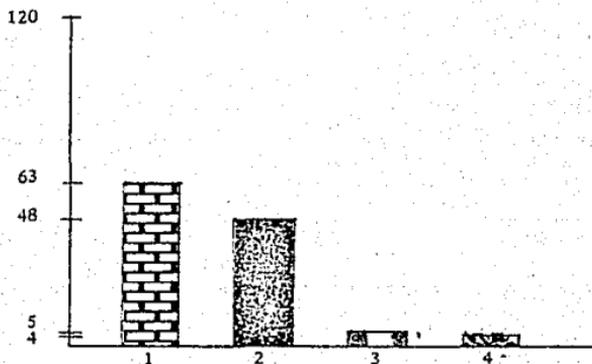
OPCIONES DE RESPUESTA	F ^o	%
De 2 a 4	63	53
De 5 a 7	48	40
De 8 a 10	5	4
Más de 10	4	3
TOTALES	120	100

Fuente: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 6

NUMERO DE PERSONAS QUE INTEGRAN LA FAMILIA DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989



1 De 2 a 4

2 De 5 a 7

3 De 8 a 10

3 Más de 10

Fuente: Misma del Cuadro No. 1.

DESCRIPCION: El 53 % de las mujeres encuestadas conforma su núcleo familiar de 2 a 4 personas.

CUADRO No. 7

INGRESO ECONOMICO MENSUAL DE LAS MADRES EGRESADAS DEL
SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL
IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989

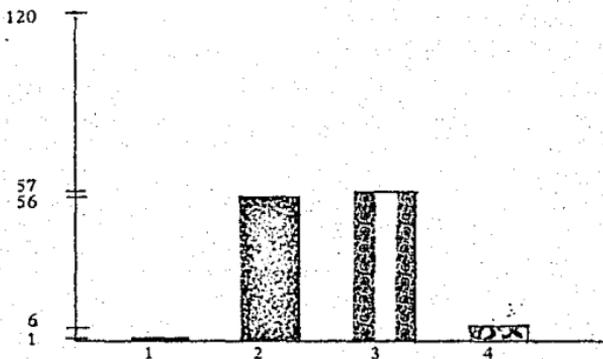
OPCIONES DE RESPUESTA	F ^o	%
Menos del mínimo	1	1
Sueldo mínimo	56	47
Más del mínimo	57	47
En base a la labor que esté realizando	6	5
TOTALES	120	100

Fuente: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 7

INGRESO ECONOMICO MENSUAL DE LAS MADRES EGRESADAS DEL
SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL
IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989



1 Menos del mínimo

2 Sueldo mínimo

3 Más del mínimo

4 En base a la labor que esté
realizando

Fuente: Misma del Cuadro No. 1.

DESCRIPCION: Se observó que es igual el porcentaje del ingreso económico (47 %) entre el sueldo mínimo y más del mínimo de las mujeres encuestadas.

CUADRO No. 8

FORMA DE APRENDIZAJE DEL CUIDADO DEL RECIEN NACIDO DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989

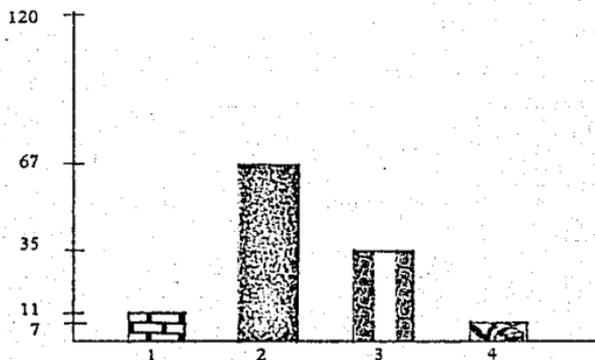
OPCIONES DE RESPUESTA	F ^o	%
En forma teórica en la escuela	11	9
A través de los consejos de mis familiares ó conocidos	67	56
Con la experiencia de mi primer hijo	35	29
No he aprendido a cuidar de un recién nacido	7	6
TOTALES	120	100

Fuente: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 8

FORMA DE APRENDIZAJE DEL CUIDADO DEL RECIEN NACIDO DE LAS MADRES ENCUESTADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989



- 1 En forma teórica en la escuela 2 A través de los consejos de mis familiares ó conocidos
- 3 Con la experiencia de mi primer hijo 4 No he aprendido a cuidar a un recién nacido

Fuente: Misma del Cuadro No. 1

DESCRIPCION: El 56 % de las mujeres encuestadas adquirieron los conocimientos acerca del cuidado a un recién nacido a través de los consejos familiares ó de conocidos.

CUADRO No. 9

ADiestRAMIENTO SOBRE EL CUIDADO DEL RECIEN NACIDO A LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989

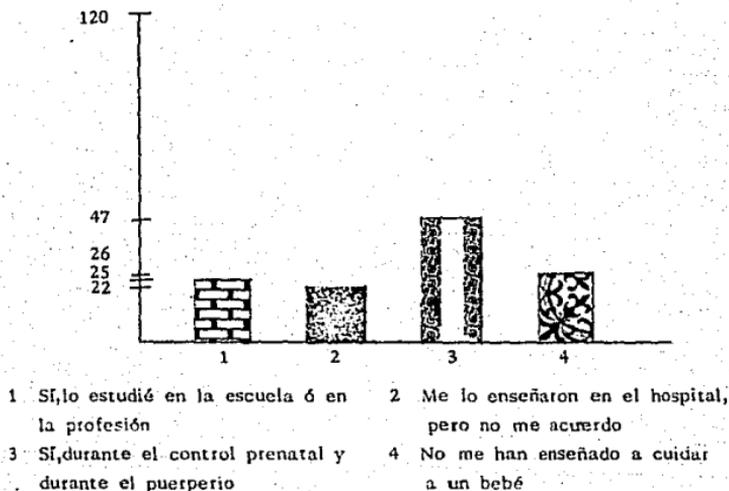
OPCIONES DE RESPUESTA	F ^o	%
Sí, lo estudié en la escuela ó en la profesión	25	21
Me lo enseñaron en el Hospi tal pero no me acuerdo	22	18
Sí, durante el control pren <u>a</u> tal y durante el puerperio	47	39
No me han enseñado a cuidar a un bebé	26	22
TOTALES	120	100

Fuente: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 9

ADiestRAMIEnto SOBRe EL CUIDADo DEL RECIEN NACIDo A LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIo DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIo ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989



Fuente: Misma del Cuadro No. 1

DESCRIPCION: El 39 % recibió adiestramiento durante el control prenatal y durante el puerperio.

CUADRO No. 10

SUPERVISION INTRADOMICILIARIA A LAS MADRES EGRESADAS DEL
SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL
IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

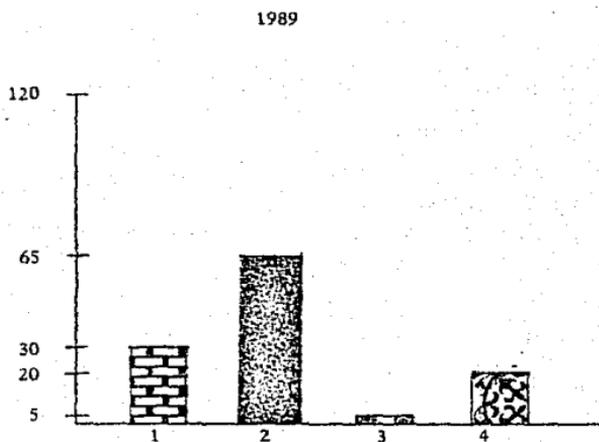
1989

OPCIONES DE RESPUESTA	F ^o	%
Si han venido a supervisar y orientar sobre mi bebé	30	25
Nó, para qué	65	54
Vinieron una vez con mis otros hijos	5	4
Si vinieron pero no me pro- porcionaron orientación	20	17
TOTALES	120	100

Fuente: Misma del Cuadro No. 1

GRAFICA No. 10

SUPERVISION INTRADOMICILIARIA A LAS MADRES EGRESADAS DEL
SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL
IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.



1 Si han venido a supervisar y orientar sobre mi bebé

2 Nó, para qué?

3 Vinieron una vez con mis otros hijos

4 Si vinieron, pero no me proporcionaron orientación

Fuente: Misma del Cuadro No. 1.

DESCRIPCION: El 54 % de las madres encuestadas contestaron nó, para qué?

CUADRO No. 11

CAPACITACION DE LA PERSONA QUE PROPORCIONO EDUCACION SOBRE EL CUIDADO DEL NIÑO A LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

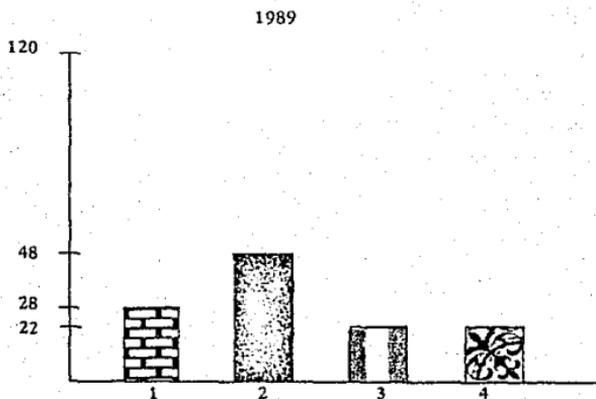
1989

OPCIONES DE RESPUESTA	F ^o	%
Me proporcionaron educación completa tanto médicos como enfermeras	28	24
La experiencia es la que me ha enseñado, no le he preguntado a nadie	48	40
Me enseñó una enfermera cuando tuve a mi hijo, pero me quedé con dudas	22	18
Nadie me ha enseñado, pero mis dudas las resuelvo consultando libros	22	18
TOTALES	120	100

Fuente: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 11

CAPACITACION DE LA PERSONA QUE PROPORCIONO EDUCACION SOBRE EL CUIDADO DEL NIÑO DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.



- | | |
|--|---|
| <p>1 Me proporcionaron educación completa, tanto médicos como enfermeras.</p> <p>3 Me enseñó una enfermera cuando tuve mi hijo, pero me quedé con dudas.</p> | <p>2 La experiencia es la que me ha enseñado, no le he preguntado a nadie.</p> <p>4 Nadie me ha enseñado, pero mis dudas las resuelvo consultando libros.</p> |
|--|---|

Fuente: Misma del Cuadro No. 1.

DESCRIPCION: El 40 % de las madres encuestadas contestó que es la experiencia la que le ha enseñado y no le ha preguntado a nadie.

CUADRO No. 12

NUMERO DE PERSONAS QUE APORTAN ECONOMICAMENTE AL HOGAR
DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E

1989

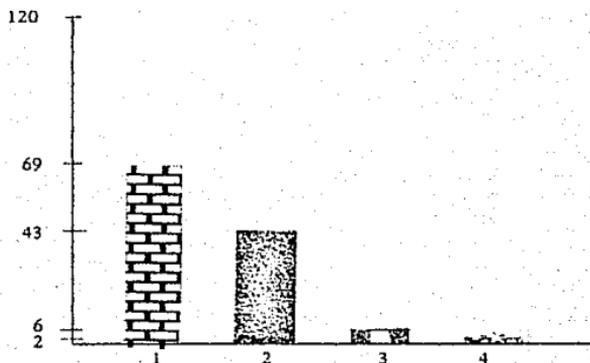
OPCIONES DE RESPUESTA	F ^o	%
Sólo mi esposo	69	57
Mi esposo y yo	43	36
Sólo yo porque nadie me ayuda	6	5
Le pido prestado a mis familiares	2	2
TOTALES	120	100

Fuente: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 12

NÚMERO DE PERSONAS QUE APORTAN ECONOMICAMENTE AL HOGAR DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989



1 Sólo mi esposo

2 Mi esposo y yo

3 Sólo yo, porque nadie me ayuda

4 Le pido prestado a mis familiares

Fuente: Misma del Cuadro No. 1.

DESCRIPCION: El 57 % de las madres encuestadas contestaron que sólo su esposo es el que aporta económicamente al hogar.

CUADRO No. 13

OCUPACION DEL TIEMPO LIBRE DE LAS MADRES EGRESADAS DEL
SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL
IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989

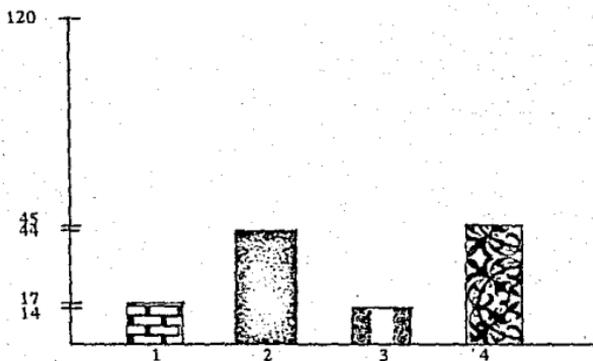
OPCIONES DE RESPUESTA	F ^o	%
Me pongo a leer	17	14
Oigo el radio ó veo televisión	44	37
Me dedico a estudiar para superarme	14	12
No tengo tiempo libre, todo se me vá en el quehacer	45	37
TOTALES	120	100

Fuente: Misma de cuadro No. 1.

GRAFICA No. 13

OCUPACION DEL TIEMPO LIBRE DE LAS MADRES EGRESADAS DEL
SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL
IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989



- | | |
|---------------------------------------|--|
| 1 Me pongo a leer | 2 Oigo el radio ó veo televisión |
| 3 Me dedico a estudiar para superarme | 4 No tengo tiempo libre, todo se me vá en el quehacer. |

Fuente: Misma del Cuadro No. 1.

DESCRIPCION: El 37 % de las madres encuestadas escucha radio y televisión y el otro 37 % no tiene tiempo libre y todo se les vá en hacer el quehacer del hogar.

CUADRO No. 14

CUIDADOS PROPORCIONADOS AL NIÑO POR LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989

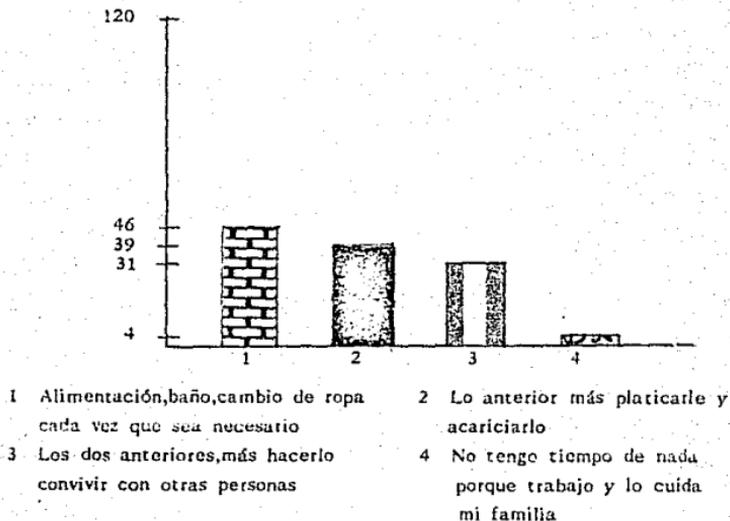
OPCIONES DE RESPUESTA	F ^o	%
Alimentación, baño, cambio de ropa cada vez que sea necesario	46	38
Lo anterior más platicarle y acariciarlo	39	33
Los dos anteriores más hacerle convivir con otras personas	31	26
No tengo tiempo de nada porque trabajo y lo cuida mi familia	4	3
TOTALES	120	100

Fuente: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 14

CUIDADOS PROPORCIONADOS AL NIÑO POR LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989



Fuente: Misma del Cuadro No. 1.

DESCRIPCION: El 38 % de las madres proporcionan alimentación, baño, cambio de ropa, cada vez que sea necesario al niño.

CUADRO No. 15

MANEJO DE LA CARTILLA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO POR LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989

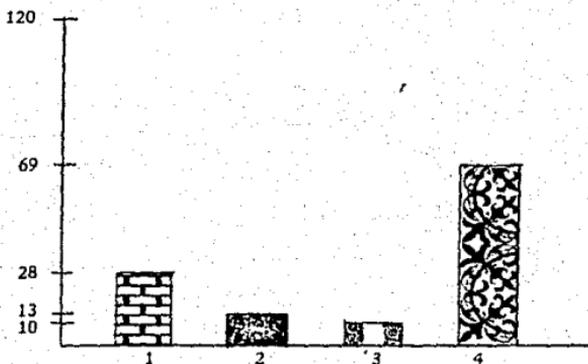
OPCIONES DE RESPUESTA	F ^o	%
Sí la sé manejar y llevo ahí el control de mi bebé	28	23
No entendí bien la explicación	13	11
Sólo sé manejar el apartado de las vacunas	10	8
No me dieron ninguna cartilla al egresar del hospital	69	58
TOTALES	120	100

Fuente: Misma del Cuadro No. 1

GRAFICA No. 15

MANEJO DE LA CARTILLA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO POR LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989



- | | |
|--|---|
| 1 Sí la sé manejar y llevo ahí el control de mi bebé | 2 No entendí bien la explicación |
| 3 Sólo sé manejar el apartado de las vacunas | 4 No me dieron ninguna cartilla al egresar del hospital |

Fuente: Misma del Cuadro No. 1

DESCRIPCION: Al 58 % de las madres egresadas del hospital no se les dió ninguna cartilla de crecimiento y desarrollo.

CUADRO No. 16

ALIMENTACION DURANTE EL EMBARAZO DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989

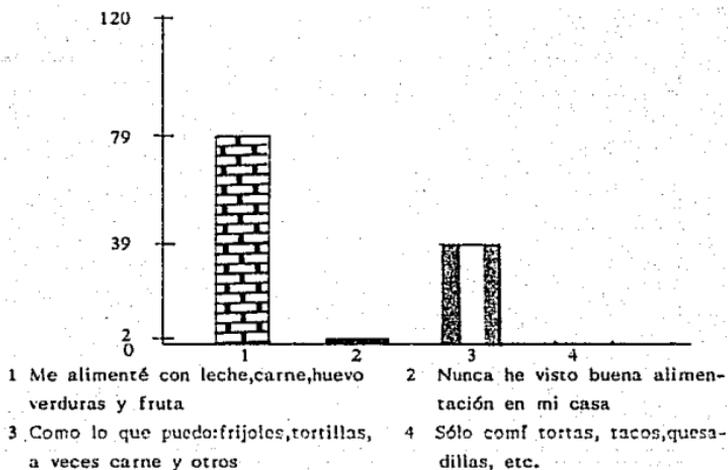
OPCIONES DE RESPUESTA	F ^o	%
Me alimenté con leche,carne,huevo,verduras y fruta	79	66
Nunca he visto buena alimentación en mi casa	2	2
Como lo que puedo:frijoles,tortilla,aveces carne y otros	39	32
Sólo comí tortas,tacos,quesadillas etc.	-	-
TOTALES	120	100

Fuente:Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 16

ALIMENTACION DURANTE EL EMBARAZO DE LAS MADRES EGRESADAS DEL HOSPITAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989



Fuente: Misma del Cuadro No. 1

DESCRIPCION: El 66 % de las madres encuestadas llevaron una alimentación durante el embarazo a base de leche, carne, huevo, verduras y fruta.

CUADRO No. 17

GRADO DE ESCOLARIDAD DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989

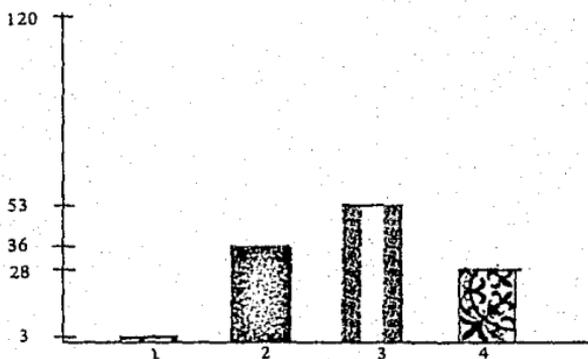
OPCIONES DE RESPUESTA	F ^o	%
No estudié, sólo sé leer y escribir	3	3
Estudié sólo la primaria	36	30
Hasta secundaria	53	44
Hice la preparatoria y estoy en una carrera universitaria	28	23
TOTALES	120	100

Fuente: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 17

GRADO DE ESCOLARIDAD DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989



1 No estudié, sólo sé leer y escribir

2 Estudí solo la primaria

3 Hasta secundaria

4 Hice preparatoria y estoy en una carrera universitaria

Fuente: Misma del Cuadro No. 1

DESCRIPCION: El 44 % de las madres encuestadas tienen un grado de escolaridad hasta secundaria.

CUADRO No. 18

OCUPACION DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989

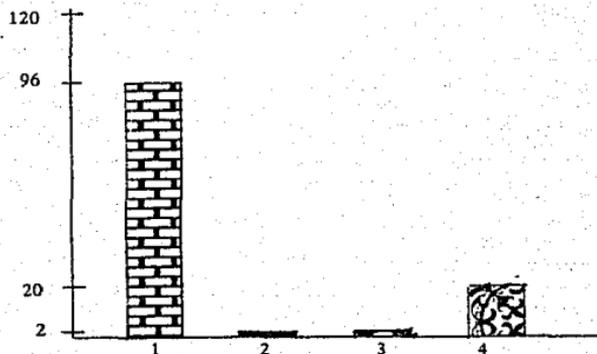
OPCIONES DE RESPUESTA	F ^o	%
A las labores del hogar combinadas con el trabajo	96	80
Vendo en la calle lo que puedo	2	2
Sólo tengo trabajo provisional	2	2
Soy empleada de gobierno	20	16
TOTALES	120	100

Fuente: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 18

OCUPACION DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989



1 A las labores del hogar combinadas con el trabajo

2 Vendo en la calle lo que puedo

3 Sólo tengo trabajo provisional

4 Soy empleada de gobierno

Fuente: Misma del Cuadro No.1

DESCRIPCION: El 80 % de las madres encuestadas se dedican a las labores del hogar combinadas con el trabajo.

CUADRO No. 19

PERSONA O LUGAR DONDE DEJAN A SUS NIÑOS CUANDO SALEN LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989

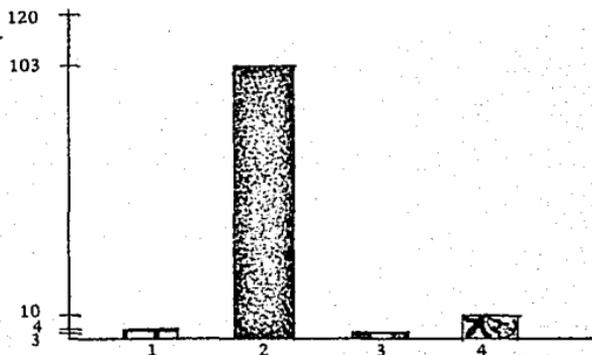
OPCIONES DE RESPUESTA	F ^o	%
Sólo	4	3
Con un familiar	103	86
Con un vecino	3	3
En la guardería	10	18
TOTALES	120	100

Fuente: Misma del Cuadro No.1.

GRAFICA No. 19

PERSONA O LUGAR DONDE DEJAN SUS NIÑOS CUANDO SALEN LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989



1 Sólo

2 Con un familiar

3 Con un vecino

4 En la guardería

Fuente: Misma del Cuadro No. 1

DESCRIPCION: El 86 % de las madres encuestadas deja a sus niños bajo el cuidado de un familiar cuando salen a la calle y no pueden llevarlo.

CUADRO No. 20

HABITOS HIGIENICOS DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989

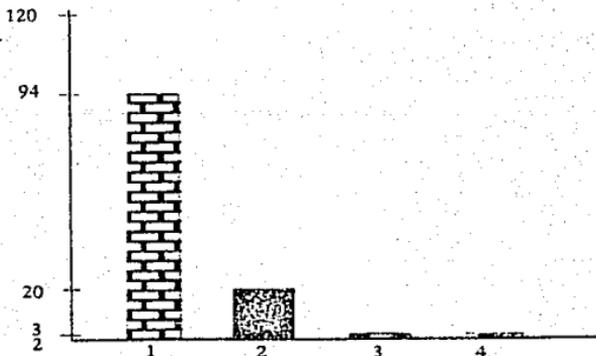
OPCIONES DE RESPUESTA	F ^o	%
Baño,cambio de ropa,aseo dental y de manos diario	94	78
Aseo de cara y genitales diario y baño cada tercer día	20	17
Por falta de agua el aseo general lo realizo en forma irregular	3	2.5
Todo lo anterior lo realizo más de una vez al día	3	2.5
TOTALES	120	100

Fuente: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 20

HABITOS HIGIENICOS DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989



- | | |
|---|--|
| 1 Baño, cambio de ropa, aseo dental y de manos diario | 2 Aseo de cara y genitales diario y baño cada tercer día |
| 3 Por falta de agua el aseo general lo realizo en forma irregular | 4 Todo lo anterior lo realizo más de una vez al día |

Fuente: Misma del Cuadro No. 1.

DESCRIPCION: El 78 % de las madres encuestadas tienen hábitos higiénicos regulares con baño, cambio de ropa, aseo dental y de manos diario.

CUADRO No. 21

ESTATURA DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989

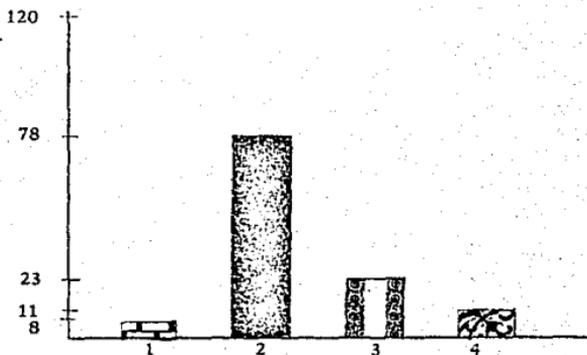
OPCIONES DE RESPUESTA	F ^o	%
Menos de 1.49 cm	8	7
Entre 1.49 y 1.55 cm	78	65
Entre 1.55 y 1.60 cm	23	19
Más de 1.60 cm	11	9
TOTALES	120	100

Fuente: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 21

ESTATURA DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989



1 Menos de 1.49 cm

2 Entre 1,49 cm y 1.55 cm

3 Entre 1.55 cm y 1.60 cm

4 Más de 1.60 cm

Fuente: Misma del Cuadro No. 1

DESCRIPCION: El 65 % de las madres encuestadas tiene una estatura entre 1.49 y 1.55 cm

CUADRO No. 22

LUGAR DE NACIMIENTO DEL NIÑO DE LAS MADRES EGRESADAS
DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENE-
RAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989

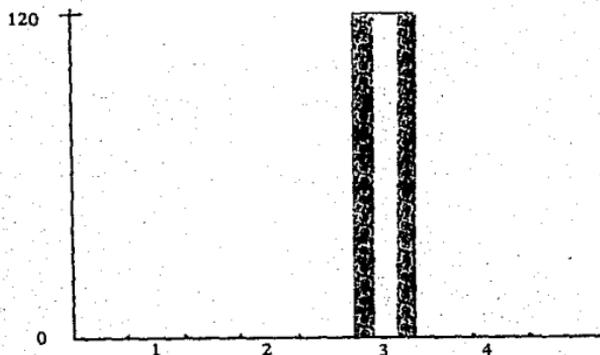
OPCIONES DE RESPUESTA	F ^o	%
Hospital privado	-	-
En mi casa con la comadrona	-	-
En Hospital de gobierno	120	100
Otro	-	-
TOTALES	120	100

Fuente: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 22

LUGAR DE NACIMIENTO DE LOS NIÑOS DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989



1 Hospital privado

2 En mi casa, con la comadrona

3 En hospital de gobierno

4 Otro

Fuente: Misma del Cuadro No. 1

DESCRIPCION: El 100 % de las madres encuestadas fueron atendidas de su parto en hospital de gobierno.

CUADRO No. 23

ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE LAS MADRES EGRESADAS DEL
SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL
IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989

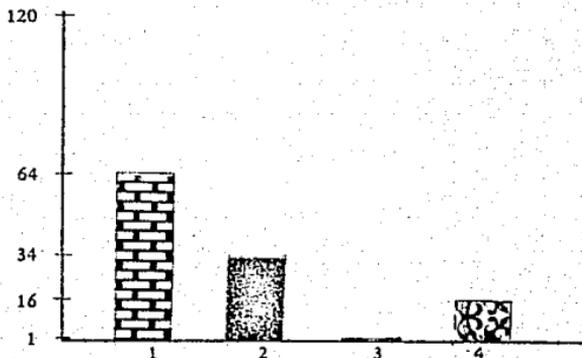
OPCIONES DE RESPUESTA	F ^o	%
Todo ha sido normal, no he tenido complicaciones	64	58
He tenido complicaciones y me han hecho cesárea	34	28
Por diversas causas mis niños han sido de bajo peso	1	1
Tuve complicaciones durante el embarazo pero el parto fue normal	16	13
TOTALES	120	100

Fuente: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 23

ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE LAS MADRES EGRESADAS DEL
SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL
IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989



- | | |
|---|---|
| 1 Todo ha sido normal, no he tenido complicaciones. | 2 He tenido complicaciones y me han hecho cesárea |
| 3 Por diversas causas mis niños han sido de bajo peso | 4 Tuve complicaciones durante el embarazo pero el parto fué normal. |

Fuente: Misma del Cuadro No. 1

El 53 % de las madres encuestadas han tenido embarazos y partos normales, sin complicaciones.

CUADRO No. 24

PESO Y TALLA DEL RECIEN NACIDO DE LAS MADRES EGRESADAS
DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL
IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

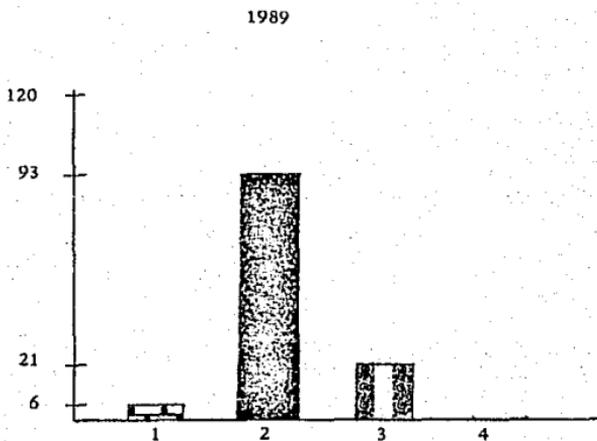
1989

OPCIONES DE RESPUESTA	F ^o	%
Menos de 2,500 g y menos de 48 cm	6	5
De 2,500 a 3,500 g y de 48 a 52 cm	93	78
Más de 3,500 g y mayor de 52 cm	21	17
No lo recuerdo	-	-
TOTALES	120	100

Fuente: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 24

PESO Y TALLA DEL RECIEN NACIDO DE LAS MADRES EGRESADAS
DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL
IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.



- | | |
|---------------------------------------|--|
| 1 Menos de 2,500 g. y menos de 48 cm. | 2. De 2,500 g. a 3,500 g. y de 48 cm. a 52 cm. |
| 3 Más de 3,500 g. y mayor de 52 cm. | 4 No lo recuerda. |

Fuente: Misma del Cuadro No.1

DESCRIPCION: El 78 % de las madres encuestadas tuvieron hijos cuyo peso y talla se encuentra de 2,500 a 3,500 g. y de 48 a 52 cm.respectivamente.

CUADRO No. 25

DURACION DEL EMBARAZO DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989

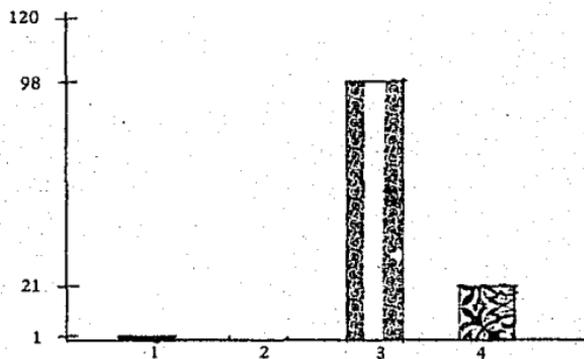
OPCIONES DE RESPUESTA	F ^o	%
Menos de 7 meses	1	1
7 meses	-	-
7 a 9 meses	98	82
Más de 9 meses	21	17
TOTALES	120	100

Fuente: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 25

DURACION DEL EMBARAZO DE LAS MADRES EGRESADAS DEL
SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL
IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989



1 Menos de 7 meses

2 7 Meses

3 7 a 9 meses

4 Más de 9 meses

Fuente: Misma del Cuadro No. 1

DESCRIPCION: El 82 % de las madres encuestadas tuvieron un embarazo
con duración de 7 a 9 meses.

CUADRO No. 26

EDAD ACTUAL DE LOS NIÑOS DE LAS MADRES EGRESADAS DEL
SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL
IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989

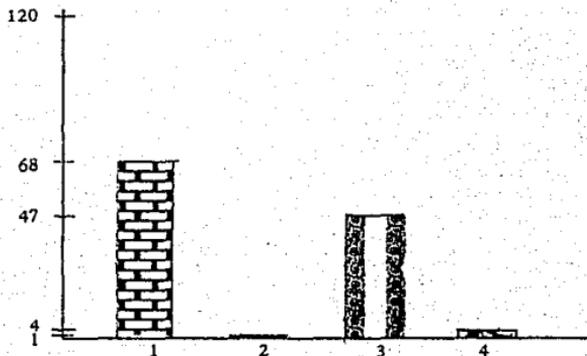
OPCIONES DE RESPUESTA	F ^o	%
Es recién nacido	68	57
De 1 a 3 meses	1	1
De 3 a 18 meses	47	39
De 18 meses a 5 años	4	3
TOTALES	120	100

Fuente: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 26

EDAD ACTUAL DE LOS NIÑOS DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989



1 Es recién nacido

2 De 1 a 3 meses

2 De 3 a 18 meses

4 De 18 meses a 5 años

Fuente: Misma del Cuadro No. 1.

DESCRIPCION: El 57 % de los niños de las madres encuestadas son recién nacidos, es decir, que tienen una edad actual entre 0 y 28 días.

CUADRO No. 27

TIPO DE ALIMENTACION DE LOS NIÑOS DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989

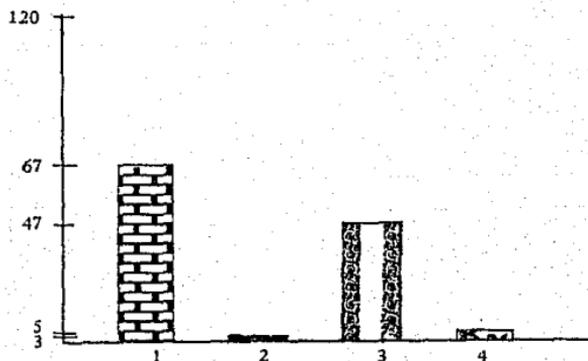
OPCIONES DE RESPUESTA	F ^o	%
Le doy el seno y biberón	67	56
No lo alimento al seno porque trabaja, pero toma biberón	3	2.5
Estoy combinando progresivamente los alimentos con el seno	47	37.5
Su alimentación es la misma que la de la familia	5	4
TOTALES	120	100

Fuente: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 27

TIPO DE ALIMENTACION DE LOS NIÑOS DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989



- | | | | |
|---|--|---|---|
| 1 | Le doy el seno y biberón. | 2 | No lo alimento al seno porque trabajo, toma biberón |
| 3 | Estoy combinando progresivamente los alimentos con el seno | 4 | Su alimentación es la misma de la familia |

Fuente: Misma del Cuadro No. 1

DESCRIPCION: El 56 % de los niños de las madres encuestadas son alimentados al seno y lo combinan con biberón.

CUADRO No. 28

VACUNAS APLICADAS A LOS NIÑOS DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989

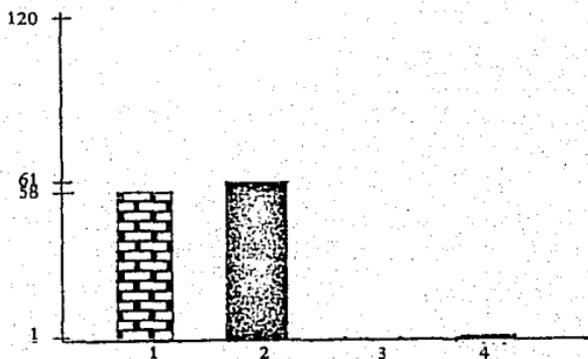
OPCIONES DE RESPUESTA	F ^o	%
Ninguna	58	48
B.C.G., Sabin, D.P.T.	61	51
Antisarampionosa y revacunaciones	-	-
Cuadro completo de vacunas	1	1
TOTALES	120	100

Fuente: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 28

VACUNAS APLICADAS A LOS NIÑOS DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989



1 Ninguna

2 B.C.G., Sabin, D.P.T.

3 Antisarampionosa y revacunaciones

4 Cuadro completo de vacunas

Fuente: Misma del Cuadro No. 1.

DESCRIPCION: El 51 % de los niños de las madres egresadas han sido vacunados contra la tuberculosis, poliomiélitis, difteria, tóserina y tétanos, pues se les aplicaron la B.C.G., Sabin y D.P.T.

CUADRO No.29

CONTROL DEL NIÑO SANO DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989

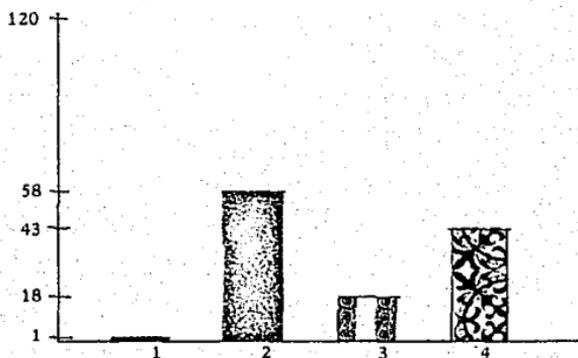
OPCIONES DE RESPUESTA	F ^o	%
No, nunca lo llevo porque no tengo tiempo	1	1
Durante el primer año de vida	58	48
Ocasionalmente	18	15
Sólo cuando se enferma	43	36
TOTALES	120	100

Fuente: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 29

CONTROL DEL NIÑO SANO DE LAS MADRES EGRESADAS DEL
SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL
IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989



- 1 No nunca lo llevo, porque no tengo tiempo
- 2 Durante el primer año de vida
- 3 Ocasionalmente
- 4 Sólo cuando se enferma

Fuente: Misma del Cuadro No. 1

DESCRIPCION: El 48 % de las madres encuestadas llevan a sus niños a control del niño sano con el pediatra durante el primer año de vida.

CUADRO No. 30

DESARROLLO PSICOMOTRIZ DE LOS NIÑOS DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989

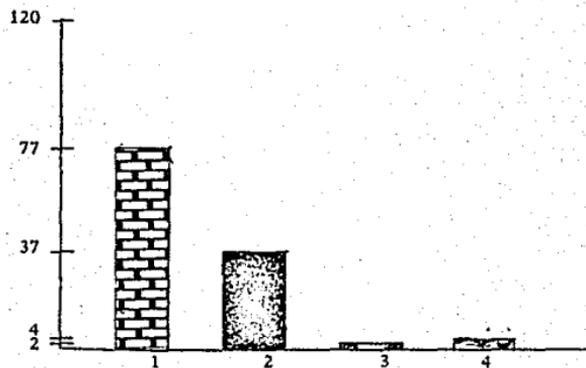
OPCIONES DE RESPUESTA	F ^o	%
Sólo llora y tiene sus reflejos neuromusculares	77	64
Se puede sentar y sostener su cabeza	37	31
Gatea y camina con apoyo	2	2
Camina sólo (a)	4	3
TOTALES	120	100

Fuente: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 30

DESARROLLO PSICOMOTRIZ DE LOS NIÑOS DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989



- | | |
|---|--|
| 1 Sólo llora y tiene sus reflejos neuromusculares | 2 Se puede sentar y sostener su cabeza |
| 3 Gatea y camina con apoyo | 4 Camina sólo (a) |

Fuente: Misma del Cuadro No. 1.

DESCRIPCION: El 64 % de los niños de las madres encuestadas actualmente sólo lloran y tienen sus reflejos neuromusculares.

CUADRO No. 31

DESARROLLO PSICOSEXUAL DE LOS NIÑOS DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989

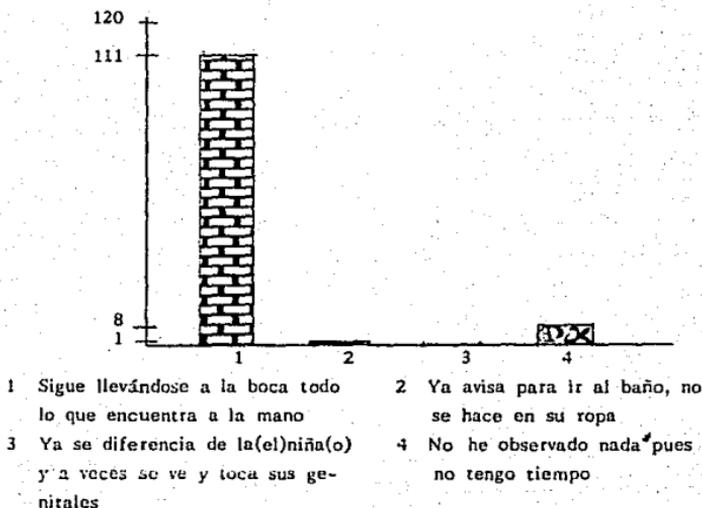
OPCIONES DE RESPUESTA	F ^o	%
Sigue llevándose a la boca todo lo que encuentra a la mano	111	92
Ya avisa para ir al baño, no se hace en su ropa	1	1
Ya se diferencia de la(el)niña(o) y a veces se ve y toca sus genitales	-	-
No he observado nada pues no tengo tiempo	8	7
TOTALES	120	100

Fuente: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 31

DESARROLLO PSICOSEXUAL DE LOS NIÑOS DE LAS MADRES EGRESADAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

1989



Fuente: Misma del Cuadro No. 1.

DESCRIPCION: El 92 % de los niños de las madres encuestadas se encuentran dentro de los que siguen llevándose a la boca todo lo que encuentra a la mano.

4.3 COMPROBACION DE HIPOTESIS.

La comprobación de hipótesis se realiza mediante el Coeficiente de Correlación de Pearson, ya que permite medir la influencia de las variables estudiadas.

De esta manera y con una muestra de 120 madres que egresan del Servicio de Obstetricia del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., se concentraron los datos en la Tabla Matriz No. 1 que a continuación se presenta y que contiene para "X" Educación de la Madre y para "Y" Crecimiento y Desarrollo del Niño desde el Nacimiento Hasta los Cinco Años de Edad.

A continuación se presenta dicha tabla matriz:

TABLA MATRIZ DE CONCENTRACION DE DATOS DE LA VARIABLE "X" EDUCACION DE LA MADRE Y DE LA VARIABLE "Y" CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS 5 AÑOS DE EDAD.

ITEMS	X	X ²	ITEMS	Y	Y ²	X . Y
1	67	4489	20	94	8836	6298
2	47	2209	21	78	6084	3666
3	65	4225	22	120	14400	7800

Cont. TABLA MATRIZ DE CONCENTRACION DE DATOS DE LA VARIABLE "X" EDUCACION DE LA MADRE Y DE LA VARIABLE "Y" CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS 5 AÑOS DE EDAD.

ITEMS	X	X ²	ITEMS	Y	Y ²	X . Y
4	48	2304	23	64	4096	3072
5	69	4761	24	93	8649	6417
6	45	2025	25	98	9604	4410
7	46	2116	26	68	4624	3128
8	69	4761	27	67	4489	4623
9	79	6241	28	61	3721	4819
10	53	2809	29	58	3364	3074
11	96	9216	30	77	5929	7392
12	103	10609	31	111	12321	11433
	$\Sigma x = 787$	$\Sigma x^2 = 55765$		$\Sigma y = 989$	$\Sigma y^2 = 86117$	$\Sigma x.y = 66132$

Con los resultados anteriores se desarrolla la fórmula siguiente:

$$r = \frac{n \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[n \sum x^2 - (\sum x)^2][n \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

$$r = \frac{(120)(66132) - (787)(989)}{\sqrt{[(120)(55765) - (787)^2][(120)(86117) - (989)^2]}}$$

$$r = \frac{7935840 - 778343}{\sqrt{(66918000 - 619369)(10334040 - 978121)}}$$

$$r = \frac{7157497}{\sqrt{(6072431)(9355919)}}$$

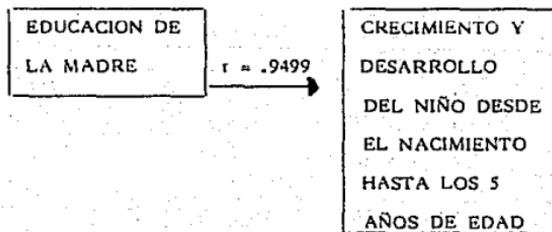
$$r = \frac{7157497}{56813172}$$

$$r = \frac{7157497}{75374512}$$

$$r = .9499$$

Por lo tanto al resultar un coeficiente de $r = .9499$ con correlación fuertemente positiva se comprueba la hipótesis de trabajo que dice: H_2 A mayor educación de la madre menor alteración en el crecimiento y desarrollo del niño desde el nacimiento hasta los 5 años de edad en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza". Así mismo al localizar la Tabla "F" con valores de "r" de .05 de un r_t de .2050 para un "n" de 120 se comprueba la hipótesis de trabajo H_2 y se comprueba la hipótesis general que dice H_1 La educación de la madre influye en el crecimiento y desarrollo del niño desde el nacimiento hasta los 5 años de edad en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza".

Por lo anterior se puede considerar que el crecimiento del niño está fuertemente influenciado por la capacidad de la madre dando por resultado que:



Por lo tanto se rechaza la hipótesis nula que dice H_0 No existe influencia de la educación de la madre en el crecimiento y desarrollo del niño desde el nacimiento hasta los 5 años de edad en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza".

4.4. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.

En este subcapítulo se analizan e interpretan los resultados de acuerdo a la instrumentación estadística y metodología enfocándola de acuerdo con la relación de variables que se determinaron y consideraron a nivel del universo de trabajo.

En el Cuadro No. 1 se observa que el mayor número de las mujeres se embarazan de los 23 a 33 años de edad, ya que han comprendido a través de los mensajes educativos acerca de que ésta es la edad adecuada en la que no se corre un riesgo tanto para ella como para el producto (riesgo reproductivo ó perinatales) que ocasione malformaciones congénitas, muerte in útero, y ésto es más frecuente que se dé en las mujeres mayores que se embarazan. Mientras que en aquellas madres de 18 años existe una competencia por el aprovechamiento de los nutrientes por alcanzar su crecimiento y desarrollo óptimo al igual que el producto, dando por resultado partos pretérmino ó desnutrición.

En el Cuadro No. 2 se señala que es mayor el número de mujeres casadas ya que existe la creencia de que al haber dos personas conformando el

núcleo familiar, permitirá que el desarrollo emocional del niño será de comodidad, bienestar y de afecto para su madurez psicológica, mientras que la madre soltera tiene que desempeñar la responsabilidad total tanto de afecto como económica, de educación hacia el niño, además de la presión social del mundo que le rodea aún de su propia familia.

El Cuadro No. 3 muestra el hecho de que la mayoría de las madres haya nacido y radique en el Distrito Federal, indica que cuenta con los servicios de salud necesarios para un óptimo control prenatal, para una buena atención del parto y para un control del bebé con el pediatra, facilidad que no tienen las madres de provincia; el tipo de servicio de salud que la madre elija va a depender del ingreso económico, de la calidad de atención médica, y de la responsabilidad de los padres por el bienestar del niño.

El Cuadro No. 4 marca que la religión predominante de la población de estudio es católica, y esto se debe a que las creencias de éste tipo les fueron transmitidas por sus padres, y a la vez que éstas serán heredadas a sus hijos y esto influirá en el crecimiento y desarrollo del niño.

En el Cuadro No. 5 se observa que al contar con casa propia las mujeres encuestadas, les permite haber alcanzado su desarrollo psicosocial, lo que les permitirá contar con los recursos necesarios para favorecer el crecimiento y desarrollo del niño. Mientras que las mujeres que viven en casa de su suegra no cuentan con libertad para educar a sus hijos, ya

que en primer lugar no son lo suficientemente estables para asumir la responsabilidad que implica un niño, en segundo lugar el niño se verá constantemente presionado por sus padres y abuelos en lo correspondiente a educación y afecto.

El Cuadro No. 6 indica que poco a poco ha sido comprendido por las familias, que al ser conformadas por 4 integrantes, tendrá las mismas oportunidades uno ú otro de sus hijos tanto en lo afectivo, económico y educativo, ya que por la problemática existente en México sobre la carestía de los alimentos, ropa, vivienda y empleo, se vé en la necesidad de planificar la familia pensando también en el bienestar de sus hijos. Mientras que las familias numerosas, con más de 10 integrantes, es aquella que no fué orientada acerca del riesgo que corre al embarazarse con un período intergenésico corto, ó por creer que así tendrá al esposo a su lado, descuidando el crecimiento y desarrollo de sus hijos y del futuro bebé, además de que el afecto es mínimo ya que su amor lo centra en el esposo.

En el Cuadro No. 7 se observa que el ingreso económico mensual de las mujeres encuestadas en su mayoría es más del mínimo, lo que les permite llevar a cabo durante su gestación el adecuado aporte nutricional además del control prenatal, recibiendo la orientación mínima acerca de los cuidados a un recién nacido para su óptimo crecimiento y desarrollo. Mientras que las que tienen un ingreso económico de menos del mínimo estará limitada en la adquisición de alimentos necesarios para el creci-

miento y desarrollo del niño, además del vestido y vivienda.

En el Cuadro No. 8 se demuestra que hay una prevalencia de madres que han aprendido los cuidados a un recién nacido a través de los consejos familiares, aún teniendo preparación profesional, y ésto debido a que tienen más experiencia; hay una minoría de las mujeres que hasta el momento no han aprendido a cuidar a un recién nacido por falta de interés, porque trabajan y lo dejan a cargo de familiares ó guarderfa, no han sido orientadas durante su gestación por personal de salud.

El Cuadro No. 9 señala que es precisamente durante el control prenatal y el puerperio que a las mujeres se les orienta sobre los cuidados que deben dar a un recién nacido y del puerperio, mientras que las madres que nó han recibido orientación se debe a la falta de interés de ellas, y a que son primigestas y personas que nó se atreven a externar sus dudas.

El Cuadro No. 10 muestra que el personal de salud se vé limitado a realizar visitas a domicilio, por lo demás dá la atención que exige la población y porque muchas veces los datos personales que dán las pacientes son falsos, las que egresaron durante la realización del servicio social en el Hospital siendo realizadas por los pasantes de la carrera de Licenciado en Enfermería y Obstetricia.

El Cuadro No.11 señala que con la experiencia que adquirió en el cuidado de sus anteriores hijos es como cuidará a su próximo hijo, en el Hospital

el personal de enfermería es el encargado de proporcionar educación intrahospitalaria porque uno de los objetivos del departamento de enfermería es el de educar a la población, sobre todo en el programa de habitación conjunta.

En el Cuadro No. 12 se demuestra la elevación del nivel educacional y modificación de las conductas sociales que atañen a la mujer, han sido propicias para la introducción de las mismas al medio productivo y aumentar así el ingreso económico familiar y obtener los satisfactores para mejorar el crecimiento y desarrollo de sus hijos, ó en algunos casos, ser el único sostén económico por ser madres solteras.

El Cuadro No. 13 indica que el nivel cultural de la mayoría de las madres es medio, puesto que a la mayoría no le queda tiempo libre para superarse personalmente, puesto que todo se le vá en los quehaceres del hogar y en cuidar a su familia; la única forma que las madres tienen como distracción es ver la televisión ó escuchar la radio.

El Cuadro No. 14 con los resultados de la encuesta muestran que en su mayoría las madres satisfacen la necesidad física del niño y olvidan las necesidades afectivas y de socialización, debido a que un alto porcentaje de ellas tiene que trabajar fuera de su domicilio, no tiene tiempo libre ó lo utiliza en otras actividades; ésto afecta al niño pues la madre no llevará el control del crecimiento y desarrollo de su hijo, con lo que pueden presentarse alteraciones en su salud física ó emocional a corto,

mediano ó largo plazo.

El Cuadro No. 15 se refiere a que el programa de riesgo reproductivo que se está aplicando en los servicios de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E. se proporciona una cartilla de crecimiento y desarrollo para llevar el control del recién nacido y se les explica su manejo, pero nó se les dan a todas las madres, sólo a las que tengan riesgo de que se enfermen y altere su crecimiento y desarrollo pues se está iniciando ésta investigación, aunque se les entregó y explicó el manejo no entendieron y nó la manejan actualmente.

En el Cuadro No. 16 ha sido por medio de la educación durante el control prenatal, que la mayoría de las madres modificó sus hábitos adecuándolos a su estado gravídico y de acuerdo a sus posibilidades económicas pues trataron de adquirir alimentos que aportan los nutrientes necesarios para el embarazo pero que fueran de temporada y que estuvieran baratos, tratando de variar su dieta lo más posible; ésto favoreció al bebé pues se desarrolló normalmente y sin complicaciones, en cambio una minoría no llevó buena alimentación durante su embarazo por que las posibilidades económicas no lo permitieron y por falta de orientación para modificar sus hábitos dietéticos, lo cual repercutió en el crecimiento y desarrollo del producto, los cuales nacían con bajo peso u otra complicación.

El Cuadro No. 17 nos demuestra que las madres egresadas del Servicio de Obstetricia se encuentran dentro de un nivel académico medio y por lo

tanto tienen los conocimientos básicos para saber qué cuidados debe llevar a cabo durante el embarazo y a un recién nacido.

El Cuadro No. 18 nos muestra que la mayoría de las madres dedican su mayor tiempo a las labores del hogar y algunas las combinan con el trabajo, por lo que existe cierta limitación en cuanto a la atención proporcionada a su hijo para su óptimo crecimiento y desarrollo.

El Cuadro No. 19 nos muestra que la mayoría de las madres nunca dejan a sus hijos solos ó con alguien cuando salen de su casa, las que los tienen que dejar en su mayoría son madres que trabajan pero confían su cuidado a un familiar, sea su suegra, cuñada, su propia madre u otra; sólo una minoría tiene que dejar a su hijo con un vecino, amigo ó en la guardería pues no tiene familiares en la ciudad ó viven lejos, pero la ausencia de la madre afecta al niño en el sentido de que limita la relación afectiva entre ella y el pequeño que favorece la confianza básica y el sentimiento de que es querido, y ésto a la larga provocará un retardo en crecimiento y desarrollo psicológico del niño y de adulto podrá tener dificultad para relacionarse con los demás.

El Cuadro No. 20 nos muestra que la mayoría de las madres cuentan con hábitos higiénicos regulares ya que en su mayoría viven en zonas urbanas y por la influencia de los medios masivos de comunicación sobre los hábitos higiénicos y en el Hospital al programa educativo de higiene personal durante el embarazo, mientras que en algunas sus hábitos higiénicos

cos son irregulares ya que no cuentan con los servicios necesarios ó por vivir en zonas suburbanas.

El Cuadro No. 21 nos indica que la mayoría de los pacientes se encuentran dentro de los límites normales de estatura (mujer mexicana) que favorece a que no existan complicaciones durante el embarazo y el trabajo de parto, siendo que algunas de las madres se encuentran dentro de la estatura menor de 1.49 cm, lo cual es indicativo de que se presenten factores de riesgo durante el embarazo y el trabajo de parto, lo cual conlleva a que se les realice cesárea.

El Cuadro No. 22 nos indica que el 100 % de las pacientes fué atendido en el hospital ya que de ahí se tomó la muestra para la realización de la investigación, además las madres decidieron que la atención de su parto fuera en el mismo hospital, debido a los altos costos de hospitales particulares.

El Cuadro No. 23 nos indica que en la mayoría de las pacientes sus antecedentes obstétricos no son indicativos de complicaciones durante el embarazo y el trabajo de parto, puesto que asistieron al control prenatal siendo orientadas sobre el cuidado durante el embarazo, mientras que aquellas que no llevaron a cabo el control prenatal presentaron factores de riesgo en el período neonatal, como fué bajo peso al nacer, desnutrición, etc.

El Cuadro No. 24 nos indica que la mayoría de los neonatos están dentro de los parámetros normales de peso y talla y es debido a que durante el período gestacional se proporciona la alimentación adecuada, y aquellos neonatos que presentaron bajo peso y talla fue debido a que la madre durante su embarazo no tuvo los cuidados necesarios respecto a la alimentación.

En el Cuadro No. 25 se observa que la mayoría de las madres encuestadas tuvieron un embarazo que llegó a término, por lo que el bebé pudo crecer y desarrollarse normalmente; esto sucede porque las madres llevaron un control prenatal continuo, con lo que la evolución de su embarazo fue normal, pues se pudo detectar en forma oportuna cualquier factor de riesgo que afectara a la madre ó al bebé.

En el Cuadro No. 26 se señala que la mayoría de los bebés de las madres encuestadas tiene actualmente menos de 6 meses de edad, lo cual indica que están en pleno desarrollo y que la actitud que la madre tenga hacia ellos será trascendental para su futuro, pues si le dan el pecho están fomentando el apego y la confianza básica que se les dá a los bebés seguridad en sí mismos.

El Cuadro No. 27 señala que las madres prefieren alimentar a sus hijos con el seno y biberón ; se debe a que saben cada vez más que la leche materna beneficia al niño en su crecimiento y desarrollo que el acto de amamantar le proporciona mayor afecto y amor al bebé, fortaleciendo la

confianza básica y el apego; la mayoría de los bebés son alimentados por otra persona que no es su mamá pues ésta trabaja, y esto puede limitar el desarrollo psicológico del niño pues un biberón no le proporciona el afecto que le proporciona la madre.

El Cuadro No. 28 indica como resultado que las madres se preocupan porque sus hijos sean vacunados para prevenir las enfermedades y no conformarse con la inmunidad que les da la leche materna, además de debe a que en el hospital antes de egresar se les aplica a los recién nacidos la vacuna antituberculosa y antipoliomielítica, sólo si tienen peso normal y si tienen un nivel socioeconómico bajo, con la finalidad de protegerlos de este medio ambiente mientras pueden iniciar el esquema básico de vacunación.

En el Cuadro No. 29 se observa que cada vez las madres se percatan de la importancia de llevar a sus bebés al pediatra durante el primer año de vida control del niño sano para prevenir cualquier enfermedad, y se debe a que están afiliados en alguna institución como I.M.S.S., I.S.S.S.T.E. y aprovechan el servicio y a la vez llevan el control de sus vacunas; son pocas las que no lo llevan ni aún cuando se enferman, lo cual es debido a la falta de orientación de éste control y un poco por la negligencia de ambos padres.

El Cuadro No. 30 muestra el hecho de que el mayor porcentaje indique que los niños sólo lloran y tienen sus reflejos neuromusculares se debe a

que la mayoría de las encuestas se aplicaron a las madres que cursaban su puerperio fisiológico en el hospital, por lo que eran recién nacidos, pero aún así indica que los niños tendrán un desarrollo psicomotriz normal, y a los pocos que ya gatean ó caminan sin apoyo, es porque sus madres los estimulan para realizar ésa actividad.

El Cuadro No. 31, al igual que el cuadro anterior, nos dice que la mayoría de los niños se llevan a la boca todo lo que encuentran a la mano, esto es debido a que son niños menores de 6 meses cuyo desarrollo psico-sexual está iniciando paralelo al de la personalidad; algunas madres no habían observado nada porque trabajan y dejan al niño al cuidado de un pariente ó conocido y no se dan cuenta de los progresos de su hijo y sólo atienden sus necesidades biológicas.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Conclusiones.

Al término de ésta investigación, en la cual se deseaba conocer de qué manera influye la educación que tiene la madre sobre el crecimiento y desarrollo de su hijo, se llegaron a las siguientes conclusiones:

- La educación de la madre influye de manera decisiva en el crecimiento y desarrollo del niño, ya que el 57 % de las madres aprenden el cuidado al recién nacido en forma empírica de los conocimientos transmitidos por los familiares; mientras que un 39 % aprenden el cuidado a un recién nacido durante el control prenatal y puerperio, orientadas por personal médico y de enfermería, quienes amplían sus conocimientos con bases científicas.

- Estos cuidados durante el embarazo son hábitos higiénico-dietéticos, actividad sexual, deporte, ejercicio y esparcimiento; durante el puerperio son dirigidos al niño, como la importancia de la lactancia temprana al seno materno, control pediátrico postnatal, y otros que atiendan los aspectos biológico, psicológico y social.

- Esta orientación no es proporcionada en forma específica por el personal que labora en el servicio de obstetricia del Hospital, debido a la sobrecarga de trabajo y fué durante el desarrollo del servicio social cuando los

pasantes de la carrera de Enfermería, conforme al programa establecido, impartieron pláticas educativas en las que se profundizó sobre los temas mencionados.

- Otro de los aspectos que condicionan la influencia de la educación de la madre en el crecimiento y desarrollo de su hijo es la edad que tiene cuando se embaraza, siendo que el 64 % de la población de mujeres que acuden al Hospital para atención de su parto, reconoce la importancia de embarazarse de los 23 a 33 años, edad ideal aproximada en que se hallan disminuidos los factores de riesgo reproductivo, ésto se debe a la difusión sobre planificación familiar que ha realizado la Secretaría de Salud con el apoyo de los medios masivos de comunicación.

- Se concluyó que el 3 % de la población fueron mujeres que se embarazaron antes de los 18 años, por lo que presentaron complicaciones durante el embarazo y el trabajo de parto y los niños nacieron con traumas obstétricos, con bajo peso ó fueron prematuros.

- El tipo de alimentación de la madre durante la gestación también influye en el crecimiento y desarrollo del producto ya que no se satisfacen las necesidades metabólicas maternas y fetales; el 86 % de mujeres de la muestra tienen una alimentación suficiente por lo que sus niños nacen con características dentro de los parámetros normales; mientras que un 2 % de las mujeres tuvieron una alimentación deficiente, lo que condicionó que un 1 % de los niños presentaran bajo peso al nacimiento.

- Las costumbres y tradiciones de la madre influyen en el crecimiento y desarrollo del niño ya que las madres se basan en las costumbres familiares ó en cómo sus madres las cuidaron a ellas; aún teniendo una preparación escolar media básica sólo tienen bases mínimas sobre el cuidado al recién nacido.

- El nivel socioeconómico influye sobremanera en la educación de la madre ya que el 48 % de éstas se encuentra en un nivel bajo social y económico, lo que le dificulta la adquisición de los alimentos necesarios que satisfagan las necesidades metabólicas maternas y para favorecer el crecimiento y desarrollo del producto in útero, repercutiendo durante el transcurso de su vida extrauterina; del nivel socioeconómico igualmente se deriva la calidad de las condiciones de vida, pues en el caso de ser precarias van a propiciar infecciones dermatológicas y vulvovaginales que pueden transmitirse al niño durante el parto.

- Las madres que se ven obligadas a trabajar no disponen del tiempo necesario para proporcionar cuidados que favorezcan el desarrollo psicomotriz, funcional, psicosocial y psicosexual del niño, y se acentúa el problema en las madres solteras que no cuentan con otro apoyo económico y que por fuerza tienen que trabajar para sostenerse ella y a su hijo.

- Al inicio del embarazo las mujeres casadas ó solteras tienden a rechazar al producto y conforme vá evolucionando el embarazo aceptan la responsabilidad hacia el nuevo ser.

- Las costumbres y tradiciones de la madre influyen en el crecimiento y desarrollo del niño ya que las madres se basan en las costumbres familiares ó en cómo sus madres las cuidaron a ellas; aún teniendo una preparación escolar media básica sólo tienen bases mínimas sobre el cuidado al recién nacido.

- El nivel socioeconómico influye sobremedida en la educación de la madre ya que el 48 % de éstas se encuentra en un nivel bajo social y económico, lo que le dificulta la adquisición de los alimentos necesarios que satisfagan las necesidades metabólicas maternas y para favorecer el crecimiento y desarrollo del producto in útero, repercutiendo durante el transcurso de su vida extrauterina; del nivel socioeconómico igualmente se deriva la calidad de las condiciones de vida, pues en el caso de ser precarias van a propiciar infecciones dermatológicas y vulvovaginales que pueden transmitirse al niño durante el parto.

- Las madres que se ven obligadas a trabajar no disponen del tiempo necesario para proporcionar cuidados que favorezcan el desarrollo psicomotriz, funcional, psicosocial y psicosexual del niño, y se acentúa el problema en las madres solteras que no cuentan con otro apoyo económico y que por fuerza tienen que trabajar para sostenerse ella y a su hijo.

- Al inicio del embarazo las mujeres casadas ó solteras tienden a rechazar al producto y conforme va evolucionando el embarazo aceptan la responsabilidad hacia el nuevo ser.

- Los antecedentes obstétricos (estatura, gestas, paras, abortos, cesáreas, patologías asociadas al embarazo) son otro de los factores de la madre que influyen en el crecimiento y desarrollo de su hijo por lo siguiente. Si la madre tuvo antecedentes de aborto, en el nuevo embarazo se puede presentar amenaza de aborto ó parto pretérmino que se traduce en inmadurez neurológica y física ó en niños de bajo peso al nacimiento; si tiene antecedentes de cesárea es indicativo de que es un factor de riesgo que influye en el crecimiento y desarrollo de otro hijo pues puede presentar sufrimiento fetal agudo ó crónico, desprendimiento prematuro de placenta, desproporción céfalo-pélvica, inserción baja de placenta, prolapso de cordón umbilical, presentaciones anormales, producto macrosómico, pre-eclampsia.

- La estatura de la madre que se encuentra dentro de los límites normales, disminuye la probabilidad de complicaciones; pero las que se encuentran por debajo de los parámetros normales presentan distocias maternas, siendo la más frecuente la desproporción céfalo-pélvica.

- El número de integrantes de la familia influye en el crecimiento y desarrollo del nuevo ser porque disminuye la calidad de la atención proporcionada por los padres así como las oportunidades de vivir mejor, lo que puede ocasionar que en el futuro pueda llegar a ser una persona introvertida, agresiva, insegura y no productiva.

- Para establecer las conclusiones nos auxiliamos con las referencias

bibliográficas.

- Estadísticamente también se ha concluido que la educación de la madre influye en el crecimiento y desarrollo del niño desde el nacimiento hasta los 5 años de edad de acuerdo con el coeficiente de Pearson con el que se comprobaron las hipótesis de trabajo y general y se disprobó la hipótesis nula.

- Recomendaciones.

Derivado de las conclusiones se puede dar pauta a las siguientes recomendaciones:

Para la madre:

- Orientarse sobre la edad adecuada para embarazarse que es de 20 a 29 años, ya que es mínimo el riesgo de presentarse complicaciones.

- Evitar embarazarse después de los 35 años, ya que existe el riesgo de presentarse alteraciones como malformaciones congénitas.

- Tener mayor vigilancia médica durante el embarazo cuando se tenga menos de 20 años, para evitar serias complicaciones como pre-eclampsia, malformaciones, amenaza de aborto, parto pretérmino y distocias durante el trabajo de parto.

- Hacer respetar la privacidad del núcleo familiar, por parte de los suegros, padres ú otro familiar que viva con ellos.
- Aplicar los conocimientos empíricos que tengan bases teóricas y no únicamente lo que les aconsejan sus familiares en el cuidado de su bebé.
- Dejar a su hijo al cuidado de un familiar ó de una persona en quien confie, si tiene que trabajar, pues ésta persona le dará cuidados y afecto necesarios para que el niño no resienta la ausencia de la madre.
- Convivir lo más posible con su hijo para que se desarrolle entre los dos la liga emocional que conserva la mutua cercanía y que infunde confianza al bebé, es decir, se fomente el apego y la confianza básica.
- Procurar llevar consigo a su hijo, si sólo vá a salir por un momento, nunca dejarlo sólo.
- Realizar el baño diario ó cada tercer día aunque vivan en zonas rurales, para evitar infecciones dermatológicas ó vulvovaginales que pueden transmitirse al niño.
- Aprovechar los servicios que presta el Hospital, para una atención mejor del embarazo y el parto, por las mujeres en edad reproductiva.

Para el personal de salud :

- Promover el control prenatal periódico para la evolución óptima del embarazo.

- Orientar a la población sobre los factores de riesgo reproductivo.

- Orientar a las futuras madres acerca de los beneficios que conlleva el asistir al control prenatal y control del niño sano.

- Proporcionar un ambiente de seguridad y confianza a las madres para que externen sus dudas.

- Orientar a la madre sobre la importancia de llevar una dieta específica durante la gestación, evitando el consumo de alcohol, fármacos y tabaco, para favorecer el crecimiento y desarrollo óptimo del producto.

- Fomentar la lactancia temprana al seno materno, desde que nacen los niños ó inmediatamente que ingresa la paciente al servicio de Obstetricia, se le lleve a su hijo para que lo alimente y reanuden los dos, la liga afectiva. Se aconseja prolongar la lactancia hasta el año de edad.

- Orientar a las madres sobre la importancia de proporcionar cuidados a sus bebés atendiendo los aspectos biológico, psicológico y social, para favorecer su óptimo crecimiento y desarrollo.

- Orientar, en el servicio de Obstetricia, a las madres sobre la estimulación temprana de sus recién nacidos, para fomentar su desarrollo psicomotriz.

- Proporcionar a la madre orientación sobre el crecimiento y desarrollo del niño de acuerdo con la edad del mismo, para que conozca los cuidados que deba proporcionarle.

- Orientar a la madre sobre la forma de cuidar a su bebé sin hacer gastos innecesarios, como comprar pañales desechables, alimentos procesados y juguetes sofisticados.

- Orientar a las madres antes de que egresen del Hospital, sobre las enfermedades que pueden afectar sus hijos, para que comprendan la importancia de protegerlos con las vacunas del esquema básico y durante las campañas de vacunación.

- Establecer como parte del programa de educación intrahospitalaria, que se oriente y entregue, a todas las madres que cursan su puerperio inmediato en el servicio de Obstetricia, una cartilla de crecimiento y desarrollo para que lleven en ella el control de su hijo sano y puedan detectar oportunamente cualquier alteración que afecte su crecimiento y desarrollo.

- Realizar las consultas del control de niño sano en forma minuciosa por

parte del pediatra, y nó en forma superficial para terminar pronto con la consulta; de tal forma, la primera consulta debe durar aproximadamente 40 minutos y las siguientes deben durar aproximadamente media hora.

- Realizar visitas a domicilio a las madres cuyos hijos hayan nacido en el Hospital con algún problema que afecte su desarrollo neurológico, para orientarlas sobre los ejercicios que puede aplicar a sus hijos para estimularlos y evitar lo más posible un retardo en su crecimiento y desarrollo.

- Orientar a las madres egresadas del Hospital, en su domicilio, acerca del desarrollo psicosexual de sus hijos, de cómo se forma su personalidad y cómo identificar cada etapa de su desarrollo psicosexual para que puedan orientar a sus hijos.

- Promover en toda institución de salud la planificación familiar para evitar lo más posible los embarazos seguidos para que no afecte al producto de la concepción.

- Orientar a la madre sobre la planificación familiar para que comprenda que "la familia pequeña vive mejor", ya que tienen los hijos mayores oportunidades educativas, afectivas, recreativas, etc.

- Brindar apoyo psicológico a las madres solteras en cuanto a su estado civil, evitar agredirlas moralmente.

- Respetar la religion de cada paciente.
- Orientar a las pacientes sobre cursos técnicos para elevar más su capacidad e aprendizaje y dar pláticas educativas en el Hospital sobre el cuidado del recién nacido.

6. ANEXOS Y APENDICES.

- ANEXO No. 1 Formatos para la evaluación del riesgo reproductivo.
- ANEXO No. 2 Historia Clínica Obstétrica.
- ANEXO No. 3 Exámenes de Laboratorio.
- ANEXO No. 4 Estudios Especiales de Gabinete.
- ANEXO No. 5 Escala de Apgar.
- ANEXO No. 6 Valoración del esfuerzo respiratorio (Silverman).
- ANEXO No. 7 Valoración clínica de la edad gestacional (Capurro)
- ANEXO No. 8 Valoración física del recién nacido (Dubowitz).
- ANEXO No. 9 Valoración de la edad gestacional y neurológica (Dubowitz).
- ANEXO No. 10 Clasificación del recién nacido según peso al nacer y edad gestacional (Lubchenko).

- ANEXO No. 11 Cifras normales de hemoglobina (Harper).
- ANEXO No. 12 Composición de la leche materna.
- ANEXO No. 13 Esquema básico de inmunizaciones.
- ANEXO No. 14 Alimentación durante el primer año de vida.
- ANEXO No. 15 Etapas psicosociales de Eric Erickson.
- ANEXO No. 16 Prueba Denver escrutadora del desarrollo psicomotriz.
- ANEXO No. 17 Desarrollo cognoscitivo de Piaget.
- ANEXO No. 18 Etapas del desarrollo psicosexual (Freud).
- ANEXO No. 19 Tabla "F" Valores de r a los Niveles de Confianza de 0.05 y 0.01.
- APENDICE No. 1 Cuestionario.

ANEXO No. 1
 FORMATOS PARA EVALUACION DEL RIESGO REPRODUCTIVO.

FACTORES DE RIESGO	RIESGO BAJO	RIESGO MEDIO	RIESGO ALTO
01 Nivel socioeconómico	Medio Alto	Bajo	Muy bajo
02 Escolaridad	6 o más	1 a 5	Cero
03 Edad años	20 a 30	15 a 19 31 a 35	14 0 menos 36 o más
04 Estatura cm.	150 ó más	145 - 149	144 0 menos
05 Estado civil	Casada Unión libre	Soltera Viuda	
06 Paridad	1 a 3	Nulipara 4 y más	
07 Partos	Normal	Difficil	Traumático
08 Intervalo intergenésico	1 a 2 años	Menos de 1 año	
09 Abortos	No	1 a 2	Más
10 Nacidos muertos	No	1 a 2	Más
11 Hijos con bajo peso	No	1 a 2	Más
12 Hijos con malformaciones	No	1 a 2	Más
13 Hijos prematuros	No	1 a 2	Más
14 Muertes neonatales	No	1 a 2	Más
15 Diabetes	No	Controlada	Activa

Cont. FORMATOS PARA EVALUACION DEL RIESGO REPRODUCTIVO

FACTORES DE RIESGO	RIESGO BAJO	RIESGO MEDIO	RIESGO ALTO
16 Hipertensión	No	Controlada	Activa
17 Epilepsia	No		Si
18 Cardiopatía	No	Controlada	Activa
19 Enfermedades de tiroides	No	Controlado	Activa
20 Enfermedades renales	No	Controlado	Activa
21 Consaguinidad	No	Si	
22 Retraso mental	No	Si	
23 Exposición radiaciones	No	Si	
24 Carga de Trabajo	Normal	Mediano	Exagerado
25 Exposición de Tóxicos	No	Si	
26 Desnutrición	No	Moderada I	Grave II
27 Anemia Hb. en gramos	10 o más	8.0 a 8.9	de 8
28 Alcoholismo	No	Si	
29 Tabaquismo	No	Si	
30 Otras Farmacodependencias	No	Tuvo	Actual
31 Toxoplasmosis	No	Tuvo	Actual
32 Rubeola	Tuvo		Actual
33 Citomegalovirus	No		Si
34 Herpes	No		Si
35 Sífilis	No	Tuvo	Actual
36 Sida	No	Sospecha	Si

(PREVIGEN 1)

EVALUACION PRIMARIA DE RIESGO PERINATAL EN EL EMBARAZO

1 DATOS GENERALES.

FACTORES DE RIESGO	RIESGO BAJO	RIESGO MEDIO	RIESGO ALTO
01 Edad (años)	20 a 30	15 a 19 31 a 35	14 ó menos 36 ó más
02 Peso al Inicio	51 a 64 Kg.	65 a 75 Kg.	76 ó más
03 Estatura cm.	150 o más	145 a 149	144 ó meno
04 Nivel socioeconómico	Alto Medio	Bajo	Muy bajo
05 Estado civil	Casada Unión libre		Sin cónyuge
06 Actitud	Adecuada	Inadecuada	Muy alterada
2 ANTECEDENTES.			
07 Paridad	1 a 3	4 a 6 Nulipara	
08 Parto anterior	Normal	Prolongado	Traumático
09 Abortos consecutivos	No	2 ó más	
10 Cesáreas previas	No	Una	2 ó más
11 Partos pretérmino	No	Uno	2 ó más
12 Preeclampsia-eclampsia	No	Si	
13 Hijos con bajo peso 2500 g	No	Uno	2 ó más
14 Hijos macrosómicos 4000 g	No		Si
15 Muertes perinatales	No	Uno	2 ó más

Cont EVALUACION PRIMARIA DE RIESGO PERINATAL EN EL EMBARAZO

FACTORES DE RIESGO	RIESGO BAJO	RIESGO MEDIO	RIESGO ALTO
16 Hijo malformado	No		Si
17 Cirugía previa		Ginecológica	Utero
3 EMBARAZO ACTUAL			
18 Consanguinidad	No		Si
19 Factor Rh	Positivo	Negativo	Negativo
		No inmunizada	Inmunizada
20 Hemoglobina en gramos	11 ó más	8 a 10.9	de 8.0
21 Tabaquismo	No	Si	
22 Alcoholismo	No	Si	
23 Toxicomanías	No	Si	
24 Amenaza de aborto 20 sem ó menos	No	Controlada	Activa
25 Amenaza parto pretérmino 21 ó más sem.	No	Controlada	Activa
26 Hemorragia ginecológica	No	Controlada	Activa
27 Cardiopatía	No	Controlada	Activa
28 Nefropatía	No	Controlada	Activa
29 Diabetes	No	Controlada	Activa
30 Hipertensión crónica	No	Controlada	Activa
31 Hipertensión del embarazo	No	Controlada	Activa

Cont EVALUACION PRIMARIA DE RIESGO PREINATAL EN EL EMBARAZO

FACTORES DE RIESGO	RIESGO BAJO	RIESGO MEDIO	RIESGO ALTO
32 Ruptura de membranas	No	12 hrs. ó menos	13 hs. ó más
33 Otros especifique _____			

(PREVIGEN II)

GUIA PARA LA EVALUACION DE RIESGO PERINATAL
DURANTE LA EVOLUCION DEL EMBARAZO

FACTORES DE RIESGO	RIESGO BAJO	RIESGO MEDIO	RIESGO ALTO
01 Presión arterial	sist.80 -130 diast.60- 90	140-160 91-109	161 y más 110 y más
02 Aumento de peso en kg/mes	1 a 1.5	1.6 a 2.5 sin aumento	3. ó más
03 Aumento F.U.cms/ mes	3 - 5	6 - 7 1 - 2	8 ó más no aumento
04 Líquido amniótico cantidad	Normal	Moderado Moderado	Exagerado Exagerado
05 Movimientos fetales	Normal	Moderado Moderado	Exagerado Exagerado
06 Hemorragia genital	No	Mínima	Regular
07 Membranas ovulares	Integras	Rotas 12 hs ó menos	Rotas 13 hs ó más
08 Contracciones uterinas antes de 37 sem.	Normales 1 por hora	2 a 3 por hora	4 ó más por hora
09 Aborto 20 semanas ó más	No	Amenaza	En evolución
10 Parto pretérmino (21 a 36 sem)	No	Amenaza	En evolución
11 Infección urinaria	No	Controlada	Activa
12 Otras alteraciones maternas especifique _____			
13 Otras alteraciones fetales especifique _____			
14 Otros especifique _____			

(PREVIGEN III)

Cont. HISTORIA CLINICA OBSTETRICA

SECCION DE LA HISTORIA CLINICA	DATOS POR INVESTIGAR	IMPORTANCIA CLINICA
Antecedentes hereditarios y familiares	<p>Ocupación</p> <p>Enfermedades como: Diabetes, hipertensión cardiopatía, malformaciones congénitas, gemelaridad, etc. en <u>pa</u>dres y hermanos de la paciente</p> <p>Tuberculosis en la paciente ó en algún paciente cercano</p>	<p>Relación del embarazo con riesgos profesionales, como radiaciones, contaminación por sustancias químicas, etc.</p> <p>Pueden influir como caracteres hereditarios recesivos en futuros embarazos.</p> <p>En caso de que exista, para tomar las precauciones necesarias con el neonato.</p>
Antecedentes personales no patológicos.	Alimentación inadecuada	Si la ingesta es excesiva en carbohidratos condiciona obesidad y si hay carencia de alimentos

Cont. HISTORIA CLINICA OBSTETRICA

SECCION DE LA HISTORIA CLINICA	DATOS POR INVESTIGAR	IMPORTANCIA CLINICA
Antecedentes personales patológicos	Tabaquismo	indispensables sobreviene la anemia.
	Habitación e higiene.	Relación directa con productos de bajo peso. Relación con infecciones y parasitosis (toxoplasmosis) por nacimiento y falta de aseo personal.
	Alcoholismo y toxicomanía	Repercusión en el estado general de la madre y del feto in útero.
	Enfermedades eruptivas de la infancia (Rubeola, varicela, etc.) Patologías que afecten al embarazo: Cardiopatía, tuberculosis, fiebre reumática, etc.	Conocer si existe o no inmunidad pasiva por afecciones previas. Conocer oportunamente la patología que puede alterar la evolución normal del embarazo.
Antecedentes quirúrgicos	Operaciones directas en útero: Cesárea, miorra	Para prevenir el riesgo de ruptura uterina espon-

Cont. HISTORIA CLINICA OBSTETRICA

SECCION DE LA HISTORIA CLINICA	DATOS POR INVESTIGAR	IMPORTANCIA CLINICA
Antecedentes alérgicos	mectomía,plastfa,cerciajes cervicales,etc	tánea ó durante el trabajo de parto.
	Operaciones sobre aneoxos:Ooforectomías,resecciones de ovario,salpingectomías,salpingoclasias, etc.	Procesos adherenciales que favorezcan un embarazo ectópico.
	Colporrafias	Para evitar posible distocia vaginal.
	Operaciones en órganos abdominales:Gastroectomías,colecistectomías,apendicectomías	Por la existencia de adherencias intraabdominales.
	Operaciones extraabdominales:Toracoplastias,safenectomías,etc.	Por su importancia y repercusión posible durante el embarazo.
	A medicamentos ó alimentos:reacciones postransfusionales.	Para evitar proporcionar alérgenos.

Cont. HISTORIA CLINICA OBSTETRICA

SECCION DE LA HISTORIA CLINICA	DATOS POR INVESTIGAR	IMPORTANCIA CLINICA
Antecedentes gineco-obstétricos	<p>Menarca: Frecuencia, duración, cantidad, síntomas asociados</p> <p>Edad de inicio de relaciones sexuales</p> <p>Control de la fertilidad</p> <p>Análisis de la evolución de cada embarazo en orden cronológico (fechas)</p> <p>Complicaciones, resolución, producto (sexo, peso salud)</p> <p>Complicaciones el parto, puerperio y lactancia hasta el momento actual</p>	<p>Son antecedentes muy importantes, para contar con una relación de los eventos obstétricos previos que influyen directa ó indirectamente en el criterio de manejo del embarazo actual.</p>
Padecimiento actual	Fecha de la última menstruación	Permite sospechar la edad del embarazo y la

Cont. HISTORIA CLINICA OBSTETRICA

SECCION DE LA HISTORIA CLINICA	DATOS POR INVESTIGAR	IMPORTANCIA CLINICA
Interrogatorio por aparatos y sistemas	<p>Interrogatorio espontáneo y dirigido para conocer los signos y síntomas del embarazo</p> <p>Datos clínicos sugestivos de embarazo de alto riesgo</p> <p>Debe realizarse en forma sistematizada la detección de otros padecimientos</p>	<p>fecha probable del parto así como correlacionar con la evolución clínica.</p> <p>Permite sospechar el diagnóstico de embarazo y evitar complicaciones del mismo en forma oportuna.</p> <p>Permite conocer algún síntoma asociado de importancia</p>
Exploración física general	Explorar en forma sistematizada los diferentes segmentos corpo-	Llegar a formular el diagnóstico oportuno de los padecimientos que

Cont. HISTORIA CLINICA OBSTETRICA

SECCION DE LA HISTORIA CLINICA	DATOS POR INVESTIGAR	IMPORTANCIA CLINICA
Inspección abdominal	<p>rales para detectar la presencia de signos que indiquen alguna patología asociada al embarazo</p> <p>Corroborar el aumento de volumen abdominal, la presencia de cicatrices y hernia, movimientos del producto y contracciones uterinas</p>	<p>complican el embarazo. para tratarlos de inmediato.</p> <p>Establecer sospechas acerca de la naturaleza y las complicaciones quirúrgicas anteriores del producto. Establecer la existencia de trabajo de parto.</p>
Medición del fondo uterino	<p>Altura del fondo uterino en relación con la sínfisis pública</p>	<p>Se correlaciona este dato con la fecha de amenorrea. En caso de ser menor el tamaño uterino se sospecha error de la paciente, oligoamnios, muerte fetal in utero e insuficiencia</p>

Cont. HISTORIA CLINICA OBSTETRICA

SECCION DE LA HISTORIA CLINICA	DATOS POR INVESTIGAR	IMPORTANCIA CLINICA
Palpación del útero y su contenido	Si se trata de uno ó varios productos, su tamaño, situación, posición y altura de la presentación fetal	placentaria Si es mayor la presencia de embarazos múltiples, macrosomía fetal, miomatosis uterina o polihidramnios. Establecer un diagnóstico obstétrico con oportunidad, que permita contar con un pronóstico acerca de la evolución de embarazo y parto.
Auscultación	Caracteres de la frecuencia cardiaca fetal	Es la certificación de la vitalidad fetal (certeza de embarazo), diagnóstico de sufrimiento fetal agudo, duda de embarazo múltiple, diagnóstico de polihidramnios, sospecha de muerte fe-

Cont. HISTORIA CLINICA OBSTETRICA

SECCION DE LA HISTORIA CLINICA	DATOS POR INVESTIGAR	IMPORTANCIA CLINICA
Tacto vaginal	Condiciones del <u>cér</u> <u>vix</u> ,de membranas <u>ovu</u> lares,presentación y altura de la misma. Valoración clínica de pelvis	tal. Se realiza según el <u>ca</u> so en particular para el diagnóstico de emba- razo,ruptura de membra nas,valoración pélvica ó vigilancia de la evo- lución del trabajo de parto.

Fuente: Mcadragón Castro Héctor, Obstetricia Básica Ilustrada. 3a. ed.
Ed.Trillas, México D.F.. 1986, pp.99-103

ANEXO No. 3
EXAMENES DE LABORATORIO

EXAMEN QUE HA DE SOLICITARSE	PROPOSITO DEL EXAMEN
<p>Casos generales:</p> <p>Biometría hemática</p> <p>Examen general de orina</p> <p>Reacciones serológicas</p> <p>Grupo sanguíneo y factor Rh</p> <p>Casos especiales:</p>	<p>Diagnosticar anemia por cifras bajas de hemoglobina, hematocrito, eritrocitos, volúmen globular medio. Investigar desviaciones importantes en la cuenta de leucocitos en casos de probable infección.</p> <p>Descartar patología aparente de vías urinarias, como bacteriuria, cilindruria, hematuria, proteinuria.</p> <p>Certificar la ausencia de lúes.</p> <p>Descartar incompatibilidad a ese sistema, mediante el conocimiento del factor Rh de la madre.</p> <p>El conocer el sistema ABO es importante en caso de hemorragia materna ó incompatibilidad sanguínea en el neonato.</p>

Cont. EXAMENES DE LABORATORIO

EXAMEN QUE HA DE SOLICITARSE	PROPOSITO DEL EXAMEN
Química sanguínea: glucosa, urea, creatinina, ácido úrico, etc.	En casos específicos, descartar alguna patología, como diabetes o problemas renales.

FUENTE: Mondragón Castro Héctor. Obstetricia Básica Ilustrada. 3ª ed. Ed. Trillas, México D.F., 1986. pp. 103-104

ANEXO No. 4
ESTUDIOS ESPECIALES DE GABINETE

EXAMEN QUE HA DE SOLICITARSE	PROPOSITO DEL EXAMEN
Radiografía	Para valorar la situación, presentación y actitud fetales; anomalías pélvicas maternas; valoración del tamaño fetal y cefalopelvimetría; edad radiológica; embarazo múltiple, malformaciones congénitas, fetales, esqueléticas y neuronales; muerte fetal, polihidramnios, detección del sitio de inserción placentaria.
Amniografía	A través de la introducción de material radiopaco en la cavidad amniótica se puede diagnosticar: embarazo molar; hidros fetalis; sitio de inserción placentaria; valoración del estado fetal intrauterino, al diagnosticar sufrimiento fetal crónico al observar la capacidad del feto para deglutir; malformaciones congénitas del tipo de atresia esofágica duodenal ó imperforación anal.

Cont. ESTUDIOS ESPECIALES DE GABINETE

EXAMEN QUE HA DE SOLICITARSE	PROPOSITO DEL EXAMEN
Ultrasonograma	<p>Se indica durante el primer trimestre: diagnóstico de embarazo; descartar pseudociesis; comprobar presencia de dispositivos intrauterino; esterilidad, discrepancia entre aménorrea y tamaño uterino; sangrado genital anormal, embarazo molar; formas clínicas de aborto.</p> <p>Durante el segundo y tercer trimestre valoración del crecimiento y desarrollo fetal; medición del diámetro biparietal, tórax y abdomen; cálculo del peso corporal fetal; de edad gestacional; volúmen placentario, uterino; localización de la inserción placentaria; diagnóstico de placenta previa; como guía para la amniocentesis; orientación para la transfusión intrauterina; determinación del sexo; diagnóstico de embarazo</p>

Cont. ESTUDIOS ESPECIALES DE GABINETE

EXAMEN QUE HA DE SOLICITARSE	PROPOSITO DEL EXAMEN
Electrocardiografía fetal	<p>múltiple, vitalidad fetal y de anomalías congénitas; anencefalia; hidrocefalia.</p> <p>Se registra gráficamente los fenómenos eléctricos de la actividad cardíaca fetal con la que se puede diagnosticar: vitalidad fetal, a partir de las 14 semanas de gestación; diferenciar de embarazo múltiple y tumoraciones; vigilancia de la evolución en casos de embarazo de alto riesgo; registro de la actividad cardíaca fetal durante el pre,trans y post-operatorio en caso de cirugías durante el embarazo; patologías fetales.</p>
Ultrasonido	<p>Para auscultación del corazón fetal y diagnóstico de embarazo gemelar, poli-dramnios, presentaciones posteriores, inserción de placenta previa.</p>
Amnioscopia	<p>Para observar las características del líquido amniótico en embarazo del</p>

Cont. ESTUDIOS ESPECIALES DE GABINETE

EXAMEN QUE HA DE SOLICITARSE	PROPOSITO DEL EXAMEN
Fetoscopia	<p>tercer trimestre ó que se encuentre en trabajo de parto.</p> <p>Permite visualizar al feto, placenta y anexos; confirma la inserción de la placenta; permite tomar muestras de líquido amniótico y de sangre fetal; practicar biopsia de tejidos placentarios ó fetalés y tomar fotografías del campo visual; diagnóstico de malformaciones estructurales (anencefalia, mielomeningocele, onfalocele).</p>
Amniocentesis	<p>Para obtener líquido amniótico con fines de diagnóstico ó terapéutico; análisis bioquímicos (diagnóstico de errores congénitos del metabolismo); análisis químicos (determinación de aminoácidos y proteínas para diagnóstico de fenilcetonuria y mucopolisacaridosis); grupo sanguíneo y factor Rh del feto,</p>

Cont. ESTUDIOS ESPECIALES DE GABINETE

EXAMEN QUE HA DE SOLICITARSE	PROPOSITO DEL EXAMEN
	<p>espectrofotometría para determinar grado de isoimmunización de la paciente Rh negativo; estudios citogenéticos para detectar hemofilia, distrofia muscular y constitución cromosómica; precisar grado de madurez pulmonar fetal con la relación lecitina-esfingomielina; determinar sexo fetal; como terapéutico en caso de polidramnios, transfusión intrauterina, inducción de madurez fetal y de aborto de huevo muerto retenido.</p>

Fuente: Mondragón Castro Héctor. Obstetricia Básica Ilustrada. 3ª ed.
Ed. Trillas, México, D.F., 1986, pp. 437-457

ANEXO No. 5

ESCALA DE APGAR

CALIFICACION	0	1	2
Frecuencia cardiaca	No hay	Menos de 100	Más de 100
Esfuerzo respiratorio	No hay	Llanto débil	Llanto fuerte
Tono muscular	Flácido	Flexión discreta de extremidades	Movimientos activos.
Respuesta a estímulos	No hay	Llanto	Llanto vigoroso
Coloración de tegumentos	Pálido ó cianótico	Acrocianosis	Sonrosado.

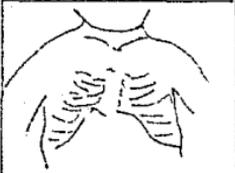
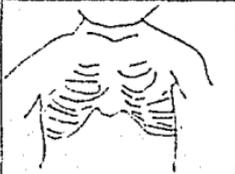
Fuente: Mondragón Castro Héctor. Obstetricia Básica Ilustrada. 3ªed.
Ed. Trillas, México, D.F., 1986, p. 196

ANEXO No. 6

VALORACION DE ESFUERZO RESPIRATORIO (SILVERMAN)

CALIFI- CACION	MOVIMIENTOS TORACOABDOMINALES	TIRO INTERCOSTAL
0	 <p>Rítmicos y regulares</p>	 <p>No</p>
1	 <p>Tórax inmóvil; abdomen en movimiento</p>	 <p>Discreto</p>
2	 <p>Tórax y abdomen (sube y baja)</p>	 <p>Grandes tiros; acentuado y constante</p>

Cont. VALORACION DE ESFUERZO RESPIRATORIO (SILVERMAN)

RETRACCION XIFOIDEA	ALETEO NASAL	QUEJIDO ESPIRATORIO
 <p>No</p>	 <p>No</p>	 <p>No</p>
 <p>Discreta</p>	 <p>Discreto</p>	 <p>Leve e inconstante (apreciable a la auscultación)</p>
 <p>Muy marcada</p>	 <p>Muy acentuado</p>	 <p>Constante y acentuado (apreciable a distancia)</p>

Fuente: Mondragón Castro Héctor. Obstetricia Básica Ilustrada. 3ª ed.
Ed. Trillas. México, D.F., 1986, pp 197 - 198

VALORACIÓN CLINICA DE LA EDAD GESTACIONAL
(ESTUDIO DE CAPURRO)

TEXTURA DE LA PIEL.	Gelatinosa 0	Fina y lisa 5	Discretamente gruesa y descamación superficial 10	Gruesa con grietas superficiales, descamación en manos y pies 15	Gruesa, apergamina da con grietas profundas 20
FORMA DE LA OREJA	Plana sin forma 0	Inervación de una parte del borde del pabellón 8	Pabellón parcialmente inervado en la parte superior 16	Pabellón totalmente inervado 24	
TAMAÑO DE LA GLANDULA MAMARIA	No palpable 0	Palpable menor de 5 mm 5	Diámetro entre 5 y 10 mm 10	Diámetro mayor de 10 mm 15	

Cont. VALORACION DE LA EDAD GESTACIONAL (ESTUDIO DE CAPURRO)

PLIEGUES PLAN-TARES	Sin pliegues 0	Pliegues mal defi-nidos en la mitad anterior 5	Pliegues bien de-finidos en la mitad anterior y surcos en el tercio ant. 10	Surcos en la mitad anterior de la plan-ta 15	Surcos en más de la mitad anterior 20
FORMA DEL PEZON	Pezón apenas visi-ble. No areola 0	Pezón bien defini-do, areola lisa y chata, diámetro de .75mm 5	Pezón bien defini-do, areola puntea-da, borde levantado. Diámetro de .75mm 10	Pezón bien defini-do, areola punteada diámetro mayor de .75mm 15	

- A) Si la valoración resulta entre 2 cifras tome el promedio.
 b) Añádase a la suma total 208 y se obtiene en días la edad gestacional.
 C) Rango entre 208 y 302 días.

Fuente: Servicio de Pediatría. Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza", I.S.S.S.T.E.

VALORACION FISICA DEL RECIEN NACIDO

Signos externos	V A L O R A C I O N				
	0	1	2	3	4
Edema	Edema visible en manos y pies; depresión al comprimir sobre la tibia	No hay edema visible de manos y pies; depresión al comprimir sobre la tibia	No hay edema		
Textura de la piel	Muy delgada, gelatinosa	Delgada y lisa	Lisa, de espesor mediano; erupción ó desprendimiento superficial	Engrosamiento moderado; agrietamiento y desprendimiento superficial, principalmente en manos y pies	Gruesa y apergamínada; grietas superficiales ó profundas
Color de la piel	Rojo obscuro	Uniformemente rosado	Rosado pálido; variable en el cuerpo	Pálido, sólo rosado en orejas, labios, palmas y plantas	

Cont. VALORACION FISICA DEL RECIEN NACIDO

Signos Externos	V A L O R A C I O N				
	0	1	2	3	4
Formación del Pezón	Pezón muy poco visible, no hay areola	Pezón bien definido; la areola es lisa y aplana- nada; diámetro menor de 0.75 cm	Areola punteada, bordes no eleva- dos; diámetro me- nor de 0.75 cm	Areola punteada, bordes elevados, diámetro mayor de 0.75 cm	
Tamaño de la mama	No hay tejido mamario palpable	Tejido mamario de uno ó ambos lados; menor a 0.5 cm de diáme- tro	Tejido mamario en ambos lados; uno ó ambos de 0.5 cm a 1.0cm de diámetro	Tejido mamario en ambos lados, ó ambos mayores de 1 cm de diá- metro	
Forma de la orga- ja	Pabellón aplana- do y sin forma; el borde con pe- queña curvatura ó ninguna	Curvatura en par- te del borde del pabellón	Curvatura parcial total de la parte superior del pabe- llón	Curvatura bien definida de toda la parte superior del pabellón	

Cont. VALORACION FISICA DEL RECIEN NACIDO

Signos	V A L O R A C I O N				
	0	1	2	3	4
Externos					
Opacidad de la piel (tronco)	pueden verse numerosas venas y vénulas, principalmente en abdomen	Se ven venas y colaterales	Se ven claramente algunos vasos de gran calibre en el abdomen	Algunos vasos mayores se ven indistintamente sobre abdomen	No se ven vasos sanguíneos
Lanugo (en la espalda)	No hay	Abundante; largo y grueso en toda la espalda	Adelgazamiento del pelo, principalmente en la parte baja de la espalda	Pequeñas cantidades de lanugo y áreas depiladas	Cuando menos la mitad de la espalda no tiene lanugo
Pliegues plantares	No hay pliegues	Marcas un poco rojas en la mitad anterior de	Marcas rojas definidas en la mitad anterior, muescas sobre el tercio anterior	Muecas en el tercio anterior	Muecas profundas bien definidas en el tercio anterior

Cont. VALORACION FISICA DEL RECIEN NACIDO

Signos Externos	V A L O R A C I O N				
	0	1	2	3	4
Solidez de la oreja	Pabellón de la oreja blando; fácilmente se dobla; no recupera la forma	El pabellón de la oreja es blando; fácilmente se enrolla; recupera la forma con lentitud	Cartilago en el borde del pabellón; aunque tiene algunos sitios blandos; recupera la forma con rapidez	Pabellón firme; hay cartilago hasta el borde y se recupera la forma al instante	
Genitales Masculinos	Ningún testículo en el escroto	Por lo menos un testículo en la parte alta del escroto	Cuando menos un testículo colocado en su sitio		
Mujer (con las caderas a media abducción)	Labios mayores ampliamente separados; labios menores proclidentes	Los labios mayores casi cubren los labios menores	Los labios mayores cubren completamente los labios menores		

Fuente: L.M.S. Dubowitz, V. Dubowitz y C. Goldberg, Clinical Assessment of Gestational Age in the Newborn Infant, J. Ped., 77:7, 1970, adaptado de Farr y colaboradores, Dev. Med. Child. Neur., 8:507, 1966. En Wachter Blake Eugenia. Enfermería Pediátrica, 3ª ed. Ed. Interamericana, México, D.F., 1984, pp. 200-201

VALORACION DE LA EDAD GESTACIONAL Y CRONOLOGICA

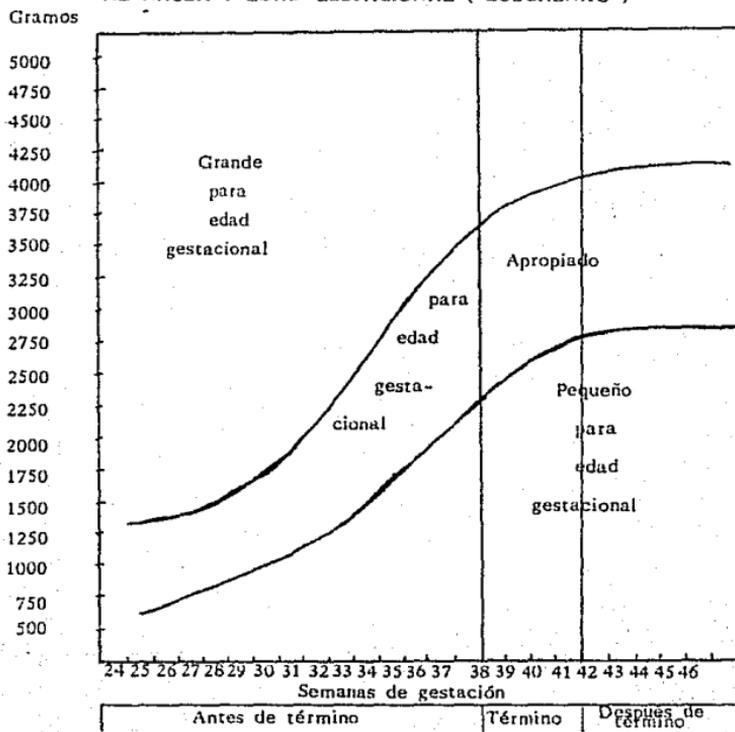
(DUBOWITZ)

SIGNO NEUROLOGICO	P U N T U A C I O N					
	0	1	2	3	4	5
Postura						
Angulo de la mano contra antebrazo						
Dorsiflexión del tobillo						
Flexión (rebote) del brazo						
Flexión (rebote) de la pierna						
Angulo popliteo						
Talón contra oreja						
Signo de la bufanda						
Postura cefálica						
Suspensión ventral						

Fuente: De L.M.S. Dubowitz y C. Goldberg, "Clinical Assessment of Gestational Age in the Newborn Infant", J. Ped., 77:4, 1970 en Waechter Blake. Enfermería Pediátrica. 3ª ed. Ed. Interamericana, México, 1984, p. 179

ANEXO No. 10

CLASIFICACION DEL RECIEN NACIDO SEGUN PESO
AL NACER Y EDAD GESTACIONAL (LUBCHENKO)

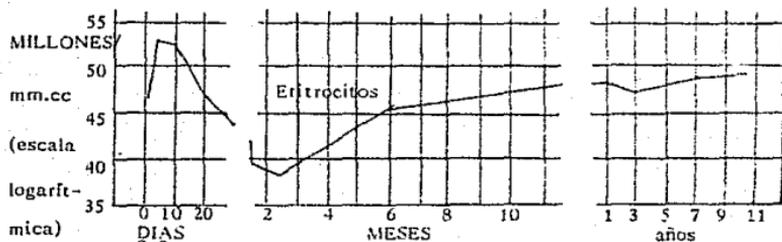
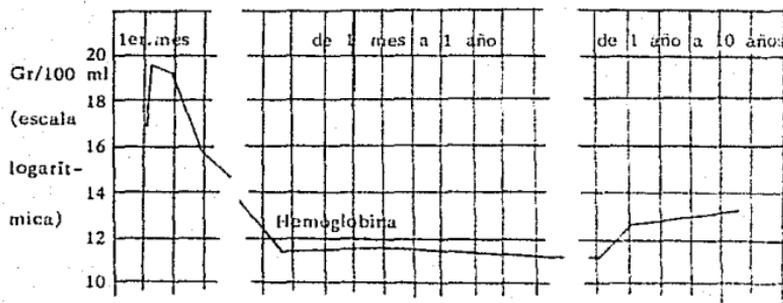


Fuente: Danforth, David. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 4ª ed.

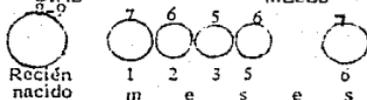
Ed. Interamericana, México, D.F., 1987, p.828

ANEXO No. 11

CIFRAS NORMALES DE HEMOGLOBINA (HARPER)



Tamaño del Eritrocito



De 1 a 2 años

ANEXO No. 12

COMPOSICION DE LA LECHE MATERNA

POR 100 MI	Calos- tro	Leche Tempra- na	Leche Madu- ra	Leche Tarda
Agua (ml)	96.5	88.96	88.96	96.5
Proteínas (g)	1.5	1.3	1.3	0.7
Grasas (g)	4	4	3.4	2.3
Carbohidratos (g)	6.7.5	6.5.7.5	6.5.7.5	6.5.7.5
Residuo sólido (g)	13.5	12. 13.5	12.13.5	9.5
Substancias orgánicas (g)	13.2	10. 13	10. 13.	9.3
Potasio (mg)	70		52	
Sodio (Mg)	53		16	
Calcio 9mg)	450		340	
Magnesio			40	
Fósforo (mg)	160		40	
Cloro (mg)	97		38	
Hierro (mg)	1.0		0.3	
Azufre (mg)	200		140	
Sales minerales (Mg)	1.090		770	
Vitamina A (UI)	5.900		1898	
Carotenoides (mcg)	240		55	
Tiamina (mcg)	140		160	
Riboflavina (mcg)			360	
Acido nicotínico (mcg)	176		1470	
Acido pantoténico (mcg)	245		1840	
Biotina (mg)	0.4		0.8	
Piridoxina (mcg)			100	
Acido fólico (mcg)			2	
Vitamina C (mcg)	72		43	
Vitamina D (UI)	10.20		21	

Fuente: Valenzuela Rogelio H. y colaboradores. Manual de Pediatría.
10ª ed. Edit. Interamericana, México, D.F., 1987, p. 132

ESQUEMA BASICO DE INMUNIZACIONES

PRODUCTO BIOLÓGICO	INDICACIONES	VIA DE ADMINISTRACION	DOSIS Y REVACUNACION	EDAD IDEAL PARA APLICACION	REACCIONES	CONTRAINDICACIONES
Vacuna anti poliomielítica	Protección contra poliomielitis. Niños sano susceptibles. Épocas epidémicas	Oral	3 dosis de .2ml cada una hasta marca de gotero; intervalo de 2 meses entre cada dosis. Revacunación en épocas epidémicas	2 meses a 4 años. 1ª dosis a los 2 meses de edad. 2ª dosis a los 4 meses de edad. 3ª dosis a los 6 meses de edad	Ninguna	Vómitos, diarrea, procesos febriles, pacientes sometidos a inmunodepresiones
Vacuna triple (D.P.T.) Toxoides tetánico y diftérico y vacuna pertusis inactiva	Protección contra difteria, tosferina y tétanos. Niños sanos susceptibles	Intramuscular	3 dosis de .5ml intervalo de 2 meses entre cada uno. Revacunación 1ª a los	2 meses a 4 años. 1ª dosis a los 2 meses de edad. 2ª dosis a los	Dolor local, fiebre ligera, malestar general, ocasional	Padecimientos febriles, renales y hepáticos. Antecedentes de convulsiones ó de alér-

Com. ESQUEMA BASICO DE INMUNIZACIONES

PRODUCTO BIOLÓGICO	INDICACIONES	VIA DE ADMINISTRACION	DOSIS Y REVACUNACION	EDAD IDEAL PARA APLICACION	REACCIONES	CONTRAINDICACIONES
Vacuna contra sarampión. Virus vivos atenuados. Liofilizados con diluyente	Protección contra sarampión Niños sanos susceptibles que no la han tenido ni su madre	Subcutánea	12 meses de terminado esquema primario. 2ª a los 36 meses después de 1ª revacunación Una dosis de .5ml. Revacunación al cumplir el año de edad si fué vacunado antes del año. Ninguna si fué vacunado después del	12 meses hasta 12 años, si no ha tenido sarampión antes de cumplir el año en epidemias desde los 6 meses	nódulo en el sitio de aplicación Ocasionalmente fiebre, malestar, rinitis, exantema variable de 6 a 15 días después de la aplicación.	glicos severos Procesos febriles aplicación reciente gamma globulina ó transfusión radiación, esteroides, inmunosupresores. Leucemia tumores, tubercu-

Cont. ESQUEMA BASICO DE INMUNIZACIONES

PRODUCTO BIOLÓGICO	INDICACIONES	VIA DE ADMINISTRACION	DOSES Y REVACUACION	EDAD IDEAL PARA APLICACION	REACCIONES	CONTRAINDICACIONES
Vacuna B.C.G. Bacilos tuberculosos bovinos; vivos. Lijado con diluyente. Duración 4 horas	Prevención contra infección tuberculosa natural. Prevención de tuberculosis meningea y miliar Niños sanos	Intradérmica	año Recién nacido hasta 14 años de edad .1ml. Revacunación: escolares que fueron vacunados de recién nacidos (0 a 28 días)	De recién nacido a 90 días de vida	Mácula, pápula, úlcera, nódulo y cicatriz. En ocasiones adénitis, que debe comunicarse al médico	leishmaniasis activa, si se dió sarampión. Prematuros, quimio profilaxis con isoniazida. Padecimientos dermatológicos, febriles. Tratamiento con corticoides

Fuente: Esquema Básico de Inmunizaciones. Centro de Salud " Portales "

ANEXO No. 14
 ALIMENTACION DURANTE EL 1er. AÑO DE VIDA.
 (CUELLAR)

MESES	No. DE COMIDAS									
RN	L									
1	L	JF								7
2	L	JF	F							6
3	L	JF	F	C						5
4	L	JF	F	C	V					5
5	L	JF	F	C	V	Y				5
6	L	JF	F	C	V	Y	CA			5
7-10	L	JF	F	C	V	Y	CA	AC		4
11-12	L	JF	F	C	V	Y	CA	AC	M	3

L Leche
 Y Yema de huevo
 JF Jugo de frutas
 CA Carne (jugo de carne, carne mo-
 lida.)
 F Frutas cocidas
 M Mariscos
 C Cereales
 AC Alimentos caseros
 V Verduras cocidas

Fuente: Hospital General "GEA González" Departamento de dietoterapia

ANEXO No. 15

ETAPAS PSICOSOCIALES DE ERIK ERIKSON

ETAPA	EDAD O PERIODO	CARACTERISTICAS DE LA ETAPA	CRISIS DE LA ETAPA
Confianza básica	Lactante Recién nacido - 2 años	Está fundamentada en la calidad de afecto brindado por la madre, haciendo sentir al lactante querido, que cuenta con apoyo emocional, proporcionándole consuelo, sensaciones confortables y placenteras (arrullarlo, acariciarlo) y mediante la lactancia al seno materno primer vínculo del binomio madre-hijo. La madre es la responsable de establecer la relación que permitirá al niño formar y desarrollar su sentido de confianza del mundo y de que la gente es bienintencionada (apego). La con	Desconfianza - temor - ansiedad => inseguridad

Cont. ETAPAS PSICOSOCIALES DE ERIK ERIKSON

ETAPA	EDAD O PERIODO	CARACTERISTICAS DE LA ETAPA	CRISIS DE LA ETAPA
Autonomía	Preescolar 2 - 3 años	<p>fianza básica va a formar la personalidad del niño.</p> <p>Empieza el proceso de <u>so</u>cialización cuando el <u>be</u>bé empieza a caminar ya que pasan de ser un pequeño receptivo a una persona automotora con deseos e ideas definidas propias (afirma su derecho de tomar decisiones independientes).</p> <p>Empieza a cumplir algunas reglas que los posibilitan convivir en sociedad.</p> <p>Se interesa por explorar el mundo que lo rodea.</p>	Vergüenza y duda de sí mismo y de su <u>capa</u> cidad de autodeter- minación.
Iniciativa	Preescolar 3 - 5 años	<p>Realiza la búsqueda de "qué clase de persona <u>pue</u></p>	Culpa

Cont. ETAPAS PSICOSOCIALES DE ERIK ERIKSON

ETAPA	EDAD O PERIODO	CARACTERISTICAS DE LA ETAPA	CRISIS DE LA ETAPA
Industria y logros	Escolar 6 - 12 años	<p>de ser uno".</p> <p>Descubre que los niños son diferentes a las niñas → época del "juego sexual" esporádico.</p> <p>Da rienda suelta a una imaginación desbordante hacia lo desconocido para determinar el papel que desempeñará en la sociedad.</p> <p>Aprende a trabajar, a esforzarse y experimenta la satisfacción de desempeñarse bien; se traduce en el orgullo de sentirse útil a la sociedad y a su familia misma.</p>	Inferioridad.
Identidad	Adolescente 13 - 20 años	Es la necesidad de adquirir un claro sentido	Disfunción del

Cont. ETAPAS PSICOSOCIALES DE ERIK ERIKSON

ETAPA	EDAD O PERIODO	CARACTERISTICAS DE LA ETAPA	CRISIS DE LA ETAPA
Intimidad	Adulto joven	<p>de sí mismo, separado de la familia y de los patrones familiares.</p> <p>Independencia emocional y económica.</p> <p>Adquisición de habilidades intelectuales y valores sociales.</p> <p>La identificación con el "yo sexual" con un sentimiento amable por el valor y lugar que tiene el sexo en la vida.</p> <p>Es el proceso de elección vocacional ya que el adolescente necesita ser parte del mundo laboral.</p> <p>Es el aprendizaje de la "intimidad". Con las expe-</p>	<p>roll.</p> <p>(Confusión de papeles)</p> <p>Soledad ó aisla-</p>

Cont. ETAPAS PSICOSOCIALES DE ERIK ERIKSON

ETAPA	EDAD O PERIODO	CARACTERISTICAS DE LA ETAPA	CRISIS DE LA ETAPA
		<p>riencias, descubrimientos alegrías y tristezas, existe un proceso gradual de toma de decisiones. La joven se percata de las características que le agradan o no de otras, de valores y comportamientos aceptables e inaceptables origina la intimidad y tal vez el matrimonio. Satisfacción psicológica de la pareja. Intimidad sexual y personal otorgan seguridad en el compromiso, apoyo sostenido y mutuo.</p> <p>La intimidad requiere de igualdad, es cambiante por las experiencias transfor</p>	<p>miento.</p>

Cont. ETAPAS PSICOSOCIALES DE ERIK ERIKSON

ETAPA	EDAD O PERIODO	CARACTERISTICAS DE LA ETAPA	CRISIS DE LA ETAPA
Generatividad	Adulto 40 - 50 años	<p>madoras de los participantes.</p> <p>Los aspectos productivo y creativos de la edad adulta.</p> <p>Implica una cálida y sentida bienvenida a las responsabilidades de madurar y cuidar a las criaturas. Se preocupa por transmitir sus experiencias a la generación joven. Además hay una reintegración del adulto de sentirse útil a la sociedad, y al mundo que lo rodea.</p>	<p>Estancamiento - inactividad mental, de la capacidad y de sus perspectivas.</p>
Integridad	Adulto mayor.	<p>Nó solo se recuerda sin arrepentimiento, sino que lo más importante, se mira hacia adelante con opti-</p>	<p>Desesperación.</p>

Cont. ETAPAS PSICOSOCIALES DE ERIK ERIKSON

ETAPA	EDAD O PERIODO	CARACTERISTICAS DE LA ETAPA	CRISIS DE LA ETAPA
		<p>mismo y entusiasmo.</p> <p>Trae consigo perspectivas y, por lo tanto, una cierta sabiduría.</p> <p>Vive en el pasado, recordando sus experiencias, las cuales pueden provocar satisfacción, alegría, ira, vergüenza ó remordimiento.</p> <p>No existe temor a la muerte.</p>	

Fuente: Dennis Hassol Lorraine. Psicología Evolutiva. 1ª ed. Ed. Interamericana México, D.F., 1986, p. 61

ANEXO No. 16

PRUEBA DENVER ESCRUTADORA DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ

ETAPA	ACTIVIDAD	EDAD APROXIMADA
Motora gruesa	- Levanta la cabeza en decúbito ventral	0 a 2 meses
	- Eleva a 45° la cabeza en decúbito ventral	0 a 2 1/2 meses
	- Eleva la cabeza a 90° en decúbito ventral	1 a 3 meses
	- Sedente con la cabeza firme	1 1/2 a 4 meses
	- Se apoya en los brazos en decúbito ventral	2 a 4 meses
	- Se rueda	2 meses 1 semana a 4 meses 3 semanas
	- Se apoya en las piernas	3 a 7 meses 3 semanas
	- No se le cae la cabeza hacia atrás al sentarlo	3 meses 1 semana a 6 meses 1 semana
	- Se sienta sin soporte	4 meses 3 semanas a 8 meses
	- Se para con ayuda	5 a 10 meses

Cont. PRUEBA DENVER ESCRUTADORA DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ

ETAPA	ACTIVIDAD	EDAD APROXIMADA
	- Se incorpora por sí solo	6 a 10 meses
	- Llega a estar sedente	6 meses 1 semana a 11 meses
	- Camina cogiéndose de los muebles	7 meses 1 semana a 12 meses 3 semanas
	- Se sostiene momentáneamente	9 a 13 meses
	- Junta y recoge objetos	10 meses 2 semanas a 14 meses 1 semana
	- Camina bien	11 meses 2 semanas a 14 meses 1 semana
	- Camina para atrás	12 meses 2 semanas a 21 meses
	- Sube escaleras	14 a 22 meses
	- Patea pelota	15 a 24 meses
	- Lanza la pelota sobre su cabeza	15 meses a 2 1/2 años
	- Salta la cuerda	20 meses 3 semanas a 3 años

Cont. PRUEBA DENVER ESCRUTADORA DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ

ETAPA	ACTIVIDAD	EDAD APROXIMADA
Motora fina adaptiva	- Pedalea triciclo	21 meses a 3 años
	- Se para un segundo en un pie	21 meses 3 semanas a 3 años 2 meses
	- Salta ampliamente	24 meses a 3 años 2 meses
	- Se sostiene en un pie cinco segundos	2 años 7 meses a 4 años 2 meses
	- Se sostiene diez segundos en un pie	3 a 6 años
	- Brinca en un pie	3 a 5 años
	- Marcha en pasos completos	3 años 4 meses a 5 años
	- Coge la pelota que se le lanza	3 1/2 a 5 años 10 meses
	- Marcha atrás en pasos completos	3 años 11 meses a 6 años 4 meses
	- Sigue con la vista hasta la línea media	0 a 1 mes 3 semanas

Cont.PRUEBA DENVER ESCRUTADORA DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ

ETAPA	ACTIVIDAD	EDAD APROXIMADA
	- Movimientos simétricos	0 a 2 meses
	- Sigue objetos con la vista hacia los lados	0 a 2 1/2 meses
	- Junta las manos	0 a 1 meses 1 semana
	- Sigue objetos con la vista a 180°	1 meses 3 semanas a 4 meses
	- Coge sonaja	2 1/2 meses a 4 meses 1 semana
	- Se percata de los pasos	2 1/2 meses a 5 meses
	- Alcanza los objetos	3 meses 3 semanas a 5 meses
	- Sedente sigue el estambre con la vista	4 meses 3 semanas a 7 meses 2 semanas
	- Se pasa el cubo de una mano a otra	4 meses 3 semanas a 7 meses 3 semanas
	- Alcanza las pasas	5 a 7 meses 3 semanas
	- Toma dos cubos sentado	5 meses 1 semana a 7 meses 3 semanas
	- Golpea dos cubos entre sus manos	7 a 12 meses 1 semana

Cont.PRUEBA DENVER ESCRUTADORA DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ

ETAPA	ACTIVIDAD	EDAD APROXIMADA
	- Coge con el pulgar y el índice	7 a 10 1/2 meses
	- toma con precisión las pasas	9 meses 1 semana a 14 meses 1 semana
	- Garabatea espontáneamente	12 a 24 meses 1 semana
	- Torre de dos cubos	12 meses 1 semana a 20 meses
	- Voltea las pasas del recipiente al enseñárselas	12 meses 3 semanas a 24 meses
	- Voltea las pasas del recipiente espontáneamente	13 meses 3 semanas a 3 años
	- Torre de cuatro cubos	15 meses 3 semanas a 26 meses
	- Imita línea vertical dentro de 30°	18 meses 3 semanas a 3 años
	- Torre de 8 cubos	21 meses a 3 años 5 meses

Cont.PRUEBA DENVER ESCRUTADORA DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ

ETAPA	ACTIVIDAD	EDAD APROXIMADA
	- Copia círculo	27 meses a 3 años 5 meses
	- Imita puente de 3 cubos	27 meses a 3 años 5 meses
	- Señala la línea más larga	2 años 7 meses a 4 años 5 meses
	- Copia	2 años 11 meses a 4 años 5 meses
	- Dibuja 3 partes humanas	3 años 3 meses a 5 años 2 meses
	- Imita cuadro al enseñarle	3 años 7 meses a 5 años 10 meses
	- Copia cuadro	4 años 2 meses a 6 años
	- Dibuja hombres de seis partes	4 años 7 meses a 6 años
Lenguaje	- Respuesta a la campana	0 a 2 meses 1 semana
	- Vocaliza sin llanto	0 a 1 mes 3 semanas

Cont.PRUEBA DENVER ESCRUTADORA DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ

ETAPA	ACTIVIDAD	EDAD APROXIMADA
	- Se ríe	1 mes 2 semanas a 3 meses 1 semana
	- Chillido, gritos	1 mes 3 semanas a 3 meses 1 semana
	- Voltea al hablársele	3 meses 3 semanas a 8 meses 2 semanas
	- Papá o mamá, inespe- cífico	5 meses 3 semanas a 10 meses
	- Sonidos vocales	6 a 11 meses 1 semana
	- Papá ó mamá, específico	9 a 13 meses 1 semana
	- Dice tres palabras además de papá y mamá	11 meses 3 semanas a 20 meses 2 semanas
	- Combina dos palabras diferentes	14 a 27 meses
	- Una parte mencionada de su cuerpo	14 a 23 meses
	- Sigue dos de tres di- recciones	15 meses a 2 años 8 meses
	- Designa un cuadro	15 meses 2 semanas a 2 1/2 años

Cont.PRUEBA DENVER ESCRUTADORA DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ

ETAPA	ACTIVIDAD	EDAD APROXIMADA
	<ul style="list-style-type: none"> - Usa plurales - Dá su nombre y apellido - Comprende lo que es frío, cansado y hambriento - Entiende tres preposiciones - Reconoce 3 colores - Analogías opuestas - Composición de - 	<ul style="list-style-type: none"> 20 meses a 3 años 4 meses 24 meses a 3 años 11 meses 2 años 8 meses a 4 años 3 meses 2 años 9 meses a 4 1/2 años 2 años 9 meses a 4 años 9 meses 3 a 5 años 4 meses 3 años 11 meses a 6 años
Sociopersonal	<ul style="list-style-type: none"> - Mira las caras - Responde con sonrisa - Se sonríe espontáneamente 	<ul style="list-style-type: none"> 0 a 1 mes 2 semanas 0 a 2 meses 1 meses 2 semanas a 4 meses

Cont.PRUEBA DENVER ESCRUTADORA DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ

ETAPA	ACTIVIDAD	EDAD APROXIMADA
	- Resiste que le quiten juguetes	4 meses 1 semana a 10 meses
	- Come galletas sólo	4 meses 3 semanas a 8 meses
	- Se estira por juguetes fuera de su alcance	5 a 9 meses
	- Tímido al principio con desconocidos	5 meses 2 semanas a 10 meses
	- Juega a esconder partes de su cuerpo	5 meses 3 semanas a 9 meses 3 semanas
	- Dá palmaditas	7 a 13 meses
	- Juega a la pelota con el examinador	9 meses 3 semanas a 16 meses
	- Toma en taza	10 a 16 meses 2 semanas
	- Indica lo que quiere sin llanto	10 meses 2 semanas a 14 meses 2 semanas
	- Imita quehacer doméstico	12 meses 1 semana a 19 meses 3 semanas
	- Come con cuchara derramando poco	13 meses 1 semana a 23 meses 3 semanas

-Cont. PRUEBA DENVER ESCRUTADORA DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ

ETAPA	ACTIVIDAD	EDAD APROXIMADA
	- Se desviste	13 meses 3 semanas a 22 meses
	- Ayuda en tareas domés- ticas	14 meses 3 semanas a 23 meses 3 semanas
	- Se lava y sea las manos	19 meses a 3 años 4 meses
	- Se pone los zapatos sin abrochar	20 meses 1 semana a 3 años
	- Juega juegos itera- tivos	20 meses a 3 1/2 años
	- Se separa con facili- dad de la mamá	23 meses a 4 años 8 meses
	- se viste con supervi- sión	27 meses a 3 1/2 años
	- Se abotona	2 años 8 meses a 4 años 4 meses
	- Se viste sin supervi- sión	2 años 8 meses a 5 años

DESARROLLO COGNOSCITIVO DE PIAGET

MODALIDAD DE INTELIGENCIA	FASES	ESTADIOS	EDAD CRONOLÓGICA APROXIMADA
1. 1. Sensorio - motriz	Sensorio - motriz	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de reflejos - Primeros hábitos y reacciones circulares primarias - Coordinación de la visión y la prensión reacciones circulares secundarias - Coordinación de esquemas secundarios y su aplicación a nuevas situaciones. - Diferenciación de esquemas y descubrimientos de nuevos medios - Primera internalización de esquemas y solución de algunos problemas 	<p>0 a 1 mes</p> <p>1 a 4 ½ meses</p> <p>4 ½ a 9 meses</p> <p>9 a 12 meses</p> <p>12 a 18 meses</p> <p>18 a 24 meses</p>
11. 1. Representativa mediante operaciones concretas	Preconceptual	<ul style="list-style-type: none"> - Aparición de la función simbólica y egocentrismo de acciones internalizadas acompañadas de representación 	<p>2 a 4 años</p>

Cont. DESARROLLO COGNOSCIVO DE PIAGET

MODALIDAD DE INTELIGENCIA	FASES	ESTADIOS	EDAD CRONOLÓGICA APROXIMADA
III. I. Representativa mediante operaciones formales	De pensamiento intuitivo	- Organizaciones representacionales basadas tanto en configuraciones estáticas como en la asimilación de la propia acción	4 a 5 1/2 años
	Operacional concreto	- Regulaciones representacionales articuladas	5 1/2 a 7 años
		- Operaciones simples (clasificaciones, serriaciones)	7 a 9 años
	Operacional formal	- Sistemas totales (conceptos, proyectos, similitudes, etc.)	9 a 11 años
		- Lógica hipotética-deductiva y operaciones combinatorias	11 a 14 años
		- Estructura de "Reticulado" y el grupo cuntrie transformaciones	14 años en adelante

Fuente: Dennis Hassol Lorraine, Psicología Evolutiva. 1ª ed. Ed. Interamericana, México, D.F. 1986, p.56

ANEXO No. 18

ETAPAS DEL DESARROLLO PSICOSEXUAL DE FREUD

ETAPA	EDAD APROXIMADA	CARACTERISTICAS DEL PERIODO	RESULTADO DE LA FIJACION
Oral	Del nacimiento a 18 meses	La boca es el centro de la tranquilidad mamar ó morder	Demasiado beber ó comer, <u>fu</u> mar, <u>sobre</u> dependencia <u>disputador</u>
Anal	1 a 2 años	Retener contra - soltar, interés en las heces, conflicto para <u>ap</u> tender el control de esfínteres.	Desorden, rigidez, <u>demasiada</u> programación, <u>limpieza</u> excesiva, <u>acumular</u> , <u>negativismo</u> , <u>terquedad</u> .
Fálica	3 a 6 años	Complejo edípico en los varones, el deseo de tener a la madre se resuelve con el temor a la <u>castración</u> y la <u>iden</u> tificación con el padre, conflicto <u>com</u> probable con las ni-	Problemas de <u>identidad</u> sexual, <u>inca</u> pacidad de <u>dejar</u> a la madre ó al <u>padre</u> como objeto <u>se</u> xual, culpa

Cont. ETAPAS DEL DESARROLLO PSICOSEXUAL DE FREUD

ETAPA	EDAD APROXIMADA	CARACTERISTICAS DEL PERIODO	RESULTADO DE LA FIJACION
Latencia	6 a 13 años	<p>ñas, complejo de Electra principios básicos ahora rechazados en gran parte por basarse en el punto de vista victoriano sobre las mujeres.</p> <p>Los conflictos anteriores se olvidan temporalmente mientras la criatura se preocupa por la escuela y los deportes</p>	<p>Agresión.</p> <p>Presumiblemente no hay fijación en ésta etapa.</p>
Genital	12 a 18 años	<p>Los remanentes de viejos conflictos (Edipo y Electra) deben resolverse la homosexualidad es una fase transitoria, experimen-</p>	<p>El fracaso en la resolución de viejos conflictos impedirá una maduración plena. La meta es una</p>

Cont. ETAPAS DEL DESARROLLO PSICOSEXUAL DE FREUD

ETAPA	EDAD APROXIMADA	CARACTERISTICAS DEL PERIODO	RESULTADO DE LA FIJACION
		tación sexual y masturbación	heterosexualidad plena orientada a lo genital.

Fuente: Dennis Hassol. Psicología Evolutiva. Edit. Interamericana, México, D. F., 1986, p. 260

ANEXO No. 19

TABLA F Valores de r a los niveles de Confianza de 0.05 y 0.01

gl	.05	.01
1	.99692	.999877
2	.95000	.990000
3	.8783	.95873
4	.8114	.91720
5	.7545	.8745
6	.7067	.8343
7	.6664	.7977
8	.6319	.7646
9	.6021	.7348
10	.5760	.7079
11	.5529	.6835
12	.5324	.6614
13	.5139	.6411
14	.4973	.6226
15	.4821	.6055
16	.4683	.5897
17	.4555	.5751
18	.4438	.5614
19	.4329	.5487
20	.4227	.5368
25	.3809	.4869
30	.3494	.4487
35	.3246	.4182
40	.3044	.3932
45	.2875	.3721
50	.2732	.3541
60	.2500	.3248
70	.2319	.3017
80	.2172	.2830
90	.2050	.2673

Fuente: Fisher y F. Yates. Statistical Tables for Biological, Agricultural and Medical Research. 4ª ed. Oliver & Boyd, Edimburgo, Tabla IV, con autorización de los autores y editores.

APENDICE No. 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

INVESTIGACION :

"LA INFLUENCIA DE LA EDUCACION DE LA MADRE EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS 5 AÑOS DE EDAD."

ELABORARON :

IRMA CHANOCUA ABURTO
ELVIA LAURA MARTINEZ CALLEJAS
JESUS RAMOS HUERTA
MARIA GABRIELA VARELA FLORES

ASESORIA :

DRA. CARMEN L. BALSEIRO A.

INTRODUCCION

Los pasantes de la carrera de Enfermería y Obstetricia que han realizado el servicio social en el Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" del I.S.S.T.E., estamos elaborando la tesis cuyo tema es "LA INFLUENCIA DE LA EDUCACION DE LA MADRE EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS 5 AÑOS DE EDAD", que nos servirá para la titulación. Por lo anterior solicitamos su atenta colaboración para recabar información importante sobre el tema, lo que nos ayudará a continuar la investigación, la cual tiene fines educativos, no lucrativos, y será de carácter estrictamente confidencial y será utilizada en forma anónima. Por lo tanto le rogamos contestar en forma verídica y completa el presente cuestionario.

OBJETIVO DE LA INVESTIGACION

Conocer cuál es la influencia que tiene la educación de la madre en el crecimiento y desarrollo del niño desde el nacimiento hasta los 5 años de edad.

OBJETIVO DEL CUESTIONARIO

Recabar la información exacta y necesaria para conocer qué tanto influye la educación de la madre en el crecimiento y desarrollo del niño y continuar con la investigación.

DATOS GENERALES

1. Cuál es su edad?

 Menos de 18 años 18 a 22 años 23 a 33 años Más de 34 años

2. Cuál es su estado civil?

 Soltera Casada Unión libre Divorciada

3. Cuál es su lugar de nacimiento?

 Distrito Federal Estado de México Provincia Extranjero

4. Su religión es?

 Católica Evangelista No creyente Otra

5. El tipo de vivienda en que habita es?

 Propia Rentada Vivo en casa de mis suegros

Paracaidista

6. Cuál es el número de personas que integran su familia?

De 2 a 4

De 5 a 7

8 a 10

Más de 10

7. A cuánto asciende su ingreso económico mensual?

Menos del mínimo

Sueldo mínimo

Más del mínimo

En base a la labor que esté realizando

PREGUNTAS

8. Cómo aprendió a cuidar a un recién nacido?

En forma teórica en la escuela

A través de los consejos de mis familiares y conocidos

Con la experiencia de mi primer hijo

No he aprendido a cuidar a un recién nacido

9. Le han enseñado alguna vez qué cuidados debe proporcionar a su bebé desde que nace?

Sí, lo estudié en la escuela ó en la profesión

Me lo enseñaron en el hospital pero no me acuerdo

Sí, durante el control prenatal y durante el puerperio

No me han enseñado a cuidar a un bebé

10. Si su hijo(s) nació(eron) en Institución de salud, la han visitado personal de salud para orientarla sobre el cuidado que debe proporcionar a su bebé?

- Sí han venido a supervisar y orientar sobre mi bebé
- No, para qué
- Vinieron una vez con mis otros hijos
- Si vinieron, pero no me proporcionaron orientación

11. La persona que le proporcionó educación sobre el cuidado de su bebé, resolvió sus dudas y qué personal de salud fué?

- Me proporcionaron educación completa tanto médicos como enfermeras
- La experiencia es la que me ha enseñado, no le he preguntado a nadie
- Me enseñó una enfermera cuando tuve a mi hijo, pero me quedé con dudas.
- Nadie me ha enseñado, pero mis dudas las resuelvo consultando libros

12. Cuántas personas aportan económicamente a su hogar?

- Sólo mi esposo
- Mi esposo y yo
- Sólo yo porque nadie me ayuda
- Le pido prestado a mis familiares

13. Qué hace en el tiempo que le queda libre?

- Me pongo a leer
- Oigo el radio ó veo televisión

- Me dedico a estudiar para superarme
- No tengo tiempo libre todo se me vá en el quehacer

14. Qué cuidados le proporciona a su bebé?

- Alimentación, baño, cambio de ropa cada vez que sea necesario
- Lo anterior más platicarle y acariciarlo
- Los dos anteriores más hacerlo convivir con otras personas
- No tengo tiempo de nada porque trabajo y lo cuida mi familia

15. Sabe cómo manejar las gráficas de la cartilla de crecimiento y desarrollo que se le proporcionó en el hospital?

- Sí la sé manejar y llevo ahí el control de mi bebé
- No entendí bien la explicación
- Sólo sé manejar el apartado de las vacunas
- No me dieron ninguna cartilla al egresar del hospital

16. Cómo se alimentó usted durante su embarazo?

- Me alimenté con leche, carne, huevo, verduras y fruta
- Nunca he visto buena alimentación en mi casa
- Como lo que puedo: frijoles, tortilla, a veces carne y otros
- Sólo comí tortas, tacos, quesadillas, etc.

17. Qué grado de escolaridad tiene?

- No estudié, sólo sé leer y escribir
- Estudié sólo la primaria

- Hasta secundaria
- Hice la preparatoria y estoy en una carrera universitaria

18. A qué se dedica mayormente?

- A las labores del hogar combinadas con el trabajo
- Vendo en la calle lo que puedo
- Sólo tengo trabajo provisional
- Soy empleada de Gobierno

19. Cuando usted tiene necesidad de salir a la calle y no puede llevar a su hijo(a), a cargo de quién lo (la) deja?

- Solo(a)
- Con un familiar
- Con un vecino(a)
- En la guardería

20. Qué cuidados de higiene personal llevó a cabo durante su embarazo?

- Baño, cambio de ropa, aseo dental y de manos diario
- Aseo de cara y genitales diario y baño cada 3er. día
- Por falta de agua el aseo general lo realizo en forma irregular
- Todo lo anterior lo realizo más de 1 vez al día

21. Cuál es su estatura ?

- Menos de 1.49 cm
- Entre 1.49 y 1.55 cm

- () Entre 1.55 y 1.60 cm
- () Más de 1.60 cm

22. En qué lugar fué atendido su parto?

- () Hospital privado
- () En mi casa con la comadrona
- () En hospital de Gobierno
- () Otro

23. Recuerda cómo han sido sus antecedentes obstétricos?

- () todo ha sido normal, no he tenido complicaciones
- () He tenido complicaciones y me han realizado cesárea
- () Por diversas causas mis niños han sido de bajo peso
- () Tuve complicaciones durante el embarazo pero el parto fué normal

24. Cuánto pesó y midió su bebé al nacer?

- () Menos de 2,500 g y menos de 48 cm
- () De 2,500 a 3,500 g y de 48 a 52 cm
- () Más de 3,500 g y mayor de 52 cm
- () No lo recuerdo

25. Cuántos meses duró su embarazo?

- () Menos de 7 meses
- () 7 meses
- () 7 a 9 meses

() Más de 9 meses

26. Qué edad tiene su niño(a) actualmente?

() Es recién nacido

() De 1 a 3 meses

() De 3 a 18 meses

() De 18 meses a 5 años

27. Cómo está alimentando a su bebé?

() Le doy el seno y biberón

() No lo alimento al seno porque trabajo, toma biberón

() Estoy combinando progresivamente los alimentos con el seno

() Su alimentación es la misma que la de la familia

28. Qué vacunas le ha aplicado a su niño(a)?

() Ninguna

() B.C.G., Sabin, D.P.T.

() Antisarampionosa y revacunaciones

() Cuadro completo de vacunas

29. Lleva el control de su niño(a) sano(a) con el pediatra?

() No, nunca lo llevo porque no tengo tiempo

() Durante el primer año de vida

() Ocasionalmente

() Sólo cuando se enferma

30. Actualmente qué movimientos ó actividades realiza su niño(a)?

- () Sólo flota y tiene sus reflejos neuromusculares
- () Se puede sentar y sostener su cabeza
- () Gatea y camina con apoyo
- () Camina solo(a)

31. Ha notado si su hijo(a) realiza aún alguna de las siguientes cosas?

- () Sigue llevándose a la boca todo lo que encuentra a la mano
- () Ya avisa para ir al baño, no se hace en su ropa
- () Ya se diferencia de la(el) niña(o) y a veces se ve y toca sus genitales
- () No he observado nada pues no tengo tiempo

7. GLOSARIO.

A

ABLACTACION: Es la introducción, en la alimentación rutinaria del lactante, de otros alimentos que no son de origen lácteo.

ACROCIANOSIS: Es la coloración azulada de las extremidades (manos a pies) por retención local de sangre venosa pobre en oxígeno (lo que provoca la asfixia de los tejidos).

La acrocianosis primitiva es un tipo que se presenta en especial en los niños con trastornos secretorios tiroideos, hipofisarios y ováricos, se debe a una falta de tono (atonía) de las paredes de los capilares venosos que son incapaces de ejercer una presión elástica sobre la sangre venosa que contienen y empieza a dilatarse e hincharse con sangre estancada. Afecta a manos, pies y parte inferior de piernas, volviéndolas color rojo violáceo, hinchados, fríos y de fácil sudoración.

ADAPTACION: Es uno de los períodos que estructuran el período sensorio-motriz del desarrollo de la inteligencia del lactante, la cual describe la habilidad de ajustar un esquema existente a un cambio en las circunstancias que presenta la realidad.

ALIMENTACION MIXTA: Es aquella que la madre ofrece al seno materno a su hijo y en seguida un biberón ó complemento para satisfacerlo plena-

mente.

APEGO: Es la liga recíproca de afecto típica entre el lactante y quien lo cuida, que produce el deseo del contacto y aflicción por la separación.

ARTERIOSCLEROSIS: Es la enfermedad más frecuente de las arterias que consiste en una alteración anatomopatológica de tipo degenerativo y productivo de sus propias paredes, afectando la función circulatoria sanguínea y por lo tanto la nutrición y actividad funcional de los órganos y tejidos de la economía. Es frecuente en la edad senil, ocasiona que las arterias se vuelvan rígidas, duras, flexuosas y con su luz más reducida por lo que no se dilatan ó contraen.

AUTOEDUCACION: Es un desarrollo interior que hace que el individuo configure a sí mismo.

B

BOCIO: Es el engrosamiento ó hipertrofia de la glándula tiroides ajeno a un proceso inflamatorio ó neoplásico y no asociado inicialmente con tirotóxicas ó mixedemas.

C

CALORIA: Es la cantidad de energía térmica necesaria para elevar un

grado centígrado la temperatura de 1 g de agua, dado que es una unidad muy pequeña en relación con las grandes cantidades de energía almacenada en los alimentos.

CARDIOPATIA: Es cualquier alteración que afecta al corazón en forma aguda ó crónica. Por ejemplo angina de pecho, endocarditis, miocarditis, pericarditis, arritmia, defectos valvulares (insuficiencia ó estenosis).

CRECIMIENTO: Es cualquier aumento en tamaño, peso, altura, perímetros y que resulta de la proliferación de las células.

CRETINISMO: Insuficiencia más ó menos grave del desarrollo de las facultades psíquicas (intelectivas sobre todo), provocado por la falta congénita del tiroides ó por bocio hipotiroideo ó endémico.

D

DENTICION: Es la aparición de los dientes transitoria ó de leche, ó aparición de los primeros molares en el lactante.

DESARROLLO: La serie de cambios que con el tiempo ocurren con una secuencia ordenada y pronosticable, por medio de una integración de los factores biológicos y ambientales.

DESTETE: Es la sustitución de la alimentación materna por la lactancia

artificial, por medio de leche de vaca ó industrializada en biberón y poco después, por medio de taza ó vaso.

E

EGO: Es el yo de la personalidad que empieza a controlar los impulsos (id) y se desarrolla por el contacto de la realidad, se estructura durante la etapa de la lactancia.

EXANTEMA MOBILIFORME: Son manchas de color rojizo ó rojo violáceo, pequeñas y de forma irregular, manifestación de alergias.

F

FETO: Es el producto de la concepción que sin haber alcanzado aún la plena madurez para abandonar el claustro materno (mediante el parto), se ha desarrollado de tal forma como para presentar una semejanza humana. Abarca desde las nueve semanas de embarazo hasta el momento del nacimiento.

FONTANELA: Se llama así al espacio que existe entre los huesos craneales cubierto por membranas, que se encuentran en el recién nacido y que se cierran hacia el final de la etapa de la lactancia, al desarrollarse el sistema nervioso.

G

GESTACION: Es aquel estado fisiológico especial de la mujer durante el cual permanece el embrión ó feto en el útero, que vá desde el inicio del último período menstrual hasta el nacimiento y dura aproximadamente 280 días.

H

HABITO: En medicina se entiende como la "configuración psicossomático-funcional", determinada de un cierto organismo que lo asemeja a todos los de su mismo grupo y lo diferencia de los demás y le predispone a contraer ciertas enfermedades y no otras.

HEMOCATERESIS: Es la destrucción fisiológica de los glóbulos rojos y blancos de la sangre; está vinculada a las células del sistema reticuloendotelial, localizadas sobre todo en el bazo e hígado.

HEMOGLOBINA: Es un constituyente del eritrocito, elemento figurado de la sangre que está constituido por una porción protánica a la que se denomina globina y un pigmento que recibe el nombre de heme y ayuda en la captación de oxígeno y de hierro para la realización de las funciones vitales de la economía.

HETEROEDUCACION: Es la formación del hombre por medio de una

influencia exterior, consciente ó inconsciente.

HIGIENE: Es la ciencia que estudia todas las medidas más idóneas para mantener y promover la salud individual y colectiva, protegiéndola de cualquier causa morbígena. La higiene del embarazo comprende el conjunto de normas de vida y de precauciones de índole diversa a que debe atenerse la mujer para que la gestación tenga la evolución más tranquila y favorable posible.

HIPERTROFICO: Este término se utiliza para definir al recién nacido que pesa más de 3.600 Kg. que es el límite normal por causas maternas ó enfermedades hereditarias.

HIPOXIA FETAL: Es el resultado de la disminución en la tensión del oxígeno del aire inspirado y aumento de la presión del CO_2 lo que ocasiona el descenso del pH sanguíneo. Se manifiesta por taquicardia en el producto e incremento de movimientos del mismo, seguidos de bradicardia y depresión y es valorado con la escala de Apgar al nacimiento con calificación menor de 5.

I

ID: La porción de la personalidad, que según Freud, expresa energía en su aspecto más fundamental, nó limitada por la realidad y guiada únicamente por el principio del placer (gratificar los impulsos y evitar el

dolor).

IDENTIDAD: Es la necesidad que surge en el adolescente de adquirir un claro sentido de sí mismo separada de la familia y de los patrones familiares.

L

LACTANTE: Es el término con el que se designa al niño durante el primer año de edad hasta los 18 a 24 meses de edad.

LATENCIA: La cuarta etapa del desarrollo psicosexual, según Freud, en donde los conflictos anteriores se abandonan conforme el niño en edad escolar comprende actividades con sus compañeros y se concentra en las labores escolares.

LIGAMENTO DE COOPER: Son un armazón de bandas de tejido conectivo fibroso, dispuestas entre la piel y la fascia pectoral y brindan sostén a los lobulillos. Forma parte de las glándulas mamarias.

M

MILIA: Son elevaciones pequeñas, blancas y claras que aparecen en la nariz, mejillas y frente del recién nacido y como resultado de la acción hormonal materna.

O

OLIGOHIDRAMNIOS: Es la disminución acentuada de líquido amniótico. Puede ocurrir en cualquier momento del embarazo, condicionando adherencias entre la piel del feto y el amnios que produce deformaciones ó abortos.

ORGASMO: Es una fase del ciclo de la respuesta sexual humana que consiste en contracciones musculares rítmicas seguidas de contracciones uterinas en la porción superior y se desplazan en dirección al cérvix, incrementándose la secreción de moco cervical en la mujer y la eyacuación en el hombre.

P

PERSONALIDAD: Es la totalidad del sistema que permite un ajuste propio e individual al medio ambiente en la diversidad de las situaciones, incluyendo todas las peculiaridades somáticas ó físicas como psicológicas y sociales.

PREECLAMPSIA: Es una patología asociada al embarazo que puede presentarse después de las 28 semanas de gestación, y que se caracteriza por edema generalizado ó proteinuria e hipertensión. Se presenta más comúnmente en las primigestas y afecta al feto al haber sufrimiento agudo ó crónico ó muerte; desprendimiento prematuro de placenta, necro-

sis e infartos placentarios.

PREESCOLAR: Se le denomina a los pequeños de dos a cinco años de edad, en donde el niño presta su atención al mundo más grande en busca del saber "qué seré".

PREVI-GEN: Es una serie de formatos que evalúan los factores de riesgo reproductivo de la mujer embarazada, durante el embarazo, trabajo de parto, parto y del recién nacido; corresponden al programa de "riesgo reproductivo" elaborado por el Centro de Investigación Materno Infantil y Grupo de Estudios al Nacimiento (C.I.M.I.G.E.N.).

PRODUCTO PRETERMINO: Es el producto de la concepción que se obtiene por parto ó cesárea antes de la 37ª semana y después de la 28ª semana de la gestación y que tiene un peso inferior a 2.500 Kg y mayor de 1 kg.

PROSTAGLANDINAS: Son un grupo numeroso de lípidos de la membrana, compuestos por ácidos carboxílicos que se sintetizan a partir del ácido araquidónico; participan principalmente en el trabajo de parto, produciendo efectos sobre el miométrio y cérvix.

R

RECIEN NACIDO: Es el período que comprende desde el nacimiento.

hasta los primeros 28 días de vida.

REFUERZO: Cualquier cosa que después de un comportamiento aumenta la probabilidad de que se repita.

REQUERIMIENTO: Es la cantidad necesaria ó adicional, según sea el caso, de los nutrimentos para el adecuado funcionamiento del organismo, favoreciendo el óptimo crecimiento y desarrollo del individuo.

S

STRESS: Es cualquier estímulo externo ó interno que origina un desequilibrio del medio interior y alteran de manera continua la homeóstasis del organismo. Esos estímulos externos son calor, frío, ruidos muy fuertes, escasez de oxígeno; los internos son presión arterial alta, dolor, tumores ó ideas desagradables.

SOCIALIZACION: Es la preparación de la niñez para vivir en sociedad, que inicia al adaptarse el bebé que empieza a caminar, a las costumbres de la familia con la que convive.

SOMNOLENCIA: Es uno de los estados de la conciencia que se caracteriza por confusión, que ante cualquier estímulo externo, responde con poca lentitud pero luego su estado de vigilia es normal.

T

TROMBOFLEBITIS: Es la inflamación de una vena con formación de un trombo que ocluye total ó parcialmente la luz venosa, afectando gravemente la circulación venosa local. Suele tener origen infeccioso y se presenta más después del parto normal u operación cesárea, entre el primer y 30 días del puerperio.

V

VIGILIA: Es cuando se responde inmediatamente, total, apropiadamente a la estimulación visual, auditiva y de otra naturaleza. Se considera importante durante la primera infancia, pues está aunada al crecimiento y desarrollo.

VITAMINA: Son compuestos orgánicos potentes, presentes en concentraciones pequeñísimas en los alimentos; tienen funciones específicas y vitales en las células y tejidos de la economía, sin aportar energía.

8, REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

ANDERSON, Under y colab. Nutrición y Dieta de Cooper. 17ª ed. Ed. Interamericana, México, D. F., 1985, 730 pp.

BALSEIRO Almario, Carmen L. Guía de Tesis y Diseño de Investigación. Ed. UNAM-ENEO, México, 1985, 29 pp.

BENSON, Ralph C. Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstétrico. 5ª ed. Ed. El Manual Moderno, México, D. F., 1986, 1103 pp.

DENNIS, Lorraine Bradt y Hassol, Joan. Psicología Evolutiva. Ed. Interamericana, México, 1986, 371 pp.

DICKASON J., Elizabeth y Olsen Shult, Martha. Asistencia Materno-Infantil. Texto de entrada. Ed. Salvat, Barcelona, España, 1980, 764 pp.

DIRECCION General de Educación para la Salud. Manual de Normas de Educación para la Salud. 3ª ed. Ed. SSA, México, D. F., 1983, 335 pp.

DURKHEIM, Emilio. Educación y Sociología. Ed. Shapiro, Buenos Aires, Argentina, 1974, 266 pp.

GELDARD A., Frank. Fundamentos de Psicología. 3ª ed. Ed. Trillas,

México, D. F., 1974, 496 pp.

GREENHILL, Jacob Peurl y Friedman, Emanuel A. Obstetricia. Ed. Interamericana, México, 1977, 798 pp.

KEISTER, Mary Elizabeth. Puericultura. 2ª ed. Ed. FAO, Roma, Italia, 1969, 98 pp.

KOUPERNIK, Cyrille. Desarrollo Psicomotriz de la 1ª Infancia. 10ª ed. Ed. Planeta, Barcelona, España, 1980, 203 pp.

LEWIS, Melvin. Desarrollo Psicológico del Niño. 2ª ed. Ed. Interamericana, México, 1986, 204 pp.

L'GAMIZ Matuk, Arnulfo. Bioestadística. La estadística con aplicación en al área de la salud. Ed. Francisco Méndez Cervantes, México, D. F., 1983, 250 pp.

MONDRAGON Castro, Héctor. Obstetricia Básica Ilustrada. 3ª ed. Ed. Trillas, México, 1986, 685 pp.

OLDS, Sally B. y colab. Enfermería Materno-Infantil en un concepto integral familiar. 2ª ed. Ed. Interamericana, México, D.F., 1987, 1132 pp.

PLAZA Montero, Joaquín. Puericultura. 4ª ed. Ed. Jims, Barcelona, España, 1986, 714 pp.

PUBLICACIONES del Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán". Cuadernos de Nutrición". Volumen 6 número 7 y 8, México, D.F., Enero-Marzo, 1983, 48 pp.

RUDOLPH M., Abraham. Pediatría. 1ª ed. Ed. Labor, Barcelona, España, 1981, 402 pp.

RUCHY Zimbardo F.L. Psicología y Vida. Ed. Trillas, México, D.F., 1975, 300 pp.

SEP. Alimentación, Salud, Educación y Vivienda. Dirección General de Publicaciones y Bibliotecas. Cartilla de mínimos de bienestar, México, 1985, 480 pp.

SILVER K., Henry. Manual de Pediatría. 11ª ed. Ed. El Manual Moderno. México, D. F., 1985, 817 pp.

SOLA Mendoza, Juan. Puericultura de acuerdo a los programas de enseñanza normal. 2ª ed. Ed. Trillas, México, D.F., 1980, 724 pp.

TAYLOR Steward, Edward. Obstetricia de Beck. 10ª ed. Ed. Interamericana, México, D.F., 1979, 639 pp.

WAECHTER Blake, Eugenia. Enfermería Pediátrica. 3ª ed. Ed. Interamericana, México, 1984, 940 pp.

VALENZUELA Rogelio H. y colab. Manual de Pediatría. 10ª ed. Ed. Interamericana, México, D.F., 1987, 846 pp.