

UNIVERSIDAD CATOLICA “SANTA MARIA”
ESCUELA DE POST GRADO



RELACION ENTRE EL DESARROLLO PSICOMOTOR Y LA
DIARREA EN EL NIÑO MENOR DE 1 AÑO, ANEXO DE SAN
GREGORIO DISTRITO DE NICOLAS DE PIEROLA – CAMANA –
AREQUIPA, 2005

TESIS PRESENTADA POR LA BACHILLER:
SANTOS NATALIA FLORES COYLA
PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE:
MAGÍSTER EN ESTIMULACIÓN TEMPRANA
INTEGRAL

A R E Q U I P A - P E R U

2 0 0 7



DEDICO ESTA TESIS A DIOS:

Por permitirme llegar hasta este momento, por los triunfos y momentos difíciles que me han enseñado a valorarte cada día mas.

A TI, mi hijo y a mis PADRES

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento a la Universidad Católica “Santa María”, Institución en la cual culminé mis estudios de pre grado, y que me brindo la oportunidad de continuar estudios de post grado.

Al Dr. Abel Tapia Fernández Director de la Escuela de Post Grado de la Universidad Católica “Santa María”. Por su apoyo para la terminación de esta tesis.

A la Dra. Rosa Angulo Rojas, Docente de la Universidad Católica “Santa María”, Por su dirección, paciencia, asesoría y valiosos consejos que permitieron culminar esta tesis.

En especial a mis padres, hermanas, hijo, de los cuales siempre recibí su apoyo.

Finalmente a todos aquellas colegas y amigos que me brindaron apoyo tiempo é información para el logro de mis objetivos.

INDICE

RESUMEN.	6
SUMMARY.	8
INTRODUCCIÓN.	10
RESULTADOS.	12
CAPITULO DE LOS RESULTADOS SISTEMATIZADOS	
CUADROS Y GRAFICOS DE RESULTADOS DE ENCUESTA	
1. DIARREA	
CUADRO Y GRÁFICO N° 1. CUADRO COMPARATIVO DE DIARREA AGUDA Y SIN DIARREA	14
2. DESARROLLO PSICOMOTOR	
CUADRO N° 2 EVALUACIÓN MOTORA GRUESA	16
CUADRO N° 3.EVALUACIÓN DEL LENGUAJE	19
CUADRO N° 4 EVALUACIÓN DE COORDINACIÓN	22
CUADRO N° 5 EVALUACIÓN DE PERSONAL SOCIAL	25
CUADRO N° 6 EVALUACION CON LA ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DESARRROLLO PSICOMOTOR DE NIÑOS CON DIARREA	28
CUADRO N° 7 EDAD DE LA MADRE Y EDAD DEL MENOR DE 1 AÑO CON DIARREA	30
CUADRO N° 8 NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y EDAD DE LA MADRE DEL MENOR DE 1 AÑO CON DIARREA	31
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.	32
CUADROS Y GRAFICOS DE RESULTADOS DE LA FICHA DE OBSERVACIÓN	
CONCLUSIONES	37
RECOMENDACIONES	38

1. Anexo N°1	39
1. Proyecto de Investigación	40
I. PREÁMBULO.	41
II. PLANTEAMIENTO TEORICO	
1. Problema de Investigación	42
2. Marco Conceptual	45
3. Antecedentes Investigativos	58
4. Objetivos	65
5. Hipótesis	65
III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	
1. Técnicas Instrumentos y Método de verificación.. .	66
2. Campos de Verificación	66
- Cédula de Entrevista	
- Ficha de Observación	
3. Estrategia de Recolección de datos	68
4. Manejo de Resultados	69
BIBLIOGRAFÍA Y HEMEROGRAFIA	70
INFORMACIÓN CONSULTADA EN INTERNET	72
2. Anexo N°2 FICHA DE OBSERVACIÓN ESTRUCTURADA	73
3. Anexo N°3 CEDULA DE ENTREVISTA A LA MADRE	74
4. Anexo N°4 Hoja de Registro EEDP de 0 a 2 años	75
5. Anexo N°5 Matriz de Datos	79
6. Anexo N°6 Matriz de Datos	81
7. Anexo N°7 Tríptico Informativo sobre Diarrea	83
8. Anexo N°8 Coeficiente de correlación de Kendall	85
9. Anexo N°9 Estadística CH2.	87
10. Anexo N°10 Programa Educativo de Prevención de Diarreas . .	89
11. Anexo N°11 Programa Educativo de Estimulación Temprana en el menor de 1 año	109

RESUMEN

El siguiente trabajo de Investigación lleva como título: RELACION ENTRE EL DESARROLLO PSICOMOTOR Y LA DIARREA EN EL NIÑO MENOR DE 1 AÑO, ANEXO DE SAN GREGORIO DISTRITO DE NICOLAS DE PIEROLA-CAMANA - AREQUIPA 2005.

Este estudio se realiza a 45 niños que acuden al Consultorio de Enfermería (población asignada por INEI 2005), del anexo de San Gregorio, Distrito de Nicolás de Piérola, Provincia de Camaná, Departamento de Arequipa. Donde se analiza la relación entre el desarrollo psicomotor y la diarrea con aplicación de la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP batería de 75 ítem, o indicadores de observación y registro de 4 áreas: Motora, Coordinación, Lenguaje y Social), que permite la detección temprana de riesgos y retrasos y conceptualizar los comportamientos observados y evaluados en el transcurso del año a todos los niños que acuden a su control. Esta Escala es normada y utilizada por el Ministerio de Salud en todos los establecimientos de Salud.

El Objetivo del estudio es determinar la relación existente entre la diarrea y el desarrollo psicomotor del niño menor de 1 año, (a veces el niño se encuentra con diarrea), y es evaluado en otra fecha que no le corresponde o sigue enfermo con otra patología. Se planteó como Hipótesis que la diarrea influye en la valoración del desarrollo

psicomotor, no permitiendo realizar una evaluación adecuada y precisa, ya que a veces presenta irritabilidad, somnolencia y poco colaborador en el examen, lo que da resultado riesgo en las diferentes áreas predominando el área Social, seguida del área del Lenguaje, Coordinación y Motora.

Luego de realizar el trabajo de Investigación, puedo afirmar que la Hipótesis planteada con los datos obtenidos de la aplicación del EEDP y la revisión de las respuestas brindadas por las madres de familia en las encuestas aplicadas se comprobó que la diarrea Influye en el riesgo durante la Valoración del Desarrollo psicomotor del niño.



SUMMARY

The following work of Investigation takes like title: RELATION BETWEEN DEVELOPMENT PSICOMOTOR AND THE DIARRHEA IN THE SMALLER NIO OF 1 AO, ANNEXED OF SAN GREGORIO DISTRICT DE NICHOLAS OF PIEROLA-CAMANA - AREQUIPA 2005.

This study is made to 45 babes that go to the Doctor's office of Nurse (population assigned by INEI 2005), of the annex of San Gregorio, District of Nicolás de Piérola, Province of Camaná, Department of Arequipa. Where relation between the psychomotor development and the diarrhea with application of the Scale of Evaluation of the Development Psychomotor (EEDP battery of 75 is analyzed tem, or indicators of observation and registry of 4 criminals: Motor, Coordination, Social Language and), that allows detection early of risks and delays and of concept the behaviors observed and evaluated in the course of year to all the babes that go to their control. This Scale establish and is used by the Ministry of Health in all the establishments of Health.

The Objective of the study is to determine relation existing between the diarrhea and the psychomotor development of the minor of 1 year, (sometimes babes is with diarrhea), and is evaluated in another date that patient with another pathologist does not correspond to him or follows. One stands like Hypothesis that the diarrhea influences in

rating of the psychomotor development, not allowing to make one evaluation suitable and needs, since sometimes it presents/displays irritability, little collaborating somnolence and in the examination, which gives to result hazard in the different criminals predominating the Social criminal, followed of the criminal of the Language, Coordination and Motor.

After making the work of Investigation, I can affirm that to the Hypothesis raised with the collected data of the application of the EEDP and the revision of the answers offered by the mothers of family in the applied surveys verify that the diarrhea Influence in the risk during the Valuation of the psychomotor Development of babe.



INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de Investigación lleva como título: “RELACION ENTRE EL DESARROLLO PSICOMOTOR Y LA DIARREA EN EL NIÑO MENOR DE 1 AÑO, ANEXO DE SAN GREGORIO DISTRITO DE NICOLAS DE PIEROLA-CAMANA - AREQUIPA 2005”.

El tema desarrollado es muy interesante acerca de la Evaluación del desarrollo psicomotor que permite conceptualizar los comportamientos observados en el desarrollo del niño, donde existen diversos factores en maduración y que los niños progresan. Se valora si el niño ha adquirido una serie de funciones y que las afecciones del cuerpo como la diarrea provoca secundariamente alteraciones en el estado emocional, (irritabilidad, trastornos psicológicos, poca colaboración), y riesgos en el desarrollo no permitiendo una adecuada evaluación.

Para la realización de esta investigación, se utilizará el método correlacional descriptivo; analizando el tema de lo Particular a lo General. Con la recopilación de toda la información se aplicará directamente la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses (EEDP) a los niños que acudan a sus controles. También se tendrá como instrumento las Historias Clínicas de cada niño.

La Técnica a emplearse será sobre la base de cuestionarios que recogen datos proporcionados por las personas encargadas del cuidado del menor de 1 año.

La experiencia fue enriquecedora permitiendo establecer que durante la consulta, el niño se debe encontrar sano, se debe prevenir las Enfermedades diarreicas con actividades que se deben desarrollar en los establecimientos de Salud con una buena orientación a la persona encargada del cuidado del niño menor de 1 año.

En la medida, que las madres de familia participen consciente y activamente se responsabilizarán en la toma de decisiones para intervenir en la solución de los problemas que las afectan, logrando un mayor grado de sostenibilidad en la prevención de diarreas y detección de riesgos del desarrollo psicomotor.

Mi profundo agradecimiento a todas las personas que me apoyaron, y que con su colaboración hicieron posible la realización del presente trabajo de investigación.



La información recolectada se somete a un proceso de revisión y crítica, antes de ingresar los datos al computador . Esto es debido a que la experiencia señala que no toda la información recolectada es enteramente satisfactoria y que con alguna frecuencia se incurre en errores originados, unas veces por el informante y otras por una mala interpretación del Encuestador.

Los datos obtenidos son de una cédula de entrevista a la madre y una ficha de Observación estructurada. Estos datos fueron revisados y verificados para detectar errores, omisiones y corregirlos para obtener información lógica y consistente que ha sido procesada.

A continuación se presentan las variables de Diarrea y Desarrollo Psicomotor.

1. DIARREA

CUADRO N°1

CUADRO COMPARATIVO DE DIARREA AGUDA Y SIN DIARREA

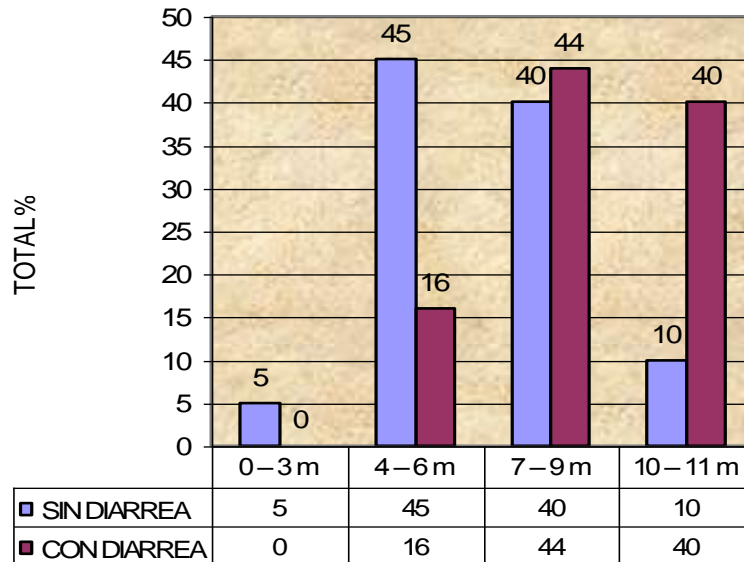
GRUPO ETAREO	PRESENCIA DE DIARREA		DIARREA					
			NO TUVO		SI TUVO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%		
0 a 3 meses	1	5.0	0	0.0	1	2.2		
4 a 6 meses	9	45.0	4	16.0	13	28.9		
7 a 9 meses	8	40.0	11	44.0	19	42.2		
10 a 11 meses	2	10.0	10	40.0	12	26.7		

Fuente: Historias Clínicas del Centro de Salud San Gregorio 2004-2005

En el presente cuadro se observa que del total de la población en estudio según el estado de salud del niño menor de 1 año evaluado con la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor el 44.0% tuvo diarrea en el grupo etareo de 7 a 9 meses, seguido del 40.0% del grupo etareo de 10 a 11 meses.

La prevalencia de diarrea es mayor en niños de 7 a 9 meses de edad, periodo que coincide con la incorporación de la alimentación complementaria. Esta variación con la edad debe ser tomada en cuenta, ya que episodios de diarrea a repetición en el primer año de vida pueden deteriorar el estado nutricional y causar riesgo o retraso en el desarrollo psicomotor.

GRAFICO N° 1
CUADRO COMPARATIVO DE DIARREA Y SIN DIARREA



Referente al Gráfico N° 1 podemos observar en los niños evaluados con diarrea aguda el 44% corresponde al grupo etareo de 7 a 9 meses con diarrea aguda en el grupo etareo de 7 a 9 meses, seguida con 40% en el grupo etareo de 10 a 11 meses.

2. DESARROLLO PSICOMOTOR

CUADRO N° 2
EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA MOTORA GRUESA

DIARREA EDAD	CONDUCTA MOTORA GRUESA											
	SIN DIARREA						CON DIARREA					
	Normal		Riesgo		Total		Normal		Riesgo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
0 - 3 meses	1	5.3	0	0.0	1	5.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
4 - 6 meses	9	47.4	0	0.0	9	45.0	2	16.7	2	15.4	4	16.0
7- 9 meses	8	42.1	0	0.0	8	40.0	6	50.0	5	38.5	11	44.0
10 - 11 meses	1	5.3	1	100	2	10.0	4	33.3	6	46.2	10	40.0
Total	19	100	1	100	20	100	12	100	13	100	25	100

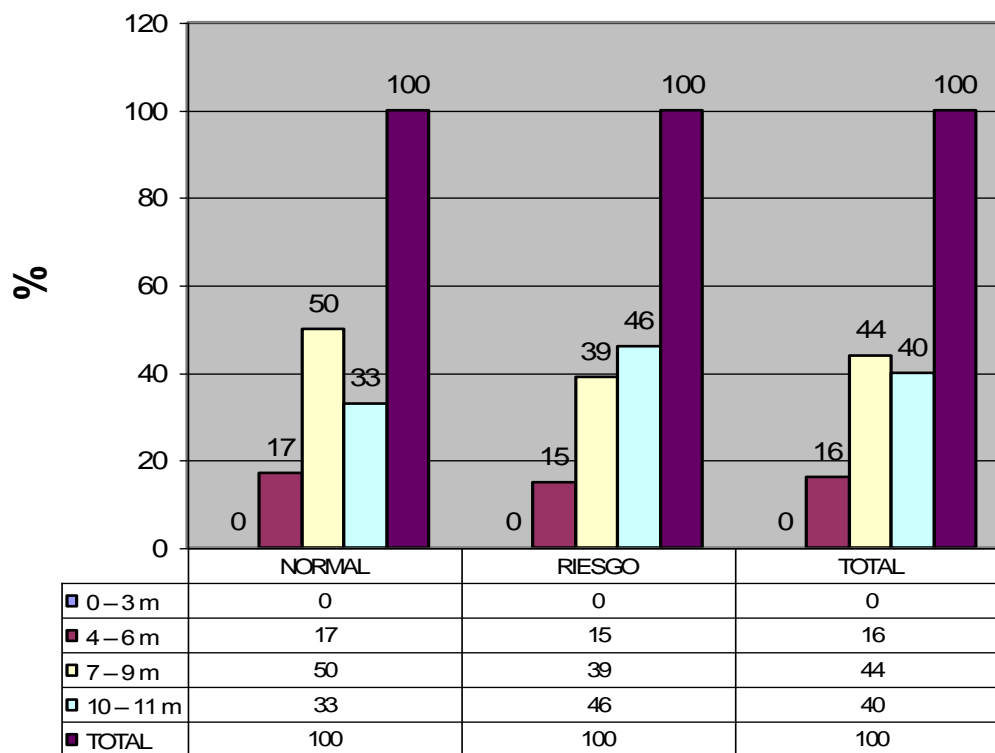
Fuente: Historias Clínicas del Centro de Salud San Gregorio 2004-2005

Nótese en el cuadro con la Aplicación de la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor en la Conducta Motora gruesa en los niños con diarrea el 46.2% se encuentran en riesgo predominando el grupo de 10 a 11 meses, seguido con 38.5% del grupo etareo de 7 a 9 meses, siendo mínimo el riesgo en el grupo de 4 a 6 meses con 15.4%.

El niño de 4 a 6 meses comienza a explorar con su cuerpo, y el niño de siete a once meses, desarrolla rápidamente sus habilidades físicas se vuelven móviles por primera vez. Y el niño de 10 a 11 meses se pone de pie solo sin ayuda de personas ni muebles y da sus primeros pasos sin tambalearse. La caminata es el hito más importante; le da una seguridad e independencia que nunca había tenido, ya que puede llegar donde lo desea, alcanzar lo que quiere y vencer el temor de la separación al ser él quien se aleja de la mamá, cuando en esta edad el niño presenta diarrea, puede ser peligroso. Ya que la diarrea puede

impactar la habilidad del cuerpo en procesar y absorber el agua necesaria, sales y nutrición y en algunos casos llevando a la deshidratación, choque y muerte. Impidiendo el desarrollo normal del niño.

GRAFICO Nº2
EVALUACION DE LA CONDUCTA MOTORA GRUESA EN
NIÑOS CON DIARREA

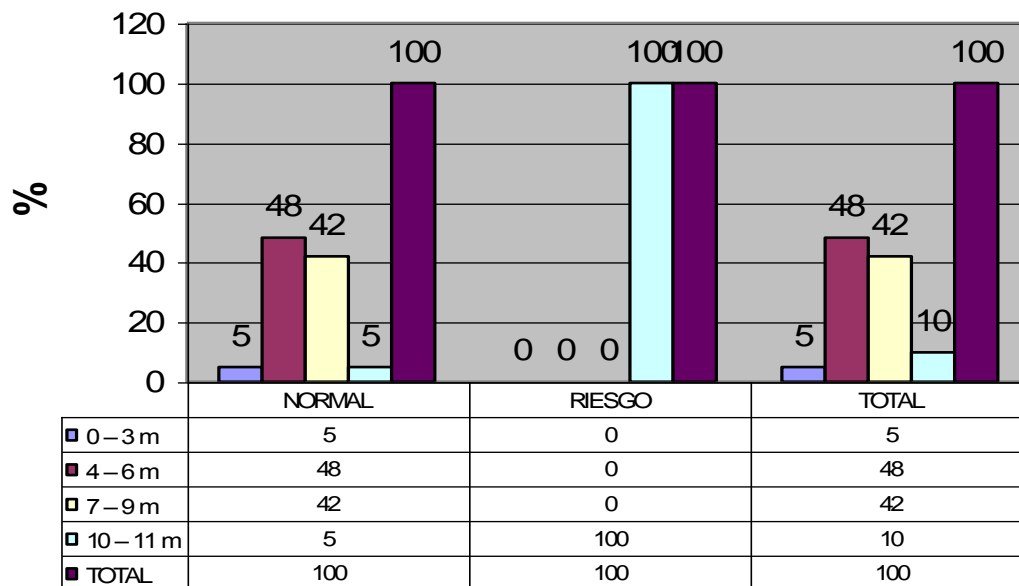


La diarrea con la variable motora, tienen un coeficiente de kendall de 0,413, (41.3%) lo que significa que su grado de correlación no es muy alta

Respecto al desarrollo psicomotor-motor grueso, el valor del estadístico (6,42) es menor que el χ^2 de tablas (26.3), con el 95% de significancia, razón por la cual se rechaza la hipótesis nula (H_0), lo que significa que si existe relación entre la variable diarrea y el desarrollo psicomotor

En el Gráfico N°2 la evaluación de la conducta motora gruesa en niños con diarrea presenta riesgo, el 46% en el grupo etareo de 10 a 11 meses, seguida con 39% de 7 a 9 meses y finalmente de 4 a 6 meses con 15%, y 0% en el grupo etareo de 0 a 3 meses.

GRAFICO N°3
EVALUACION DE LA CONDUCTA MOTORA GRUESA EN
NIÑOS SIN DIARREA



En el gráfico N°3 la evaluación de los niños sin diarrea el 48% se predomina el grupo etareo de 4 a 6 meses seguido de 7 a 9 meses con 42% y solo 10% en el grupo etareo de 10 a 11 meses.

CUADRO N° 3

EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA DEL LENGUAJE

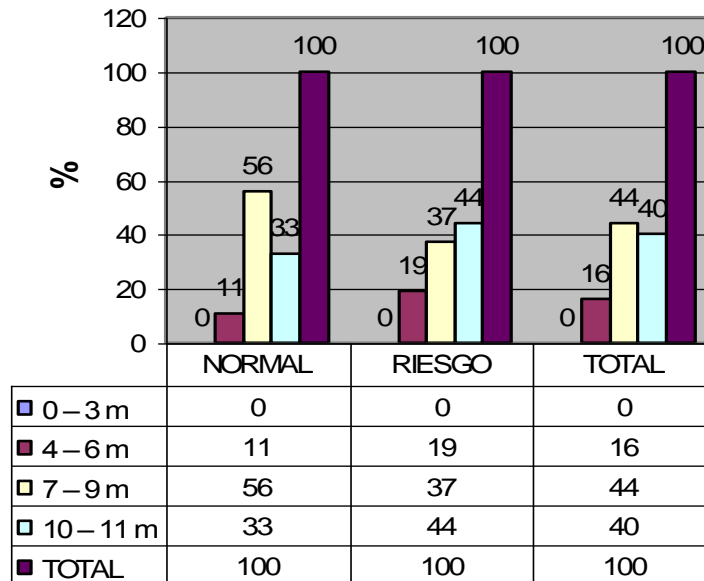
DIARREA \ EDAD	CONDUCTA DEL LENGUAJE											
	SIN DIARREA						CON DIARREA					
	Normal		Riesgo		Total		Normal		Riesgo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
0 - 3 meses	1	5.6	0	0.0	1	5.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
4 - 6 meses	9	50.0	0	0.0	9	45.0	1	11.1	3	18.8	4	16.0
7 - 9 meses	7	38.9	1	50.0	8	40.0	5	55.6	6	37.5	11	44.0
10 - 11 meses	1	5.6	1	50.0	2	10.0	3	33.3	7	43.8	10	40.0
Total	18	100	2	100	20	100	9	100	16	100	25	100

Fuente: Historias Clínicas del Centro de Salud San Gregorio 2004-2005

En el presente cuadro de los niños evaluados con diarrea el 43.8% de niños de 10 a 11 meses presenta riesgo en el área del Lenguaje, seguida con 37.5% del grupo etareo de 7 a 9 meses. Y que los niños evaluados sin diarrea con riesgo representa el 50% en los grupos etareos de 7 a 9 meses y 10 a 11 meses.

Es muy emocionante para los padres ver que sus bebés cuando se les habla dan vuelta la cabeza o responden con sonidos como da-da-da o ba-ba-ba y su risa es a carcajadas como si viniera del estómago. También vuelve su cabeza hacia los lugares donde surge un ruido. Aunque cada bebé desarrolla el habla a su propio ritmo. Después repite sílabas del mismo sonido como ba-ba, ma-ma, da-da, ta-ta. y reconoce su nombre y se da vuelta cuando lo llaman área que se ve afectada por esta enfermedad.

GRAFICO N° 4
EVALUACION DEL LENGUAJE DE NIÑOS CON
DIARREA



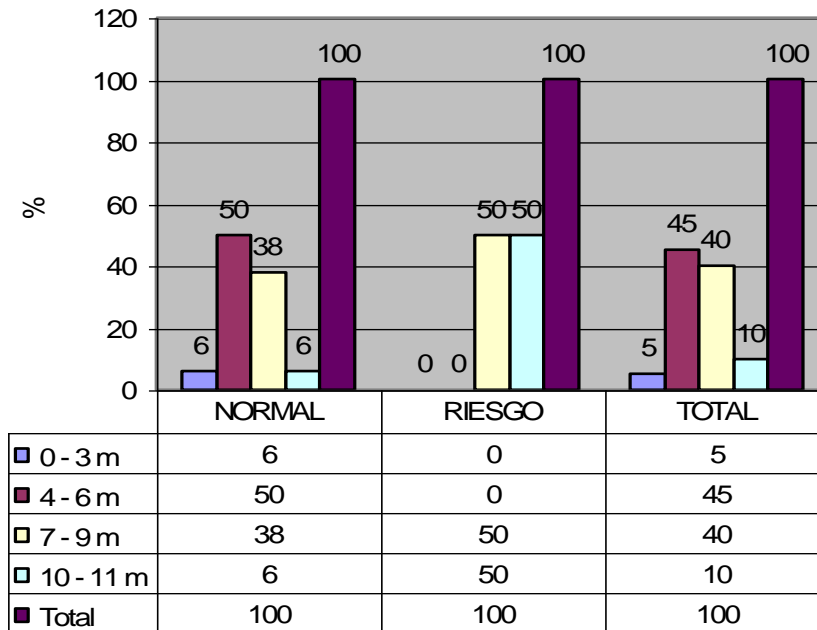
En el Gráfico N°4 de niños evaluados con diarrea el 44% de niños con diarrea presentan riesgo en el área del Lenguaje predominado el grupo, seguido del grupo de 7 a 9 meses con 37% y 19% en el grupo etareo de 4 a 6 meses.

La diarrea con la variable lenguaje, el coeficiente de correlación Kendall de 0.516 (51.6%), lo que significa que el nivel de asociación es relativamente aceptable.

Respecto al desarrollo psicomotor – lenguaje, se observa que el valor del estadístico (1.8), con el 95% de significancia calculado es menor que el χ^2 de la tabla, razón por la cual, igualmente se rechaza la hipótesis nula (H_0), lo que significa que si existe relación entre la variable diarrea y el desarrollo psicomotor.

En el Grafico N° 5 se aprecia en los niños evaluados sin diarrea en niños con riesgo el 50% predomina en los grupos de 7 a 9 meses y de 10 a 11 meses.

GRAFICO N°5
EVALUACION DEL LENGUAJE EN NIÑOS SIN DIARREA



CUADRO N° 4

EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA DE COORDINACIÓN

DIARREA / EDAD	CONDUCTA DEL COORDINACION											
	SIN DIARREA						CON DIARREA					
	Normal		Riesgo		Total		Normal		Riesgo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
0 – 3 meses	1	5.3	0	0.0	1	5.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
4 – 6 meses	9	47.4	0	0.0	9	45.0	4	19.0	0	0.0	4	16.0
7 – 9 meses	7	36.8	1	100.0	8	40.0	8	38.1	3	75.0	11	44.0
10 - 11 meses	2	10.5	0	0.0	2	10.0	9	42.9	1	25.0	10	40.0
Total	19	100	1	100	20	100	21	100	4	100	25	100

Fuente: Historias Clínicas del Centro de Salud San Gregorio 2004-2005

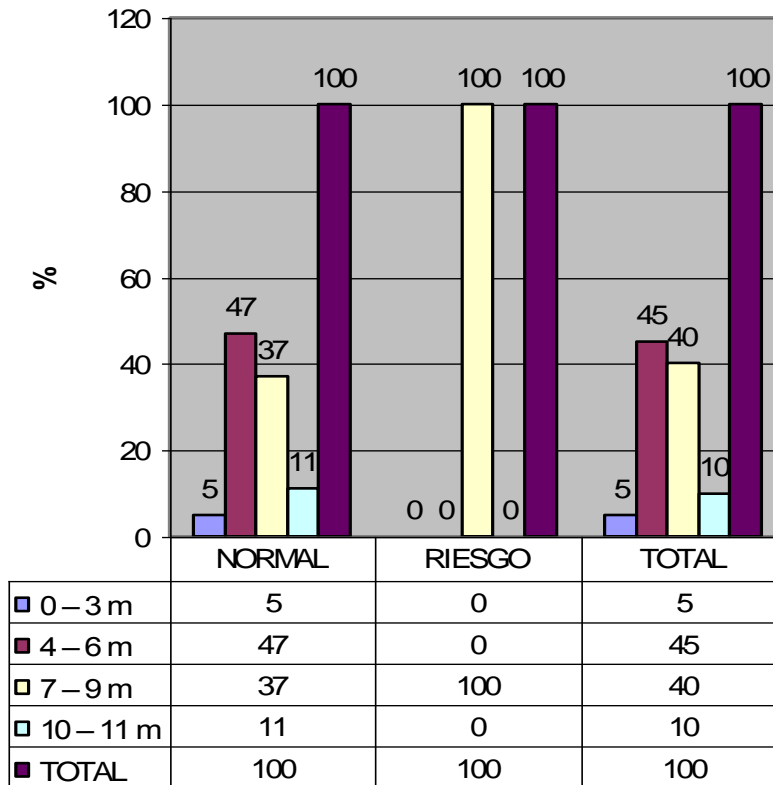
En el presente cuadro observamos a los niños evaluados con diarrea el 75% del grupo etareo de 7 a 9 meses se encuentra en riesgo, seguida del grupo etareo de 10 a 11 meses con 25%. A Diferencia de los niños sin diarrea el 100% se encuentra en riesgo los niños de 7 a 9 meses.

El niño se torna inquieto en esta área tienen mayor movilidad y explora el suelo siendo un factor de riesgo para contraer diarrea y más peligroso por las actividades que desarrollan y se traduce en el uso de las manos tratando de alcanzar y agarrar todo lo que está a su alcance y se lleva todas las cosas a la boca. Se produce la diarrea usualmente por medio de objetos contaminados o las manos que manipula ya que inicia el periodo de ablactancia y aparición de los dientes.

La variable diarrea con la variable coordinación, tienen un coeficiente de kendall que presenta el menor valor de 0.130 (13%), lo que significa que la asociación entre estas dos variables es muy pobre.

Respecto al desarrollo psicomotor – coordinación, el estadístico chi2 calculado, (27.2) es mayor que el chi2 de tablas, razón por la cual se acepta la hipótesis nula, lo que significa que no existe relación entre la diarrea y esta variable.

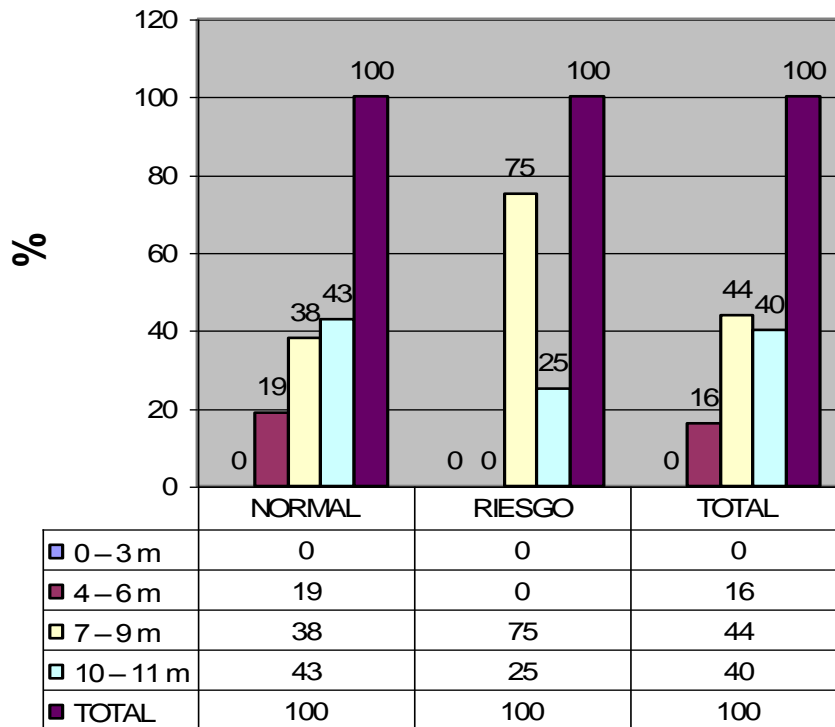
GRAFICO N°6
EVALUACION DE LA CONDUCTA DE COORDINACION EN
NIÑOS SIN DIARREA



En el gráfico N° 6 de los niños sin diarrea el 100% presenta riesgo el grupo etareo de 7 a 9 meses.

En el gráfico N° 7, de los niños evaluados con diarrea solo el 75% de niños de 7 a 9 meses presenta riesgo, seguida con 25% de 10 a 11 meses.

GRAFICO N°7
EVALUACION DE LA CONDUCTA DE COORDINACION EN
NIÑOS CON DIARREA



CUADRO N° 5

EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA PERSONAL SOCIAL

DIARREA / EDAD	CONDUCTA SOCIAL											
	SIN DIARREA						CON DIARREA					
	Normal		Riesgo		Total		Normal		Riesgo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
0 – 3 meses	1	5.3	0	0.0	1	5.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
4 – 6 meses	9	47.4	0	0.0	9	45.0	0	0.0	4	22.2	4	16.0
7 – 9 meses	8	42.1	0	0.0	8	40.0	4	57.1	7	38.9	11	44.0
10 - 11 meses	1	5.3	1	100	2	10.0	3	42.9	7	38.9	10	40.0
Total	19	100	1	100	20	100	7	100	18	100	25	100

Fuente: Historias Clínicas del Centro de Salud San Gregorio 2004-2005

En el presente cuadro observamos que del total de la población evaluada con diarrea El 64% se encuentra en riesgo, predominando el grupo etareo de 7 a 9 meses y 10 a 11 meses con 28% se encuentran en riesgo. A Diferencia de los niño evaluados sin diarrea un 100% (1) se encuentra en riesgo.

El desarrollo psicosocial durante el primer año, se va desarrollando en la resolución de conflicto que es el primer elemento y más importante para desarrollar una persona sana que es la "**confianza básica**" y se logra por las experiencias satisfactorias del niño a esta edad. La desconfianza aparece cuando las experiencias positivas son deficientes o cuando las necesidades básicas se satisfacen de forma inadecuada. Esta tarea puede lograrse mediante un cuidado cariñoso y constante. La conciencia del niño acerca de las personas

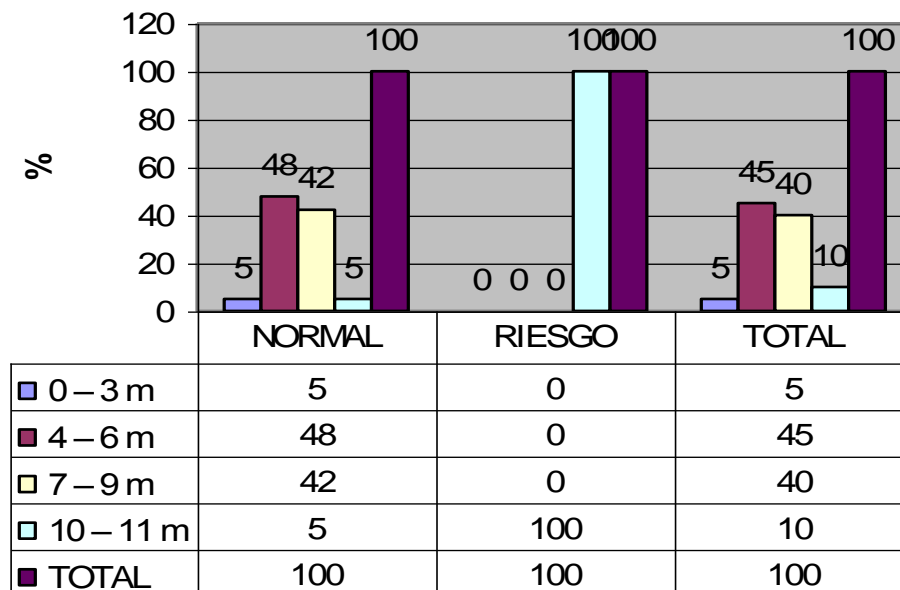
y del medio que le rodea aumenta durante este período. Aunque los niño pueden progresar a ritmos diferentes.

El niño en esta etapa empieza a desarrollar su auto confianza, por lo que necesita que los padres lo apoyen, le den confianza y celebren sus logros.

La diarrea con la variables social, presenta un coeficiente de correlación de kendall de 0.594 (59.4%), lo que hace suponer una correlación bastante significativa.

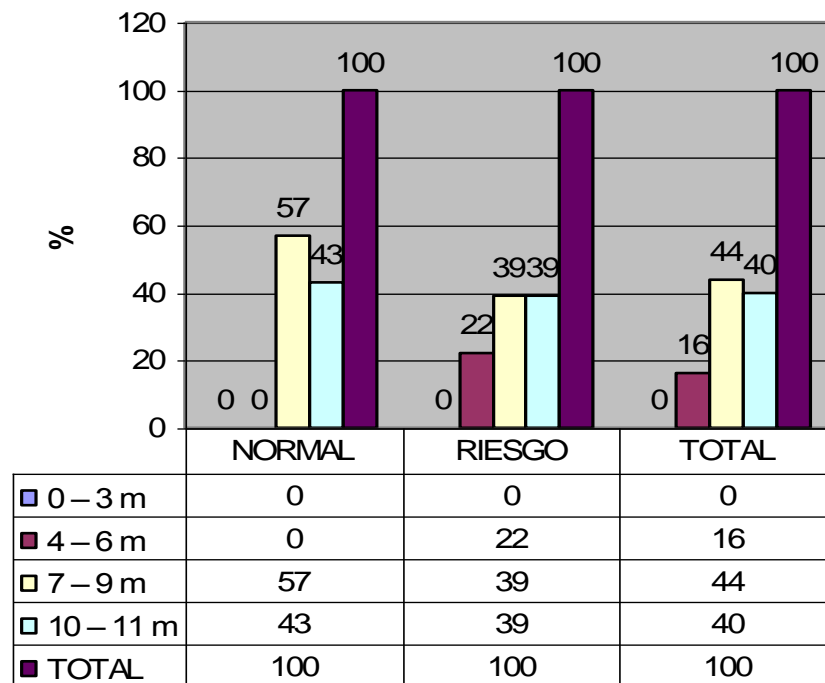
Respecto al desarrollo psicomotor – social, se observa que el valor del estadístico (1.0) chi2 calculado es menor que el valor de la tabla (26.3), con el 95% de significancia, razón por la cual se rechaza la hipótesis nula (Ho), lo que significa que si existe relación entre la variable diarrea y el desarrollo psicomotor en esta conducta.

GRAFICO N°8
EVALUACION DE LA CONDUCTA PERSONAL SOCIAL EN
NIÑOS SIN DIARREA



En el gráfico N°8 se observa que en los niños evaluados en la conducta social sin diarrea solo representa el 100% del total de niños en riesgo en el grupo etareo de 10 a 11 mes.

GRAFICO N°9
EVALUACION DE LA CONDUCTA PERSONAL SOCIAL EN NIÑOS
CON DIARREA



En el gráfico N°9 observamos que el 39% de niños con diarrea se encuentran en riesgo en la conducta personal social del grupo etareo de 7 a 9 meses y de 10 a 11 meses.

CUADRO N° 6

EVALUACION CON LA ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO
PSICOMOTOR DE NIÑOS CON DIARREA

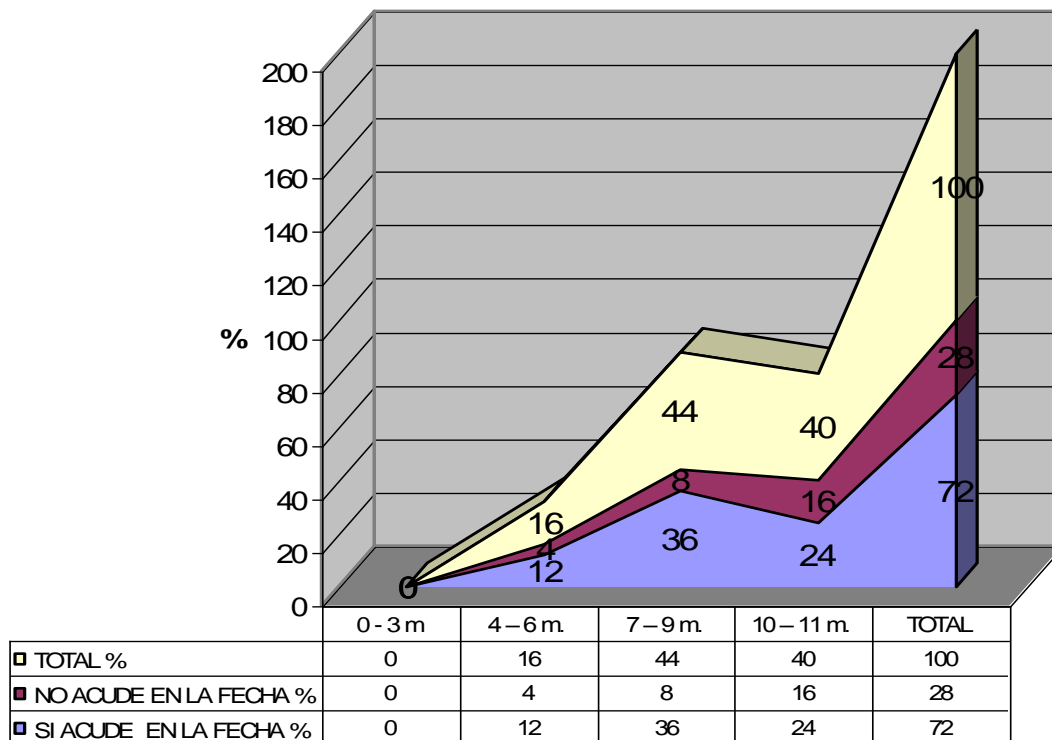
CONTROLES SEGÚN SU EDAD	SI ACUDE EN LA FECHA		NO ACUDE EN LA FECHA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
0 - 3 m	0	0	0	0	0	0
4 - 6 m.	3	12	1	4	4	16
7 - 9 m.	9	36	2	8	11	44
10 - 11 m.	6	24	4	16	10	40
TOTAL	18	72	7	28	25	100

Fuente: Historias Clínicas del Centro de Salud San Gregorio 2004-2005

En el cuadro se observa que según los controles que le corresponde a los menores de 1 año se tiene que el 72% de niños sus madres lo llevan a su control en la fecha indicada predominando el grupo etareo de 7 a 9 meses con 36%. A diferencia del 28% que acuden a su control pero en fechas posteriores. Predominando el grupo etareo de 7 a 9 meses con 44% (11) de niños.

En el Gráfico se observa que el 72% de niños con diarrea acuden a su control en la fecha indicada donde se les aplica la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses (E.E.D.P.) escala que mide el rendimiento del niño frente a situaciones que para ser resueltas requieren determinado grado de desarrollo psicomotor. Esta escala considera cuatro áreas de desarrollo Motora (M), Lenguaje (L), Social (S) y Coordinación (C), que dependiendo del mes, se encuentran separadas o combinadas. Estas áreas están representadas a través de preguntas, a contar del primer mes de vida y hasta el mes 24, sin embargo y en vista de que hay meses en que el desarrollo se mantiene, hay varios meses que no aparecen en las opciones.

GRAFICO Nº 10
CONTROLES SEGUN LA EDAD DEL NIÑO CON DIARREA



CUADRO N° 7

EDAD DE LA MADRE Y EDAD DEL MENOR DE 1 AÑO CON DIARREA
DEL ANEXO DE SAN GREGORIO-DISTRITO DE NICOLAS DE PIEROLA
CAMANA-AREQUIPA 2005

Edad de La Madre Edad Niño	SI TUVO DIARREA											
	15 a 19 años		20 a 24 años		25 a 29 años		30 a 34 años		35 a 40 años		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0- 3 meses	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
4 - 6 meses	1	33.3	1	9.1	0	0.0	1	25.0	1	50.0	4	16.0
7 - 9 meses	1	33.3	5	45.5	2	40.0	2	50.0	1	50.0	11	44.0
10-11 meses	1	33.3	5	45.5	3	60.0	1	25.0	0	0.0	10	40.0
Total	3	100	11	100	5	100	4	100	2	100	25	100

Fuente: Historias Clínicas del Centro de Salud San Gregorio 2004-2005

En el presente cuadro se nota que influye la edad de las madres de niños evaluados con diarrea del grupo etareo de 7 a 9 meses con 44%, seguida del grupo de niños de 10 a 11 meses con 40%, siendo menor en el grupo etareo de 4 a 6 meses con 16% que fueron evaluados en el Centro de Salud San Gregorio.

La madre de los niños evaluados corresponden a la etapa del paquete del adulto de 20 a 24 años según normas del Ministerio de salud de nuestro país, las cuales son madres jóvenes inexpertas en el cuidado de su niños. Donde desde la gestación han tenido insuficiente nutrición y según el lugar de procedencia las características del patrón reproductivo: edad al procrear, número y frecuencia de los hijos son factores que elevan las tasas de morbilidad infantil y riesgo en el desarrollo psicomotor.

CUADRO N° 8

NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y EDAD DE LA MADRE DEL MENOR DE 1 AÑO
CON DIARREA

EDAD DE LA MADRE NIVEL INSTRUCCIÓN	SI TUVO DIARREA											
	15 a 19 años		20 a 24 años		25 a 29 años		30 a 34 años		35 a 40 años		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sin Nivel	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	25.0	0	0.0	1	4.0
Primaria	1	33.3	0	0.0	3	60.0	1	25.0	2	100.0	7	28.0
Secundaria	2	66.7	5	45.5	2	40.0	2	50.0	0	0.0	11	44.0
Superior	0	0.0	6	54.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	24.0
Total	3	100	11	100	5	100	4	100	2	100	25	100

Fuente: Historias Clínicas del Centro de Salud San Gregorio 2004-2005

En el presente cuadro se observa el nivel de instrucción y la edad de las madres de los niños evaluados con diarrea son madres de 20 a 24 años, con 44% de nivel secundario, seguida con 28% de madres con nivel primario, y con 24% madres con nivel de Educación Superior. Notándose que las madres de nivel secundario no tienen un cuidado adecuado en la prevención de las diarreas así como la detección temprana de riesgo en las diferentes áreas psicomotoras del niño que fueron evaluados en el Centro de Salud San Gregorio.

De hecho muchas madres se encuentran en un nivel socioeconómico bajo, que afectan en el cuidado adecuado de su niño, que “por regla general nacen con menos peso, padecen más enfermedades infantiles, tienen mayor índice de morbilidad, reciben peor atención médica, sufren más hambre y desnutrición, están expuestos a más violencia y se desarrollan con más lentitud”

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El primer año es una etapa caracterizada por grandes cambios: crecimiento, diferenciación, adquisición y perfeccionamiento de funciones, incluidas las sociales. Estas están sometidas desde el nacimiento a la acción de factores biológicos y sociales que pueden alterar el desarrollo, e incluso retrasarlo.

Y en este primer año de vida el sistema nervioso central recibe impulsos y da respuestas precisas, estos estímulos propician la actividad eléctrica de las neuronas y pueden incrementar la biosíntesis de proteínas. Se interviene sobre un SNC que está en un intenso proceso de desarrollo y con una gran capacidad de adaptabilidad. Así, se puede asegurar que el aprendizaje implica cambios no sólo en la conducta sino también en la estructura, función y composición de las neuronas.

Es importante participar en la prevención de diarreas y el cuidado de la salud del niño, porque puede repercutir en riesgo o retraso del desarrollo psicomotor. La madre es la que mantiene un vínculo mucho más directo con el niño, porque satisface sus necesidades y adquiere mayor importancia en el desarrollo de habilidades, fundamentalmente el lenguaje. Esta es la esfera más afectada en niños normales con influencias externas negativas.

Área Motora Gruesa: Para que el acto motor voluntario evolucione con normalidad hace falta que se produzca por una parte, una progresiva diferenciación de los actos amplios e indiferenciados a otros precisos y concretos, que haya una proyección céfalo caudal y que además suceda de axial a distal.

En los primeros meses de vida, el bebé actúa mediante conductas reflejas, es decir, respuestas automáticas e involuntarias a estímulos externos, que parecen tener funciones de protección y sobre vivencia. Los reflejos primitivos, propios del recién nacido, se presentan desde el nacimiento y pueden producirse incluso antes. Si el infante es neurológicamente sano, los reflejos primitivos se integran, es decir, se retiran o desaparecen debido a que la maduración de la corteza inhibe sus manifestaciones, en diferentes momentos del primer año.

Todo ello es posible porque el tono muscular evoluciona disminuyendo la hipertonía flexora de las extremidades y aumentando el tono del tronco, lo cual facilita los movimientos. También sirve de ayuda la disolución de los reflejos arcaicos y la aparición de las reacciones de equilibrio. Así pues, con la desaparición del reflejo tónico cervical asimétrico, se libera la extremidad superior y permite el acercamiento de los brazos a la línea media. La diarrea con esta área es mínima si existe correlación.

En el área del Lenguaje: El manejo del habla no es sólo una cuestión de aprendizaje, sino que se relaciona con la maduración. La capacidad de hablar de un modo claro y comprensible constituye un requisito fundamental para la integración del individuo a la sociedad, y cualquier problema que impida esta posibilidad acarrea consecuencias negativas en la vida de la persona.

El lenguaje se desarrolla de forma natural y espontánea respeta leyes semejantes en todos los niños. Existe un periodo básico para la iniciación del habla, llamado pre - lingüístico, y que empieza con el llanto como primera forma de comunicación. En la medida en que éste muestre diferentes intensidades, patrones y tonos, expresará necesidades de diferente índole. Existen también sonidos bucales y

guturales que se producen al principio espontáneamente y en forma aislada, y que después se tornan repetitivos (balbuceo).

De los siete a los 12 meses imitan "accidentalmente" sonidos producidos por ellos mismos u otras personas; cerca de los nueve meses imitan sonidos deliberadamente aunque no los entiendan y llegan a la pronunciación de sílabas y emisión de las primeras palabras al final del primer año de vida.

Una vez que los bebés tienen un repertorio primario de sonidos, los unen de manera que suenan a lenguaje pero sin significado, no representa conceptos específicos, por lo que carece de importancia semántica, es significativo por expresar una amplia gama de emociones a través de diferentes entonaciones emocionales.

La producción de sonidos requiere del uso de ciertos órganos: nariz, garganta, control de los músculos de la lengua y las mejillas, etc. Con la primera palabra se inicia el discurso lingüístico. Al final del primer año de vida, el niño entiende gran parte de lo que se le dice, aún cuando su capacidad de expresión verbal es considerablemente menor. En niños con diarrea se ve afectado el área del lenguaje.

Area Motora Fina: Las habilidades se estructuran en los primeros meses de vida, con base en los esquemas de reflejos simples que existen en el recién nacido quien no ha tenido contacto directo con experiencias.

Los movimientos de las manos se transforman en puntos de atención para mirar, y los objetos, antes carentes de significado, se vuelven estímulos para ver, alcanzar y manipular; son los inicios de la

coordinación del ojo y la mano. La adquisición de una destreza sirve de punto de partida para otra.

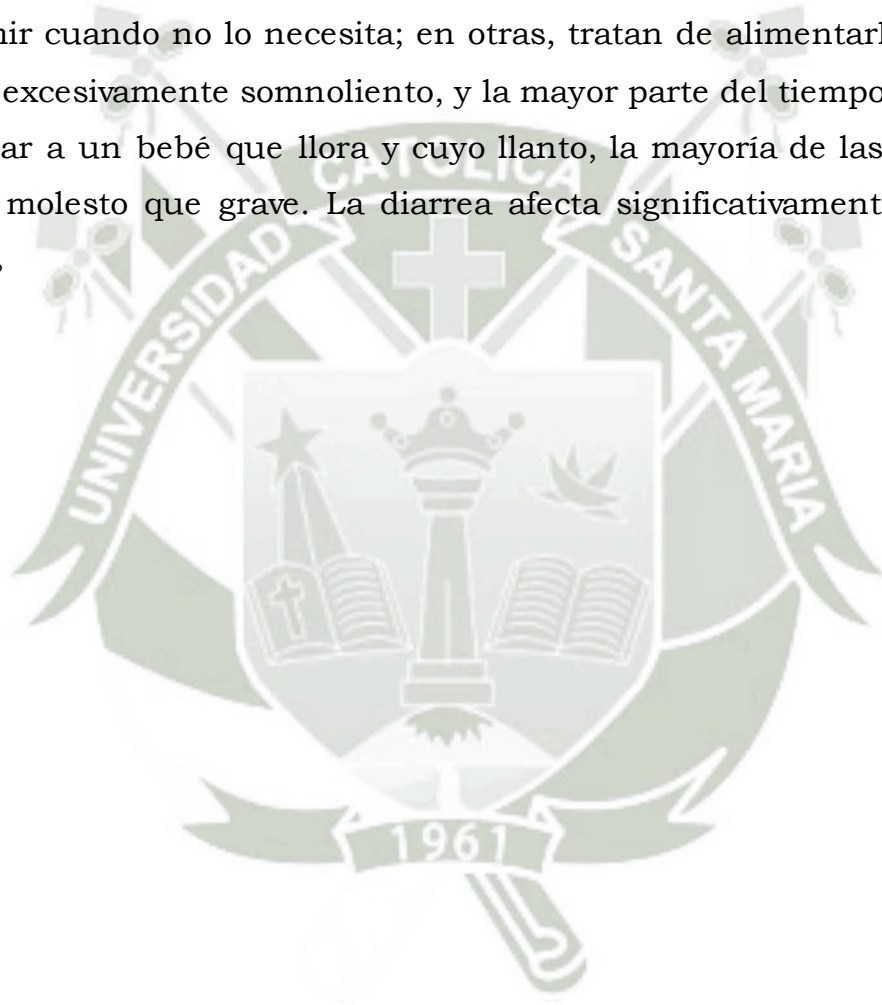
En los primeros meses un bebé sujeta algo, no utiliza los dedos índice y pulgar, sino los otros tres dedos y la palma de la mano; este tipo de aprehensión es una reacción automática, debido a las sensaciones recibidas en la palma y, el bebé no puede "soltar" el objeto voluntariamente. Después, se integran y organizan las sensaciones del tacto con las de músculos y articulaciones para desarrollar movimientos de pinza con la oposición del dedo pulgar. Alrededor del cuarto mes, junta las manos al frente, implica la coordinación de ambos lados del cuerpo. Respecto al área de coordinación, no repercute mucho en esta área.

Es importante conocer acerca del desarrollo del niño, así como el papel que la familia tiene. Seguir paso a paso los cambios que le ocurren al niño desde su nacimiento, es motivo para plantearse la necesidad de implementar acciones que estimulen en los padres capacidades y destrezas para la crianza de sus hijos. Esto es aun más urgente en sectores desaventajados socialmente, que es a quien va dirigido el Programa de estimulación temprana.

Área Social: La socialización es un proceso permanente que son la adaptación a las normas, hábitos, pautas de conducta y valores culturales del grupo al que se pertenece al mismo tiempo que el individuo desarrolla su identidad, autoconcepto y autoestima. En la infancia, la socialización debe propiciar mecanismos de adaptación del individuo a su medio social. Poco después de nacer, los bebés muestran interés, angustia y disgusto; en los meses siguientes empiezan a expresar cólera, alegría, sorpresa, timidez y miedo, y alrededor de los ocho meses, la mayoría de los bebés tienen miedo a los extraños. La sonrisa se desarrolla por etapas. En un inicio refleja

sensaciones placenteras, resultado de la actividad del sistema nervioso central; alrededor del primer mes las sonrisas se hacen más frecuentes y cerca del tercer aparece la sonrisa social que es más amplia y de más duración.

Durante los primeros meses de vida del bebé, los padres invierten gran cantidad de tiempo y energía, tratando de comprender sus diferentes estados y necesidades. Algunas veces quieren hacerlo dormir cuando no lo necesita; en otras, tratan de alimentarlo cuando está excesivamente somnoliento, y la mayor parte del tiempo intentan calmar a un bebé que llora y cuyo llanto, la mayoría de las veces, es más molesto que grave. La diarrea afecta significativamente en esta área,



CONCLUSIONES

PRIMERA. Aplicando la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor a la población seleccionada el 56% (25) niños se encuentran con diarrea y el 44% (20) están sanos. El resultado confirma que los niños con diarrea presentan mayor riesgo en el área social con 72%(18), en el área del Lenguaje con 64% (16), en el área motora gruesa con 52% (13) y en el área de Coordinación con 16% (04). Determinando la relación entre diarrea y el desarrollo psicomotor del niño menor de 1 año.

SEGUNDA. Los indicadores expuestos determinan que la diarrea influye en el desarrollo psicomotor del niño menor de 1 año, siendo un periodo para su formación y desarrollo, caracterizándose por el logro de importantes hitos sucesivos en periodos muy cortos de tiempo, no permitiendo un adecuado avance en sus conductas la presencia de diarrea; afectando el área Motora Fina 75% (03) en el grupo de 7 a 9 meses, seguida del área social 38.9%(7) en los grupos: 7 a 9 y 10 a 11 meses. En el área del lenguaje 43.8%(7), y área motora gruesa 46.2% (6) en las edades de 10 a 11 meses.

TERCERO. La edad y el nivel de instrucción de la madre influyen en el desarrollo psicomotor del niño, donde 44% (11) madres de 20 a 24 años, con nivel secundario no están preparadas para el cuidado adecuado del niño menor de 1 año. El 72% (18) niños acuden en fecha para sus controles, a diferencia del 28% (7) niños por diversas causas no acuden a su control.

Los Objetivos han sido cumplidos y la Hipótesis fue comprobada totalmente.

RECOMENDACIONES.

PRIMERO. Los factores ambientales como la enfermedad, la falta de estimulación el desconocimiento al atender a un niño con diarrea, debe ser enmarcado en el rol que le toca desempeñar a la familia, promocionando como debe ser el crecimiento y desarrollo normal y óptimo del niño.

SEGUNDO. Se debe realizar un Plan de atención de estimulación temprana para niños con proceso de diarrea, sino las neuronas no se conectan y se pierde el momento adecuado para realizar estimulación en el niño. Trabajo que debería de continuarse para recuperar a los niños que se encuentran en riesgo.

TERCERO. Muchas Madres desconocen la importancia del Control de la Evaluación del desarrollo psicomotor de su niño, porque debería de realizarse en la fecha indicada.

CUARTO. Es necesario aplicar estrategias para la prevención de las diarreas en el menor de 1 año, y así evitar mayor número de riesgo en la evaluación del desarrollo Psicomotor.

QUINTO. Se debería hacer un trabajo de control con diarreas y un grupo que no hayan tenido ningún episodio de diarrea, durante los 3 primeros años de vida con un seguimiento continuo.





I. PREÁMBULO

En la población infantil de este mundo de hoy una parte muy vulnerable es la de Niños menores de 1 año. Estos niños aun no van a la escuela y son los que más necesitan de los cuidados y la satisfacción de necesidades por la familia, especialmente las de afecto. Estos niños son potencialmente los más capaces de desarrollarse psíquicamente si cuentan con un medio social y cultural favorable materializado en la persona del otro, entendiéndose este como la familia.

Las secuencias del desarrollo son las mismas en todos los niños, mientras la velocidad y fechas de adquisición precisas dependen de cada niño y de factores diversos: su potencial genético, el ambiente que le rodea, el mismo temperamento del niño, la existencia o no de enfermedad, tal es así que la diarrea que se presenta en el niño menor de 1 año no permite realizar adecuadamente la evaluación del desarrollo psicomotor de acuerdo a su edad cronológica. Siendo necesario considerar a la población menor de 1 año, por presentar como promedio 4 episodios de diarrea al año. Abordándose un tema interesante desde el punto psicológico.

La enfermedad diarreica aguda (EDA), constituye un problema de salud pública en nuestro país debido a su alto costo económico, social y familiar; siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la niñez, especialmente en menores de dos años.

La prevalencia de diarrea es mayor en niños de 6 a 11 meses de edad, periodo que coincide con la incorporación de la

alimentación complementaria; luego de este periodo la prevalencia se reduce progresivamente.

Esta variación con la edad debe ser tomada en cuenta, ya que episodios de diarrea a repetición en el primer año de vida pueden deteriorar el estado nutricional y causar graves secuelas.

II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del Problema:

“Relación entre el desarrollo psicomotor y la diarrea en el niño menor de 1 año, anexo de San Gregorio distrito de Nicolás de Piérola-Camaná - Arequipa 2005”.

1.2. Descripción del problema

La incidencia de diarrea en países desarrollados se presentan de 0.8 a 1 cuadro de episodios por año y en países subdesarrollados seis cuadros por año en niños menores de 5 años. Por lo que refleja la situación actual donde se realizará el estudio de investigación en el anexo de San Gregorio, Provincia de Camaná y Departamento de Arequipa. Ya que este problema es un impedimento para realizar la valoración adecuada de la evaluación del desarrollo psicomotor y estimulación temprana en niños enfermos, por encontrarse irritable, molesto, no coopera durante la evaluación en algunos casos esta desnutrido, anémico, puede llegar a hospitalizarse y la duración de la diarrea puede ser

entre 1 y 7 días (promedio, ya que algunas pueden extenderse por más tiempo) hasta 4 semanas. Por lo que no se podría detectar precozmente los factores de riesgo y alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño(a), para una intervención oportuna y adecuada. Este problema es de relevancia Humana en la sociedad.

1.2.1. Análisis de Variables

Variables Asociadas:

Diarrea con Problemas del Desarrollo Psicomotor

1.2.2. Nivel del Problema :

Descriptivo y Relacional

1.2.3. Interrogantes

¿Cuál es el nivel de desarrollo psicomotor en niños con diarrea?

¿Cómo influye el nivel de instrucción y edad de la madre en el desarrollo psicomotor del niño?

1.2.4. Tipo de Investigación :

Investigación de Campo

1.2.5. Operacionalización de variables

Variables	Definición	Indicadores	Definición de Indicadores
Diarrea	Es la presencia de heces líquidas o semilíquidas con aumento en el número y cantidad de deposiciones, así como una disminución de la consistencia de las mismas de 3 o más deposiciones en 24 horas.	Aguda	Consecuencia de infecciones bacterianas o víricas, por intoxicaciones, o ingestión de productos irritantes, efecto secundario de algunos fármacos y alergias a alimentos, así como en algunas alteraciones psíquicas.
Desarrollo	Adquisición de habilidades que se observa en el niño de forma continua durante toda la infancia. Corresponde tanto a la maduración de las estructuras nerviosas (cerebro, médula, nervios y músculos...) como al aprendizaje que el bebé -luego niño- hace descubriéndose a sí mismo y al mundo que le rodea. (DESARROLLO PSICOMOTOR Y ATENCIÓN TEMPRANA. Dr. Juan Narbona García Especialista en Pediatría Consultor. Departamento de Pediatría CLINICA UNIVERSITARIA DE NAVARRA	Motora grueso	Coordinación de los movimientos corporales generales y específicos (ejemplo: caminar, sentarse)
		Motora fina	Actividades que requieren un ajuste de los movimientos con los órganos sensoriales, (ejemplo: seguir con la mirada, girar la cabeza hacia la fuente de un sonido)
		Lenguaje	Posibilidad de comunicarse y comprender. Abarca el lenguaje verbal y no verbal (ejemplo. Sonidos, vocalizaciones, gestos).
		Social	Capacidad de un niño para responder frente a la presencia y estímulo de otra persona, al igual que el aprender por medio de imitación (ejemplo: gesticular frente a la cara de un adulto, sonreír)

1.3. Justificación

En el inicio de una formación profesional son muchas las dudas que surgen en relación con el desarrollo psicomotor y las diarreas por lo que se considera importante estudiar esta problemática ya que en la actualidad las madres de familia no le dan la debida importancia a los episodios de diarrea que presentan sus niños a los cuales no se les puede realizar adecuadamente su evaluación psicomotora, lo que resulta ser una situación cada vez más preocupante y alarmante. Por lo que se ha considerado aplicar el estudio en el 1 anexo de San Gregorio que no cuenta con un adecuado saneamiento básico, ya que el agua que consume viene directamente del río, esta a veces es tratada y las madres de familia son de nivel socioeconómico bajo y medio, quienes no practican hábitos adecuados de higiene y los niños menores de 1 año presentan 4 episodios de diarrea por año, lo cual impide realizar adecuadamente su evaluación del desarrollo psicomotor, ya que el niño presenta complicaciones como: baja de peso, é irritabilidad, y no responde a la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor, lo cual dificulta en el niño y poder dar un diagnóstico apropiado de riesgo o retraso y detectar precozmente para brindar estimulación temprana de acuerdo a su edad.

2. MARCO CONCEPTUAL

CONCEPTOS BÁSICOS

2.1. CONCEPTO DE CRECIMIENTO

“El crecimiento es un proceso dinámico que comienza en el momento de la concepción y finaliza en la edad adulta. La capacidad de crecimiento está genéticamente codificada, pero es la interacción entre factores hormonales, estado nutricional y salud quien determina un crecimiento óptimo y éste a su vez viene dado por unos patrones de crecimiento que guardan relación con los grupos a los que se pertenece”. (1)

2.2. CONCEPTO DE DESARROLLO

“El desarrollo consiste en la adquisición progresiva de las capacidades motoras y cognoscitivas durante la infancia. Dichas capacidades podemos dividir las en cinco áreas principales, como son: motor grueso, motor fino / adaptativo, personal / social, del lenguaje y cognoscitivo”.(2).

(1) Blay Cortés M^a Guadalupe Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria Policlínica Sagasta. Zaragoza). © Copyright 2001 Saludalia Interactiva - Todos los derechos reservados.

(2) Franco Hernández r. Ricardo Narbona García Juan Especialista en Pediatría Consultor. Departamento de Pediatría CLINICA UNIVERSITARIA DE NAVARRA.

2.3. CONCEPTO DE DESARROLLO PSICOMOTOR

“El término desarrollo psicomotor designa la adquisición de habilidades que se observa en el niño de forma continua durante toda la infancia. Corresponde tanto a la maduración de las estructuras nerviosas (cerebro, médula, nervios y músculos...) como al aprendizaje que el bebé - luego niño- hace descubriéndose a sí mismo y al mundo que le rodea”. (3).

2.4. VALORACIÓN DEL DESARROLLO

a). AREA MOTORA GRUESA:

O Motricidad Gruesa originada en desarrollo de mejor control y aumento de fuerza en sentido céfalo caudal y de proximal a distal. Significa que aparece primero el sostén de la cabeza, control de los músculos del cuello luego gira sobre su cuerpo, controla el tronco, se sienta, gatea y finalmente movimiento de brazos y piernas a fines del primer año da sus primeros pasos y movimiento de las manos y dedos. Comprende la motilidad gruesa movimiento gruesos o coordinación corporal general y específica: reacciones posturales y locomoción utilizando partes grandes del cuerpo, tronco y extremidades.

(3) Documento elaborado por Dra. M^a Dolores Sánchez García. (Año 2001) www.ortoinfo.com.

También se dice capacidad del cuerpo para integrar la acción de los músculos largos, con el objeto de realizar determinados movimientos.

b). AREA MOTORA FINA:

O Motricidad Fina. Al nacer el niño mantiene sus manitos preferentemente empuñadas y existe una prensión refleja. Luego comienza a abrirlas liberando el pulgar. Enseguida comienza a tener prensión voluntaria inicialmente con todos los dedos control de las manos y luego desarrollando la pinza con el pulgar. Se mide las reacciones de los niños que requieren mayor coordinación de funciones o capacidad para utilizar los pequeños músculos y realizar movimientos muy específicos: arrugar la frente, apretar los labios, cerrar el puño, recortar... y todos aquellos que requieren la participación de las manos y dedos y utilizan las partes pequeñas del cuerpo: manos, dedos, pies. En desarrollo de esta área es muy importante una adecuada visión (coordinación ojo-mano) y estimulación que lo aliente a coger objetos.

c). AREA DEL LENGUAJE:

O área Cognitiva Lingüística donde al nacer el niño tiene capacidad visual y tiene preferencia por el rostro humano, logrando mejor visión a 30 cm. Pueden imitar gestos como abrir la boca. Un niño de un mes debe seguir con la mirada si se

encuentra en estado de alerta tranquila. abarca el lenguaje verbal , como el no verbal: reacciones al sonido, soliloquio, vocalizaciones, comprensión y emociones verbales. A los 6 meses ya tienen una visión muy desarrollada. Tienen buena audición al nacer y reaccionarán ante sonidos y

especialmente la voz de su madre. El lenguaje comienza por pequeñas vocalizaciones al mes (a-a). A los tres meses se agregan consonantes (agú). Alrededor de los seis meses aparecen bisílabos (ta-ta). Al año dice dos o tres palabras. Una vez más conviene señalar que existe amplia variación en la adquisición del lenguaje y la estimulación adecuada podrá adelantarlo. Se recomienda cantar y hablarles mucho a los niños pequeños. Por lenguaje se entiende cualquier forma de expresión que permite establecer relaciones con los miembros de una comunidad (para ello pueden utilizarse palabras, gestos, sonidos, etc). De esta forma, se comunican sentimientos y se informan acontecimientos. El lenguaje y el pensamiento se desarrollan en forma simultánea.

d). AREA SOCIAL :

El comportamiento Social se refiere a la habilidad del niño para reaccionar frente a personas y para aprender por medio de la imitación El niño al nacer depende absolutamente de los adultos que lo rodean, especialmente de sus padres, aprenderá a

confiar y querer de acuerdo a como ellos responden a sus necesidades. Ya desde el mismo nacimiento va a manifestar preferencia por su madre y no deja de maravillarse al observar cuando dejamos al recién nacido luego del parto en contacto íntimo con la madre se tranquiliza. Hacia el segundo mes de vida desarrolla una sonrisa social. Cada vez que alguien se acerca lo mira con interés y sonríe. Por supuesto que esto se acentúa si se trata de sus padres, lo que se hace más notorio desde el tercer mes. Alrededor del octavo mes en cambio ya desconoce a los extraños y llora ante una situación nueva o molesta. Al año se interesa por juegos y comienza a desarrollar una mayor interacción social. La lactancia materna se ha visto como un elemento facilitador de un adecuado desarrollo social y emocional al favorecer el vínculo madre-hijo. Es necesario que tenga a su lado personas que le hablen, que jueguen con él y que le den muestras de afecto, ya que todos los niños necesitan mantener una relación íntima, sensible y de cariño con las personas adultas que cuidan de ellos. Desde recién nacido, el niño es capaz de dar y recibir afecto, de relacionarse con otras personas, el hecho de sentirse amado y deseado son vitales para su desarrollo interior, ya que sobre esta base se construirá su sentimiento de seguridad, de confianza en sí mismo y su capacidad para relacionarse adecuadamente con las demás personas y con el mundo en general. La atención que reciba de sus padres para lograr un desarrollo

físico y mental normal es indispensable, recordando que el niño necesita gozar de libertad para explorar y jugar, el juego es una actividad esencial del proceso del crecimiento, ya que favorece las habilidades mentales, sociales y físicas, dentro de las que destacan, la capacidad de hablar y caminar.

2.5. DEFINICIÓN DE DIARREA

La diarrea es la presencia de un aumento de la frecuencia, fluidez y volumen de las evacuaciones. (4)

La diarrea es un cambio en las evacuaciones intestinales que causa heces más blandas que lo normal. (5)

La diarrea no es una enfermedad sino el síntoma de otro trastorno. Su principal característica es la evacuación frecuente de heces acuosas, lo cual provoca una baja absorción de líquidos y nutrientes, pudiendo estar acompañada de dolor, fiebre, náuseas, vómito, debilidad o pérdida del apetito. De acuerdo con cifras de la Organización Mundial de la Salud, la diarrea es una de las principales causas de muerte en los países del Tercer mundo. (6)

(4) Dra. Ximena Triviño, Dr. Ernesto Guiraldes Dr. Gonzalo Menchaca

(5) nddic@info.niddk.nih.gov Abril 2006. National Digestive Diseases Information Clearinghouse.

(6) <http://es.wikipedia.org/wiki/Diarrea>. Enciclopedia Libre 2006.

TIPOS DE DIARREA

a. DIARREA CRÓNICA

Es aquella que dura mas de 6 semanas. Se llama diarrea al aumento de frecuencias y no a la disminución de la consistencia. La diarrea intermitente es aquella que aparece y desaparece en el lapso de muchas semanas.

b. DIARREA AGUDA

Se considera diarrea aguda a la presencia de heces líquidas o acuosas, generalmente en número mayor de tres en 24 horas y que duran menos de 14 días; la disminución de la consistencia es más importante que la frecuencia. Los lactantes alimentados al seno materno tienen evacuaciones intestinales blandas frecuentes; esto no es diarrea. (7)

Etiología

En países desarrollados los agentes más frecuentes son los virus. Y en los países en desarrollo son los procesos bacterianos y parasitarios. La causa de la diarrea puede variar dependiendo de la época estacional o de la edad del niño, de tal modo que las

(7) Mota Fernández Felipe. Jefe del servicio de Hidratación Oral del Hospital Infantil de México Federico Gómez. Programa de Actualización Continua en pediatría. 1996.

gastroenteritis víricas se encuentran más frecuentemente en los primeros años de la vida y en los meses de invierno y las de origen bacteriano, en los meses de verano y principio de otoño y en niños mayores o en edad escolar.

Los virus son la causa principal de las diarreas deshidratantes en niños menores de dos años, siendo el rotavirus del grupo A, serotipos G3 y G1, son los responsables de la mayoría de los episodios de diarreas agudas deshidratantes en niños.

Las enterobacterias, como *Escherichia coli*, *Salmonella* sp, *Shigella*, *Campylobacter jejuni* y *Vibrio cholerae* 01, producen diarrea a través de diversos mecanismos:

1. Liberación de enterotoxinas (*V. cholerae* 01, *E. coli* enterotoxigénica) que aumentan la secreción intestinal de agua, sodio y cloro;
2. Enteroinvasión (*E. coli* enterohemorrágica) con disolución de la mucosa y del borde en cepillo}
3. Proliferación intracelular, previa invasión de la mucosa (*Shigella*) con aparición de sangre en las evacuaciones, paso de microorganismos a la circulación sanguínea (bacteremia) y algunas veces sepsis.
4. *Shigella dysenteriae*, produce además enterotoxinas que estimulan la secreción de agua y sodio en el intestino delgado y neurotoxinas que causan manifestaciones neurológicas, desde convulsiones hasta estado de coma.

5. Algunos parásitos producen diarrea sanguinolenta (*Entamoeba histolytica*) o diarrea prolongada (*Giardia lamblia*). El mecanismo de producción de diarrea es a través de enteroinvasión (*E. histolytica*) o enteroadhesión (*G. lamblia*), en donde el daño más grave es de carácter nutricional.

Reservorio

El reservorio de los agentes de las diarreas infecciosas es el hombre, exceptuando el caso de *Salmonella* que es de origen animal.

Mecanismo de transmisión

Se produce por vía fecal-oral, o ano boca entendido éste como la salida del agente infeccioso con la materia fecal y su ingestión, casi siempre a través de las manos contaminadas o de fomites. Los Rotavirus pueden encontrarse sobre los juguetes y otras superficies duras. El agua es el vehículo principal y los alimentos. Las manos actúan como foco de contagio y transmisión de estas infecciones.

Otro mecanismo de transmisión frecuente es la ingestión de alimentos contaminados o de agua, otras bebidas o hielo, no sometidos a algún proceso de purificación. Algunos factores de riesgo en el huésped son: el estado nutricional (círculo vicioso diarrea-desnutrición-diarrea); enfermedades previas

de tipo anergizante (sarampión); ablactación temprana o ausencia de alimentación al pecho materno; saneamiento deficiente (carencia de agua potable, fecalismo); falta de educación y hábitos higiénicos; ignorancia o patrones culturales adversos (suspensión de alimentos, no aceptación de medidas sanitarias y de manejo oportuno del paciente), y económicos (limitantes a la incorporación de obras de saneamiento, adquisición de nutrientes y búsqueda de atención médica).

Periodo de Incubación

Esta entre 1 a 3 días. Afecta a lactantes y niños menores de 2 años.

Causas de diarreas infecciosas: gérmenes frecuentes

- Virus: Rota virus, entéricos, etc.
- Bacterias; Escherichia Coli, Salmonella, Shigella, Cólera, etc.
- Parásitos; Entamoeba histolytica, Giardia, Criptosporidium, etc.
- Medicamentos.
- Trastornos funcionales.
- Sensibilidad alimentaria. La diarrea es un mecanismo de respuesta del organismo frente a un agente agresor.

Clases de Diarreas:

- Diarrea acuosa: Heces líquidas, Vómitos, Fiebre, apetito disminuido.

- Diarrea disentérica: Heces líquidas con sangre, acompañado de Fiebre elevada, Mal estado general, Cólicos y tenesmo.

Diagnóstico

No se necesitan estudios complementarios de laboratorio como el Coprocultivo (estudio para búsqueda de causa bacteriana) o parasitológicos en materia fecal ya que la mayoría son cuadros autolimitados y de origen viral.

Complicaciones

Deshidratación (pérdida excesiva de agua y electrolitos)

Población Susceptible:

La diarrea infecciosa aguda constituye una de las principales causas de muerte en la infancia. Afecta a niños de cualquier edad y estrato social siendo los más susceptibles:

- Niños pequeños no alimentados a pecho.
- Alimentados en forma deficiente o niños desnutridos.
- Asistentes a guarderías.

- Los que viven bajo inadecuadas condiciones de higiene y con falta de control de excretas.
- Presencia de aguas contaminadas.
- Niños con problemas inmunológicos.

Tratamiento

- Administrar líquidos. En casos de deshidratación es preferible utilizar líquidos con sales. Suero oral.
- Seguir alimentando
- En lactantes: Continuar con la lactancia materna.
- En niños mayores: Evitar dulces, grasas, condimentos e irritantes. se sugiere: plátano, cereal de arroz, avena, manzana cocida, pan tostado, pollo o pavo.
- Vigilar las evacuaciones y las condiciones del niño: Las características de consistencia, olor, color, número y volumen aproximado de las evacuaciones pueden ayudar a determinar el estado general del paciente y también se sugiere vigilar las características y número del vómito

Prevención

- Promoción de la Lactancia materna.
- Medidas de Higiene; lavarse las manos con agua y jabón antes de comer o preparar alimentos y después de ir al baño.
- Adecuada eliminación de excretas.
- Tapar la comida y el agua para beber.

- Seguir indicaciones y pautas alimentarias.
- En niños no uso de medicamentos antiperistálticos ni antieméticos (contra los vómitos) .
- No Antibióticos, las diarreas son víricas. Sólo en casos de infección por *Salmonellas*, *Campylobacter* o *Shigellas*.
- Lavado de frutas y verduras.
- Hervido de agua no potable durante 5 minutos.

3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

1. El desarrollo saludable del cerebro tiene un impacto directo sobre las habilidades cognitivas. La nutrición inadecuada antes del nacimiento y en los primeros años de vida puede influir seriamente en el desarrollo cerebral y llevar a desórdenes neurológicos y trastornos de conducta, tales como los problemas de aprendizaje (Carnegie Task Force on Meeting the Needs of Young Children. Starting Points. (New York, NY: Carnegie Corporation, 1994).
2. Sin embargo, nuevas investigaciones llevadas a cabo por neurobiólogos y otros investigadores han demostrado también la importancia de la estimulación apropiada durante los primeros años. (Begley, Sharon. "Your Child's Brain". Newsweek. 19 de Febrero de 1996, pag, 55-61).
3. Las experiencias de la infancia determinan qué neuronas se usan, las cuáles conectarán los circuitos del cerebro. Aquellas neuronas que no se utilicen pueden morir. Las experiencias de la infancia determinan si el niño "crece inteligente o lento; miedoso o seguro de sí mismo; locuaz o

callado" ((Begley, Sharon. "Your Child's Brain". Newsweek. 19 de Febrero de 1996, pag, 55-61).

4. Este paradigma emergente sugiere que el desarrollo tiene "periodos críticos", en cuanto a la influencia del entorno y cómo se conecta el cerebro de un individuo para funciones tales como: matemática, lenguaje, música y actividad física. Si estas oportunidades se pierden --si el cerebro no recibe la estimulación apropiada durante un de estos "periodos críticos"-- es muy difícil para el cerebro, aunque muchas veces no imposible, reconectarse más tarde. (Rutter, Michael and Marjorie. *Developing Minds: Challenge and Continuity Across the Life Span*. (New York: Harper Collins, 1993).
5. Los periodos críticos de los primeros años son: control emocional, de 0 a 2 años; visión, de 0 a 2 años; apego social, de 0 a 2 años; vocabulario, de 0 a 3 años; segundo idioma, de 0 a 10 años; matemática/lógica de 1 a 4 años; música, de 3 a 10 años (Begley, Sharon. "Your Child's Brain". Newsweek. 19 de Febrero de 1996, pag, 55-61).
6. El cerebro se diferencia de la mayoría de otros órganos del cuerpo por su rápido crecimiento durante el periodo prenatal y en los primeros años de vida. El cerebro alcanza la mitad de su peso final a los 6 meses y 90% de su peso final a la edad de 8 años. El cuerpo como totalidad alcanza la mitad de su peso maduro a la edad de 10 (Rutter, Michael and Marjorie. *Developing Minds: Challenge and Continuity Across the Life Span*. (New York: Harper Collins, 1993).

7. La implicación es que el cerebro es más vulnerable al daño en algunos aspectos durante este rápido crecimiento y "los efectos del daño tienden a diferir de acuerdo a cuando estos ocurren" (Rutter, Michael and Marjorie. *Developing Minds: Challenge and Continuity Across the Life Span*. (New York: Harper Collins, 1993).
8. "El desarrollo del niño en la primera infancia comprende, por una parte, atender a las necesidades básicas de salud y seguridad, y por otra, favorecer el crecimiento multidimensional de su desarrollo mental, emocional y social. El cuidado infantil, es decir, las medidas necesarias para la custodia del niño y su desarrollo, es decir, su estimulación social y psicológica, no debe considerarse por separada. Los programas que proporcionan atención infantil también deben incorporar metas de desarrollo. Asimismo, los programas destinados a mejorar el desarrollo en la primera infancia, deben considerar las necesidades de las familias. En resumen, deben responder al bienestar completo del niño. Esto incluye la familia y la comunidad" Fuente: Kotlitarenco, Nobili & Cortes.
9. La habilidad del niño para pensar, para establecer relaciones y desarrollarse al máximo de su potencial está directamente relacionada con el efecto de una buena salud, una buena nutrición y una interacción social apropiada. Numerosas investigaciones han demostrado que el desarrollo temprano del cerebro y la necesidad de una buena salud y nutrición son importantes. Así mismo, las intervenciones para la infancia temprana en los programas

de salud y nutrición aumentan las posibilidades de supervivencia de los niños menores y, en los programas de educación, preparan los niños para la escuela, mejorando su rendimiento escolar y reduciendo la necesidad de repitencia. Cada vez mas madres trabajan fuera del hogar y existen mas hogares jefaturados por mujeres sin pareja, en estos casos los servicios de cuidado y atención al niño han aumentado su demanda. El ofrecer servicios de atención al niño permite que las mujeres continúen su educación y aprendan nuevas habilidades. De ese modo satisfacen a las necesidades intersecadas tanto de las mujeres como de los niños. Una Base Teórica para Invertir en el Desarrollo Infantil Temprano (A Theoretical Basis for Investing in Early Child Development).

10. Los mecanismos por los que la pobreza afecta al desarrollo de los niños, no solo se explica por la falta de alimentación, techo, higiene, etc., sino que estos recorren un camino más complejo. En primer lugar, esta la acumulación de situaciones carenciales y traumáticas. Ella hace probablemente que una serie de disfunciones en la vida familiar o en la relación de crianza adquiera un valor especial. Conferencista: Ana Cerutti Autores: Canetti A., Cerutti A., Navarrete C., Schwartzmann L., Roba O., Zubillaga B.

11. Está en continuidad con el desarrollo del embrión y del feto: el sistema nervioso se configura, las células nerviosas se multiplican, se desplazan y llegan a hacer las conexiones oportunas en un perfeccionamiento continuo desde la tercera semana después de la concepción hasta el

nacimiento, la infancia y la edad adulta. Globalmente, las secuencias del desarrollo son las mismas en todos, mientras la velocidad y fechas de adquisición precisas dependen de cada niño y de factores diversos: su potencial genético, el ambiente que le rodea, el mismo temperamento del niño, la existencia o no de enfermedad, etc. Dr. Juan Narbona García Especialista en Pediatría. Consultor. Departamento de Pediatría CLINICA UNIVERSITARIA DE NAVARRA.

12. El desarrollo del niño y su crianza, están determinados no solo por aquellos factores que operan en la intimidad de la diada madre-hijo, en el seno del hogar, sino además por otros contextos: familiares, comunitarios, laborales, macro sociales y políticos. Es importante conocer acerca del desarrollo del niño, así como el papel que la familia tiene en el desarrollo. Seguir paso a paso los cambios que le ocurren al niño desde su nacimiento, observen sus progresos, es motivo para plantearse la necesidad de implementen acciones que estimulen en los padres capacidades y destrezas para la crianza de sus hijos. Esto es aun mas urgente en sectores desaventajados socialmente, que es a quien va dirigido este Programa. Esto implica que para garantizar el adecuado desarrollo del niño y asegurarle una mejor calidad de vida debemos mejorar cualitativamente su entorno inmediato. Todos los padres aman y desean lo mejor para sus hijos, pero algunos no saben como estimularlos mejor, o están muy abrumados por su trabajo y dificultades de la sobre vivencia. Debido a que la relación entre padres e hijos se ve afectada por fuentes externas de tensión, las intervenciones en estos sectores requiere

manejar temas mas amplios: de salud, legal, nutrición, etc.,
pare promover efectos duraderos de los programas de
atención. Contacto y/o sugerencias:

webmaster@unimet.edu.ve COPYRIGHT © 1999
UNIVERSIDAD METROPOLITANA. Ultima actualización:
15/02/99.

13. Cuando se evalúa un niño con falta de progreso ponderal sin causa aparente, el médico debe basar el diagnóstico en una buena Anamnesis y un completo examen físico, más que en exámenes de laboratorio. Las siguientes variables deben ser investigadas:

- Antecedentes gestacionales y perinatales.
- Historia alimentaría, incluyendo lactancia materna, lactancia artificial, introducción de sólidos, quién alimenta al niño, lugar y posición al alimentar, vómitos, y características de las deposiciones.
- Desarrollo psicomotor y emocional. Rutina diaria del niño.
- Anamnesis psicosocial que incluya: composición del núcleo familiar, trabajo de los padres, ingreso familiar, posibles factores actuales o anteriores de estrés, aislamiento social, antecedentes maternos de depresión, de abuso o de abandono durante la niñez. Es importante además, evaluar las creencias de los padres respecto a la crianza.
- Historia familiar que incluya: talla, peso y desarrollo psicomotor de los padres y hermanos, antecedentes que apunten hacia una talla baja constitucional y a

enfermedades hereditarias. (Dra Pascuala Urrejola N. Dra. M. Isabel Hodgson B).

14. La supervisión del crecimiento y del desarrollo físico ha sido tradicionalmente una de las actividades esenciales del pediatra desde la creación de la especialidad, hace más de 100 años, en un mundo en el que el hambre, la desnutrición y las infecciones eran las principales causas de mortalidad y subdesarrollo infantiles. Si analizamos globalmente la situación de hoy en día, podemos ver que los trastornos antes mencionados siguen siendo las causas principales de alteración del desarrollo físico. Los principales mecanismos causales y etiologías son:

- Aporte insuficiente de nutrientes
- Aumento de pérdidas (digestivas o renales)
- Aumento de los requerimientos
- Hipoxemia tisular
- Metabolopatías
- Endocrinopatías
- Trastornos genéticos con déficit primario de DF
- Trastornos perinatales
- Infecciones crónicas
- Miscelánea

El concepto evolutivo es crucial en el desarrollo psicomotor del niño. Sabemos asimismo que existen periodos críticos para el desarrollo de ciertas funciones neuropsicológicas, por lo que la ausencia de un estímulo concreto en un período crítico puede llevar a una alteración en el desarrollo o incluso a la anulación de

alguna de sus funciones. Por: José Galbe Sánchez-Ventura Pediatra INSALUD.

4. OBJETIVOS

1. Determinar la relación existente entre la diarrea y el desarrollo psicomotor en el niño menor de 1 año de edad en el anexo de san Gregorio Distrito de Nicolás de Piérola, Provincia de Camaná.
2. Determinar la influencia de la diarrea en el desarrollo psicomotor del niño menor de 1 año de edad en el anexo de san Gregorio Distrito de Nicolás de Piérola, Provincia de Camaná.
3. Determinar como influye el nivel de instrucción y edad de la madre en el desarrollo psicomotor del niño menor de 1 año de edad en el anexo de San Gregorio Distrito de Nicolás de Piérola, Provincia de Camaná.

5. HIPÓTESIS

Dado que la diarrea es un proceso infeccioso que afecta al desarrollo integral del niño, por consistir un estado de morbilidad; en el menor de 5 años, población mas vulnerable a enfermedades prevalentes.

Es probable que haya niños con episodios de diarrea que presentan riesgo ó retraso en el desarrollo psicomotor.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas é Instrumentos y Materiales de Verificación

Variable	Indicador	Técnica	Instrumento	Ítem
Diarrea	Aguda	<ul style="list-style-type: none"> • Observación documentada • Entrevista 	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha de observación • Cédula de entrevista 	<ul style="list-style-type: none"> • 2,4,5,12,13,15,16 • 1,2,3,4,5,6,9
Desarrollo Psicomotor	<ul style="list-style-type: none"> • Motor grueso • Motor fino • Social • Lenguaje 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista a la madre • Observación 	<ul style="list-style-type: none"> • Cédula de entrevista • Escala Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) 	<ul style="list-style-type: none"> • 7,8,10 • desde el ítem 1 hasta el 55

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación Espacial :

El Anexo de San Gregorio esta ubicado en el Distrito de Nicolás de Piérola, Provincia de Camaná-Departamento de Arequipa. El anexo de San Gregorio como actividad principal tiene la agricultura (arroz), la pesca (camarón). Tiene un tasa de dependencia económica alta de 202.5. Y la tasa de actividad económica del PEA en la población femenina de 15 y más años es de 27 %. Población urbana 61%, por sexo femenino 48%, vivienda con agua 35%, viviendas con desagüe 18%(ENDES 1993).

2.2. Ubicación Temporal : año 2005

2.3. Unidades de Estudio : 75 % (45) de la población de Niños menores de 1 año y madres que residen en el anexo de San Gregorio. (Fuente : INEI población 2005)

CUADRO N°1

EDAD Y SEXO DEL MENOR DE 1 AÑO ATENDIDO DEL ANEXO DE SAN GREGORIO- DISTRITO DE NICOLAS DE PIEROLA CAMANA-AREQUIPA 2005

EDAD \ SEXO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	%
	N	%	N	%		
0 – 3 m	1	2	0	0	1	2
4 – 6 m	6	13	7	16	13	29
7 – 9 m	11	24	8	18	19	42
10 – 11 m	2	4	10	22	12	27
F TOTAL	20	44	25	56	45	100

Fuente: Historias Clínicas del Centro de Salud San Gregorio 2004-2005

El presente cuadro se observa que la población seleccionada de los niños menores de 1 año de se evalúa a 45 niños atendidos en el Centro de Salud San Gregorio con sus Historias Clínicas respectivas, de la cual se irá detectando a los niños en riesgo o en retraso, teóricamente se tiene 44% (20) de sexo masculino y 56% (25) de sexo femenino y por grupo etareo predomina de 7 a 9 meses.

3. Estrategia de Recolección de Datos

3.1. Tiempo : 2 meses

3.2. Recursos:

- Humanos (La Investigadora)
- Materiales de escritorio: papel, lapiceros, Historias clínicas, (baterías para la evaluación del desarrollo psicomotor).
- Financieros: compra de materiales (anexo 1)

3.3. Proceso : Prueba de instrumentos (Test Abreviado, Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor) (Historias Clínicas). Fichas de observación estructurada).

3.4. Adiestramiento : A las madres de los niños para que colaboren con el interrogatorio en la cédula de entrevista.

3.5. Coordinación: Revisión de instrumentos
Búsqueda de Sujetos en su domicilio
Ratificación de la Información
Organización de datos.

3.6. Supervisión : de la calendarización de actividades y que se cumpla con lo programado.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

ACTIVIDADES TIEMPO	MES Enero, Febrero 2005	MES Marzo , Abril 2005	MES Mayo 2005	MES Junio, Julio 2005
1. Recolección de datos.	X	X		
2. Estructuración de resultados.		X	X	
3. Informe Final.				X

BIBLIOGRAFÍA

1. ABOITIZ RIVERA, PEDIATRA Y CARDIÓLOGO. Carlos Manuel 2000, Mda Net Consulting S.A. de C. V.
2. American Academy of Pediatrics. Provisional Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Acute Gastroenteritis. The Management of Acute Gastroenteritis in Young Children. Pediatrics 1996 - 97.
3. Begley, Sharon. Una Base Teórica para Invertir en el Desarrollo Infantil Temprano "Your Child's Brain". Newsweek. 19 de Febrero de 1996, pag, 55-61).
4. Cerutti Ana Conferencista: Autores: Canetti A., Cerutti A., Navarrete C., Schwartzmann L., Roba O., Zubillaga B.
5. Cortés Blay, M^a Guadalupe Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria Policlínica Sagasta. Zaragoza). 2001. Saludalia Interactiva.
6. Galbe Sánchez José- Ventura Pediatría INSALUD
7. García A. José A., Valencia M. Pedro, Lic. Amador C. Fabiola, Sánchez C. David, MD Oficina de Recursos Educativos - FEPAFEM. Última actualización: Mayo 2003 .
8. Hernandez Franco, Ricardo .Kotlitarenco, Nobili & Cortes. Narbona García Juan, Especialista en Pediatría Consultor. Departamento de Pediatría CLINICA UNIVERSITARIA DE NAVARRA). (DESARROLLO PSICOMOTOR Y ATENCIÓN TEMPRANA
9. Mota Fernández Felipe. Jefe del servicio de Hidratación Oral del Hospital Infantil de México Federico Gómez. Programa de Actualización Continua en pediatría. 1996.
10. Rodríguez. Sierra Pedro Alberto, Profesor Asistente. Universidad Nacional. Coordinador Servicio de Lactantes, Hospital de la Misericordia.

11. Rutter, Michael and Marjorie. Developing Minds: Challenge and Continuity Across the Life Span. (New York: Harper Collins, 1993).
12. Sitemap /Avales /Alianzas /Sugerencias /Libro de Visitas/ Trabajo en Zona Pediátrica /Bibliografía /Sponsors/Disclaimer © Copyright 1999--2002, Zona Pediátrica.
13. Triviño B. Ximena, Guiraldes Ernesto, Menchaca Gonzalo, Profesores del Departamento de Pediatría. Universidad de Chile 1995.
14. Toledo Ortiz Felipe. Jefe Sección Pediatría Social y del Adolescente. H. Reina Sofía. Córdoba. INTERVENCIÓN DEL PEDIATRA EN LA GUARDERÍA Web de la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura. 1º Foro de Pediatría Extrahospitalaria en Extremadura.
15. Vergara María de los Angeles Psic. DESARROLLO PSICOLOGICO DEL LACTANTE .

HEMEROGRAFIA

1. **Revista Chilena de Pediatría.** Urrejola Pascuala N. Hodgson B Isabel. Profesores Departamento de Pediatría. Universidad Católica de Chile 2001. TRASTORNOS ALIMENTARIOS.
2. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública** Instituto Nacional de Salud 2002. INFECCIÓN POR Campylobacter Y Shigella COMO CAUSA DE DIARREA AGUDA ACUOSA EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS EN EL DISTRITO DE LA VICTORIA, LIMA - PERÚ; 19 (4) : 186-192. María Perales D1, Máximo Camiña2, Carmen Quiñones3
3. Biblioteca Virtual Salud de México en http://bvs.insp.mx/bvs_mx/E/ehome.htm doctor@geosalud.com Carnegie Task Force on Meeting the Needs of Young Children. Starting Points. (New York, NY: Carnegie Corporation, 1994).
4. THE UNIVERSITY OF CHICAGO HOSPITALS. El Crecimiento del Niño: De 7 a 9 Meses. 2006

PAGINA WEBB

1. webmaster@unimet.edu.ve COPYRIGHT © 1999 UNIVERSIDAD METROPOLITANA Última actualización: 15/02/99.
2. www.ortoinfo.com. Documento elaborado por Dra. M^a Dolores Sánchez García. (Año 2001)
3. dctrsergio@geocities.com © Sergio Blanco López
4. <http://www.aap.org/policy/gastro.htm> A Theoretical Basis for Investing in Early Child Development
5. http://www.puc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/html/lactante/desarrollo.htm obtenida el 31 Oct 2006 13:58:51 GMT. Desarrollo Psicomotor del niño 1 año.
6. <http://es.wikipedia.org/wiki/Diarrea>. Enciclopedia Libre 2006.
7. nddic@info.niddk.nih.gov Abril 2006. National Digestive Diseases Information Clearinghouse.
8. www.elbebe.com/index.php/es/salud/desarrollo-psicomotor - 29k -Desarrollo psicomotor Su Salud - El bebé.com: bebés 0-24 meses
9. www.alemana.cl/mpa/mpa00101.html - 22k -Mi primer año - Mes 1
10. www.copeson.org.mx/medicos/crecimiento.htm
CRECIMIENTO Y DESARROLLO Y SU VALORACIÓN. Dr. Ricardo Franco Hernández.

ANEXO (2)

FICHA DE OBSERVACIÓN ESTRUCTURADA

1. Fecha de aplicación de la Ficha:
2. N° Historia Clínica :
3. Dirección:
4. Edad del niño :
5. Sexo: M () F ()
6. Verificar controles: Tiene controles según su edad Si () No ()
7. Diagnóstico de Evaluación Psicomotora:
Normal () Riesgo () Retraso ()
8. Diagnóstico del área a Evaluar: Normal = N, Riesgo = R, Retraso =
Re
- Motora ()
- Lenguaje ()
- Coordinación ()
- Social ()
9. Observación de conductas: (Tiene carné con controles) Si () , No ()
)
10. Diarrea en el transcurso del año : No tuvo () Si tuvo ()
11. Episodios de diarrea : 1 () , 2 () , 3 () , más de 4 ()
12. Observar si brinda Lactancia materna: si () no ()
13. Observar el estado de salud actual: sano si () no ()

Observaciones :

.....

ANEXO (3)

CEDULA DE ENTREVISTA A LA MADRE

Nivel de instrucción de la madre:

Edad de la madre:

Nivel socioeconómico de los Padres: Bueno () Regular () bajo ()

1. Ud., Sabe que es la diarrea : si () no ()
2. Conoce los diferentes tipo de diarrea: si () no ()
Cuales :
.....
3. Ud., ha visto al niño: boca seca, ojos hundidos, llora sin
lágrimas :
si () no ()
4. Si lo lleva Ud., cree que responde a la evaluación realizada:
si () no ()
5. Sabe cuando le toca el control a su niño : si () no ()
6. Si el niño tiene diarrea lo lleva la establecimiento de Salud :
si () no ()
7. Usted cree que su niño con diarrea se atrasa en su
desarrollo psicomotor: si () no ()
8. Ud. reconoce las alteraciones del desarrollo psicomotor de
su niño cuando esta enfermo: si () no ()
9. Usted estimula a su niño cuando esta con diarrea : si ()
no ()
10. Ud., sabe que actividades de estimulación temprana se
realiza cuando el niño esta enfermo: si () no ()

Gracias.

ANEXO 4

**HOJA DE REGISTRO
ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR(EEDP)
0 - 2 AÑOS**

NOMBRE DEL NIÑO _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

FECHA DE EVALUACIÓN : _____

PESO - TALLA _____

N° DE FICHA _____

ESTABLECIMIENTO _____

NOMBRE DE LA MADRE _____

RESULTADOS DE LA PRIMERA EVALUACIÓN:

EDAD MENTAL _____

EDAD CRONOLÓGICA _____ DIAS _____ MESES _____

EM / EC _____

COEFICIENTE DE DESARROLLO(CD) _____

DESARROLLO PSICOMOTOR: NORMAL RIESGO RETRASO
(>=85) (84 - 97) (<=69)

PERFIL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

AREA \ EDAD DE MESES	EDAD DE MESES															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	15	18	21	24	
COORDINACIÓN	4	8	12 13	16 17	22 23	27 28 29	32 35	39	43 44	46 48 49	52	57 58 59	64 65	68	75	
SOCIAL	1	6 7 8	11	20	21	30	34	45	47 50	54		61	70	73		
LENGUAJE	2	7 10	12 15	17 20	21	30	33	40	45	50	54 55	60	61	66 67 69	72 74	
MOTORA	3 5	9	14	18 19	24 25	26	31	36 37	41 42	51 53	56	62 63		71		

PROTOCOLO DE ESCALA DE EVALUACIÓN DE DESARROLLO DEL NIÑO 0 A 2 AÑOS

NOMBRE DEL NIÑO _____
 FECHA DE NACIMIENTO _____
 N° DE FICHA _____
 ESTABLECIMIENTO _____

EDADES DE EVALUCION (meses)

	2	5	8	12	15	18	21
Fecha de evaluación							
EM/EC							
CD							
Examinador							

ED AD	ITEM	Pu n taje	EDADES DE EVALUACIÓN (meses)						
			2	5	8	12	15	18	21
1 ME S	1 (S) Fija la mirada en el rostro del examinador	6 c/u							
	2(L) Reacciona al sonido de la campanilla								
	3(M) Aprieta el dedo índice del examinador								
	4(C) Sigue con la vista la argolla(Áng. 90 grados)								
	5(M) Movimiento de la cabeza en posición								
2 ME SES	6(S) Mímica en respuesta al examinador	6 c/u							
	7(LS) Vocaliza en respuesta a la sonrisa y conversación								
	8(CS) Reacciona ante el desaparecimiento del examinador								
	9(M) Intenta controlar la cabeza al ser llevado a posición sentada								
	10(L) Vocaliza dos sonidos diferentes								
3 ME SES	11(S) Sonríe en respuesta a la sonrisa del examinador	6 c/u							
	12(CL) Busca con la vista la fuente del sonido								
	13(C) Sigue con la vista la argolla(áng. 180 grados)								
	14(M) Mantiene la cabeza erguida al ser llevada a posición								
	15(L) Vocalización prolongada								

	ITEM	Pun taje	EDADES DE EVALUACIÓN						
			2	5	8	12	15	18	21
4 ME SES	16(C) La cabeza sigue la cuchara que desaparece	6							
	17(CL) Gira la cabeza al sonido de la campanilla	c/u							
	18(M) En posición prona se levanta a si mismo								
	19(M) Levanta la cabeza y hombro al ser llevado a posición prona								
	20(SL) Ríe a carcajadas								
5 ME SES	21(SL) Vuelve la cabeza hacia quien le habla	6							
	22(C) Palpa el borde de la mesa	c/u							
	23(C) Intenta presión de la argolla								
	24(M) Empuja hasta lograr la posición sentada								
	25(M)Se mantiene sentado con breve apoyo								
6 ME SES	26(M) Se mantiene sentado solo momentáneamente	6							
	27(C)Vuelve la cabeza hacia la cuchara caída	c/u							
	28(C) Coge la argolla								
	29(C) Coge el cubo								
	30(LS) Vocaliza cuando se le habla								
7 ME SES	31(M) Se mantiene sentado sólo, por 30 seg. o más	6							
	32(C) Intenta agarrar la pastilla	c/u							
	33(L) Escucha selectivamente palabras familiares								
	34(S) Coopera en los juegos								
	35(C) Coge dos cubos, uno en cada mano								
8 ME SES	36(M) Se sienta solo y se mantiene erguido	6							
	37(M) Empuja hasta lograr la posición de pié	c/u							
	38(M) Iniciación de pasos sostenido bajo los brazos								
	39(C) Coge la pastilla con movimiento de rastrillo								
	40(L) Dice da-da o equivalente								
9 ME SES	41(M) Se pone de pié con apoyo	6 c/u							
	42(M) Realiza movimientos que semejan pasos, sostenido bajo los brazos								
	43(C) Coge la pastilla con participación del pulgar								
	44(C) Encuentra el cubo bajo el pañal								
	45(LS) Reacciona a los requerimientos verbales								

E D A D D	ITEM	Pun taje	EDADES DE EVALUACIÓN						
			2	5	8	12	15	18	21
10 ME S	46(C) Coge la pastilla con el pulgar y el índice	6							
	47(S) Imita gestos simple								
	48(C) Coge el tercer cubo dejando uno de los dos primeros	c/u							
	49(C) Junta cubos en la línea media								
	50(SL) Reacciona al “no” “no”								
12 ME SES	51(M) Mímica en respuesta al examinador	12							
	52(C) Vocaliza en respuesta a la sonrisa y conversación								
	53(LS) Se pone de pie solo	c/u							
	54(L) Entrega como respuesta una orden								
	55(L) Dice al menos dos palabras								
15 ME SES	56(MC) Camina solo	18							
	57(C) Introduce la pastilla en la botella								
	58(C) Espontáneamente garabatea								
	59(C) Coge el tercer cubo conservando los dos primeros	c/u							
	60(C) Dice al menos tres palabras								
18 ME SES	61(LS) Muestra sus zapatos	18							
	62(M) Camina varios pasos a su lado								
	63(M) Camina varios pasos hacia atrás								
	64(C) Retira inmediatamente la pastilla de la botella	c/u							
	65(C) atrae el cubo con un palo								
21 ME SES	66(L) Nombra un objeto de los cuatro presentados	18							
	67(L) Imita tres palabras en el momento del examen								
	68(C) construye una torre con tres cubos	c/u							
	69(L) Dice al menos seis palabras								
	70(LS) Usa palabras para comunicar deseos								
24 ME SES	71(MC) Se para en un pie con ayuda	18							
	72(M) Nombra dos objetos de los cuatro presentados								
	73(M) Ayuda en tareas simples	c/u							
	74(C) Apunta 4 o mas partes en el cuerpo de la muñeca								
	75(C) Construye una torre con cinco cubos								

ANEXO 5

MATRIZ DE SISTEMATIZACION DEL NIÑO

H.CL.	EDAD		CONTROLES SEGÚN EDAD		DIAGNOSTICO				EPISODIOS DE DIARREA			
	M	F	SI	NO	M	L	C	S	0	1	2	3
8968		11M		X	R	R	N	R				X
1715	11M			X	R	R	N	R				X
5911		11M	X		N	N	N	R			X	
1581		11M	X		N	N	N	R		X		
1709		11M	X		N	R	N	N			X	
681		11M	X		N	R	R	N			X	
8963	10M			X	R	R	N	N			X	
8967		10M	X		R	N	N	R			X	
1291		10M	X		R	R	N	R			X	
0030		10M		X	R	R	N	R			X	
0013		10M	X		R	N	N	R	X			
8976		10M	X		N	R	N	N	X			
0042	9M		X		N	R	N	R			X	
0047	9M		X		R	R	N	N			X	
8995	9M		X		R	R	R	N		X		
8979		9M	X		N	R	N	N	X			
9003	9M			X	N	N	R	R				X
8980	9M		X		R	N	N	R		X		
9082		9M	X		N	N	N	N	X			
8994		9M	X		N	N	N	N			X	
9016	9M		X		N	N	N	N	X			

0914		8M	X		N	N	N	N	X			
9011	8M		X		N	N	N	N	X			
9028	8M		X		R	R	N	N		X		
6240	8M		X		R	N	N	R		X		
T-1110		8M	X		N	R	N	R			X	
9017		8M	X		N	N	R	R		X		
9055	8M			X	N	R	N	R			X	
9100		7M	X		N	N	N	N	X			
9052	7M		X		N	N	N	N	X			
9054		7M	X		N	N	R	N	X			
9060		6M	X		N	N	N	N	X			
5869	6M		X		R	R	N	R			X	
9088	6M		X		R	R	N	R		X		
9059	6M		X		N	N	N	N	X			
4028		6M	X		N	N	N	N	X			
9107		6M	X		N	N	N	N	X			
9098		6M	X		N	N	N	N	X			
9063		6M	X		N	N	N	N	X			
9101	5M		X		N	R	N	R		X		
5881	5M		X		N	N	N	N	X			
9106		5M	X		N	N	N	N	X			
9145	5M			X	N	N	N	R			X	
0921		4M	X		N	N	N	N	X			
0010	3M			X	N	N	N	N	X			

ANEXO 6

MATRIZ DE SISTEMATIZACION DE LA MADRE

H. CL.	E D A D	NIVEL DE INSTRUCCION				2		4		11		12		14		16		18		19	
		sin Nivel	Pri ma	S e c u n d a r i a	S u p e r i o r	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
8968	26		X			X		X		X		X		X		X		X		X	
1715	30		X			X		X	X		X	X		X		X		X		X	
5911	22				X	X		X	X		X	X		X		X		X		X	
1581	26		X			X		X	X		X	X		X		X		X		X	
1709	20			X		X		X		X		X	X		X		X		X		X
681	23				X	X		X		X		X		X		X		X		X	
8963	24				X		X		X		X	X		X		X		X		X	
8967	26		X			X		X	X		X	X		X		X		X		X	
1291	24			X		X		X		X		X	X		X		X		X		X
0030	15			X		X		X		X		X		X		X		X		X	
0013	18			X		X		X				X	X		X		X				X
8976	23			X		X		X	X		X	X		X		X		X			X
0042	22			X		X		X	X		X	X		X		X		X		X	
0047	30			X		X		X		X		X	X		X		X				X
8995	21				X	X		X		X		X	X		X		X		X		X
8979	33		X			X		X		X		X	X		X		X		X	X	
9003	19		X			X		X	X		X	X		X		X		X			X

8980	25			X		X			X		X		X	X		X			X		X	
9082	30	X				X			X	X		X		X				X	X			
8994	34	X					X		X		X	X		X			X		X		X	
9016	29				X	X			X	X		X		X		X		X		X		
0914	32			X		X			X	X		X		X		X		X		X		
9011	19			X			X		X	X			X	X		X		X		X		
9028	24				X	X			X	X			X	X		X		X			X	
6240	23				X	X			X	X	X		X	X		X		X			X	
T-1110	40		X				X		X	X		X		X		X		X			X	
9017	23			X			X		X	X			X	X		X		X			X	
9055	26			X		X			X	X			X	X		X		X			X	
9100	32				X		X		X	X		X		X		X		X	X			
9052	33			X		X			X	X			X	X		X	X		X			
9054	24		X			X			X		X		X	X		X		X			X	
9060	20				X	X			X	X		X		X		X		X			X	
5869	19			X		X			X	X			X	X		X	X		X			
9088	22			X		X			X	X			X		X	X		X		X		
9059	27				X	X			X	X			X	X		X		X		X		
4028	22			X			X		X	X			X	X		X		X	X			
9107	23			X		X		X		X			X	X		X		X		X		
9098	28			X		X			X		X	X		X		X		X		X		
9063	22			X			X		X	X			X	X		X	X				X	
9101	36		X			X			X	X			X	X		X		X		X		
5881	26				X	X			X	X			X	X		X		X			X	
9106	21				X		X		X	X			X	X		X		X		X		
9145	32			X		X			X		X		X	X		X		X		X		
0921	32		X			X			X	X		X		X		X		X		X		
0010	35			X		X			X	X		X		X		X		X		X		

Diarrea

Aumento de deposiciones, 3 ó mas de consistencia líquida en 24 horas ò 1 sola con moco y sangre.



Cuáles son los Síntomas?

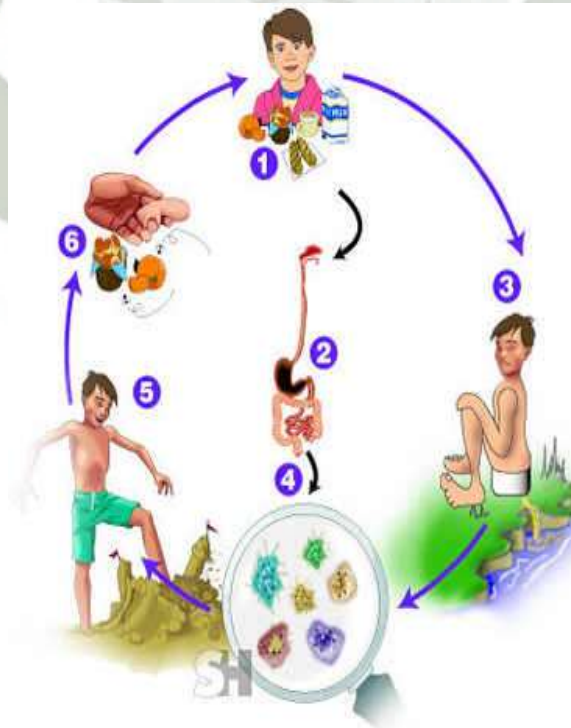
Dolor abdominal; náuseas; vómitos; espasmos abdominales,

comúnmente conocidos como retorcijones; fiebre, y pérdida del apetito.

Causas

Consumo de alimentos en mal estado, una infección, medicamentos que afecten al aparato gastrointestinal.

Ciclo vicioso de la enfermedad



¿Cómo prevenir la Diarrea?

1. Leche materna para la protección
2. Lavarse las manos con agua y jabón después de salir del baño, luego de cambiar pañales, antes de alimentar al niño, y antes de preparar la comida.



3. Mantener la higiene de la casa, utensilios de cocina, mamaderas y juguetes.



4. Cocinar bien todos los alimentos y mantenerlos tapados.

5. Lavar bien frutas y verduras.



6. Mantener bien tapada la basura y evitar la proliferación de moscas.

7. Adecuada eliminación de excretas.

8. Limpieza adecuada de sanitarios.

9. Hervido de agua no potable durante 5 minutos.



U.C.S.M.

Lic. Natalia Flores C.

Maestría en Estimulación

Temprana Integral

PREVENCIÓN DE LA DIARREA



AREQUIPA PERU
2006



ANEXO 7

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE KENDALL

Este procedimiento estadístico para medir la correlación o asociación es complementario del coeficiente de correlación parcial de Kendall; a su vez, es una segunda opción de la correlación de Spearman.

El coeficiente, nos permite medir el nivel de asociación o correlación entre las variables en estudio. Los valores en la que se mueve este coeficiente esta entre 0 y 1. Cuando mas se acerca a 1, la correlación entre las variables en estudio son altas y viceversa.

Kendal's		Nº veces diarrea	Motora	Lenguaje	Coordinación	Social
Nº veces diarrea	Coeficiente de Correlación	1.000	0.413	0.516	0.130	0.594
	Sig. (2-tailed)	.	0.003	0.000	0.355	0.000
	N	45	45	45	45	45
Motora	Coeficiente de Correlación	0.413	1.000	0.431	-0.085	0.397
	Sig. (2-tailed)	0.003	.	0.004	0.574	0.008
	N	45	45	45	45	45
Lenguaje	Coeficiente de Correlación	0.516	0.431	1.000	0.000	0.220
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.004	.	1.000	0.144
	N	45	45	45	45	45
Coordinación	Coeficiente de Correlación	0.130	-0.085	0.000	1.000	-0.016
	Sig. (2-tailed)	0.355	0.574	1.000	.	0.916
	N	45	45	45	45	45
Social	Coeficiente de Correlación	0.594	0.397	0.220	-0.016	1.000
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.008	0.144	0.916	.
	N	45	45	45	45	45

En la presente investigación, y de acuerdo a la tabla siguiente, se establece que la variable diarrea con las variables motora, lenguaje, coordinación y social, se encuentran vinculadas de la manera siguiente:

La diarrea con la variable motora, tienen un coeficiente de kendall de 0,413, (41.3%) lo que significa que su grado de correlación no es muy alta; la diarrea con la variable lenguaje, el coeficiente de correlación es de 0.516 (51.6%), lo que significa que el nivel de asociación es relativamente aceptable; la variable diarrea con la variable coordinación, es la que presenta el menor valor de 0.130 (13%), lo que significa que la asociación entre estas dos variables es muy pobre; y por último, la diarrea con la variables social, presenta un coeficiente de correlación de kendall de 0.594 (59.4%), lo que hace suponer una correlación bastante significativa.

De la misma manera, se puede hacer un análisis entre la variable diarrea y las categorías de la variable psicomotora, para establecer el nivel de correlación entre cada una.

ANEXO 8

ESTADISTICO CH2.

Este estadístico, nos permite determinar si dos variables cualitativas procedentes de una misma población, en estudio están relacionadas entre si, basándonos en dos hipótesis denominadas hipótesis nula e hipótesis alternativa.

En el caso del presente estudio las hipótesis que se plantean son las siguientes:

Ho: No existe relación entre la diarrea y el desarrollo psicomotor

H1: Si existe relación entre la diarrea y el desarrollo psicomotor.

Corriendo el modelo en el SPSS, se obtiene los siguientes resultados:

Test Statistics	veces_diarrea	Motora	Lenguaje	Coordinación	Social
Chi-Square(a,b)	14.47	6.42	1.80	27.22	1.09
DS	3	1	1	1	1
Asymp. Sig.	0.002	0.011	0.180	0.000	0.297

- a. 0 cells (0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 11.3.
- b. 0 cells (0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 22.5.

Observando los valores del χ^2 , con los de la tabla, se concluye:

- a) Respecto al desarrollo psicomotor-motor grueso, el valor del estadístico (6,42) es menor que el χ^2 de tablas (26.3), con el 95% de significancia, razón por la cual se rechaza la hipótesis nula (H_0), lo que significa que si existe relación entre la variable diarrea y el desarrollo psicomotor
- b) Respecto al desarrollo psicomotor – lenguaje, se observa que el valor del estadístico calculado es menor que el χ^2 de la tabla, razón por la cual, igualmente se rechaza la hipótesis nula.
- c) Respecto al desarrollo psicomotor – coordinación, el estadístico χ^2 calculado, es mayor que el χ^2 de tablas, razón por la cual se acepta la hipótesis nula, lo que significa que no existe relación entre la diarrea y esta variable.
- d) Por último, respecto al desarrollo psicomotor – social, se observa que el valor del estadístico χ^2 calculado es menor que el valor de la tabla (26.3), razón por la cual se rechaza la hipótesis nula.

ANEXO 9

PROGRAMA EDUCATIVO DE PREVENCIÓN DE DIARREA DEL NIÑO MENOR DE 1 AÑO

INSTITUCIÓN:

Ministerio de Salud – Red Camaná Caravelí - Microrred San Gregorio – Anexo San Gregorio.

VISION

Que los niños menores de 1 año con EDA acudan en forma oportuna a un servicio de salud, que garantice una atención integral y con calidez, así mismo que compartan responsabilidad en la prevención y auto cuidado de la salud.

MISIÓN

Normar el proceso para el control de EDA en los niños menores de 1 año, en la atención integral del niño, garantizando la capacitación a los padres de familia, con actividades de información, educación y comunicación social. Monitoreo, supervisión y evaluación, promoviendo la participación del individuo, familia.

I. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades diarreicas constituyen un serio problema de salud en muchos países, y particularmente en niños pequeños, en los que existe una elevada mortalidad; siendo una de las principales causas de deshidratación y desnutrición, según indicó la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Esta enfermedad constituye una de las causas que ronda entre el 60 y el 80 % de las consultas pediátricas en los servicios de salud. Una de las razones que provoca la alta tasa de mortalidad es la falta de acceso de la población a una información preventiva, como también a los servicios de salud, ya sea por barreras geográficas, sociales, económicas y culturales. Además, la desnutrición que sufren muchos niños, como la falta de un sistema de distribución de agua segura provocan que muchas personas continúen siendo gravemente afectadas por las diarreas.

Por lo que es necesario aplicar un programa educativo a los padres de familia de los niños menores de 1 año del anexo de San Gregorio.

II. ANTECEDENTES

En Latinoamérica ocurren 15.282 muertes por rotavirus (principal causante de la diarrea aguda) y 75.000 niños son hospitalizados anualmente, según información de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son: Diarrea líquida, fiebre, náuseas y vómitos. Las náuseas y la fiebre por lo general desaparecen en unos dos días, pero la diarrea puede durar hasta siete días. Los antibióticos no son efectivos contra una infección por rotavirus. La preocupación más grande es evitar la deshidratación como resultado del exceso de pérdida de fluidos en la diarrea.

Los factores asociados a un mayor riesgo de enfermar e incluso de morir por enfermedad diarreica son:

A. Factores Ambientales:

- Deficiencia en el suministro de agua para el consumo
- Saneamiento ambiental
- Contaminación de los alimentos.
- Contaminación fecal del agua

B. Condiciones del niño:

- Edad,
- Estado nutricional
- Lactancia materna.
- Higiene personal deficiente (lavado de manos)
- Desnutrición
- Ausencia o prácticas inapropiadas de lactancia materna
- Peso bajo al nacer
- Esquema de vacunación incompleto
- Falta de capacitación de la madre para la higiene familiar

La enfermedad diarreica aguda continúa siendo un problema de salud pública en el mundo; afectando a los menores de 5 años, dentro de este grupo los más vulnerables son los menores de 1 año, cuyas muertes, se deben muchas veces a la falta o demanda tardía en la búsqueda de atención médica por parte de los padres.

III. JUSTIFICACIÓN

Múltiples episodios de diarrea en el primer año de vida pueden deteriorar el estado nutricional y causar graves secuelas.

La enfermedad es casi siempre infecciosa y de carácter autolimitado, los agentes causales generalmente se transmiten por vía fecal – oral y adoptan diversas modalidades, dependiendo de los vehículos y las vías de transmisión.

El rotavirus es una de las causas más comunes de diarrea grave en niños. Es sumamente contagioso y la mayoría de los niños se infectan antes de los 2 años de edad. El niño puede contagiarse con el rotavirus en cualquier época del año, pero es mucho más frecuente entre los meses de noviembre a abril. El virus generalmente se adquiere cuando el niño se lleva los dedos a la boca después de tocar algo contaminado con las heces de una persona infectada.

Para la prevención de la enfermedad diarreica aguda, es importante tomar en consideración los siguientes aspectos: El saneamiento ambiental en los hogares y la comunidad, tratamiento del agua de consumo humano, el lavado de manos, el tratamiento de la basura (enterrar o recolectar y depositar en sitios destinados para este fin) y el buen uso de las Sales de Rehidratación Oral, para evitar la deshidratación.

El diagnóstico etiológico de las diarreas es complejo ya que sus causas son diversas siendo los agentes infecciosos la principal causa en diarrea aguda.

IV. OBJETIVO GENERAL

Informar sobre las medidas preventivas para evitar las Enfermedades Diarreicas Agudas vinculadas a la manipulación y consumo de alimentos y agua contaminada.

V. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Disminuir la morbimortalidad del niño menor de 1 año con EDA, mediante el reconocimiento y tratamiento oportuno y adecuado.
- Contribuir a mejorar la calidad de vida de los niños menores de 5 años con EDA, disminuir la frecuencia de complicaciones y reincidencias.
- Mejorar la calidad de atención de los establecimientos de Salud y la eficiencia en el manejo de casos de EDA, evitando el uso inadecuado de tecnologías de diagnóstico y tratamiento.
- Promover la participación de la familia, comunidad, sociedad civil organizada e instituciones, enfatizando la prevención y el auto cuidado de la salud.
- Informar sobre las medidas preventivas para evitar las EDAs vinculadas a la manipulación y consumo de alimentos y a agua contaminada.

VI. ESTRATEGIAS

- Promoción de la Lactancia Materna
- Difusión de medidas preventivas de higiene
- Distribución de folletos relacionados con la prevención de la diarrea
- Spot radiales sobre prevención de las diarreas

VII. LINEAS DE ACCION

CAPACITACIÓN : Personal de salud, y padres de Familia

TEMA N°1 : Componentes de la leche materna

DIRIGIDO: Padres de Familia de los menores de 1 año

FECHA: 06/01/06

HORA: 15:00 horas

LUGAR: Admisión del Centro de Salud

DESARROLLO DE CONTENIDOS

a. Leche Humana el Alimento Ideal para el Niño

La inmadurez de los tejidos y órganos que intervienen en el metabolismo de los nutrientes (tubo digestivo, hígado, riñón) limitan la capacidad para tolerar diversos tipos de alimentos.

La leche humana proporciona en forma adecuada la energía, los macronutrientes, las vitaminas y minerales para apoyar el normal crecimiento y desarrollo de los lactantes.

Cuando los niños son alimentados exclusivamente con leche materna, las deposiciones blandas se producen con mayor continuidad, y a menudo no se lo considera diarrea. Esta situación puede agravar su salud, ya que la pérdida de agua ocasiona una deshidratación y hasta la muerte.

TEMA N° 2 : Diarrea

DIRIGIDO: Padres de Familia de los menores de 1 año

FECHA: 13/01/06

HORA: 15:00 horas

LUGAR: Admisión del Centro de Salud

DESARROLLO DE CONTENIDOS

a. Diarrea

DEFINICIÓN: Se considera diarrea aguda a la presencia de heces líquidas o acuosas, generalmente en número mayor de tres en 24 horas y que duran menos de 14 días; la disminución de la consistencia es más importante que la frecuencia. El número de evacuaciones intestinales hechas en un día varía según la dieta y la edad de la persona. Los lactantes alimentados al seno materno tienen evacuaciones intestinales blandas frecuentes; esto no es diarrea.

La definición precisa de diarrea es difícil de dar, ya que la frecuencia y calidad de las deposiciones varían de acuerdo con patrones socioeconómicos y culturales establecidos en las distintas regiones, donde los hábitos alimentarios y condiciones higiénicas desempeñan un papel fundamental.

Es una enfermedad de comienzo rápido, con aumento en el volumen del número usual de deposiciones, un aumento brusco en el número de estas o un cambio en su consistencia, que puede ir o no, acompañado de otros síntomas como: vómitos, náuseas, dolor abdominal o fiebre.

La enfermedad diarreica aguda es una afección frecuente en las edades pediátricas y a pesar de los avances en la profilaxis y el tratamiento, aun continúa siendo una causa importante de morbimortalidad durante la infancia, especialmente por su relación con la desnutrición y los altos costos que implica para los sistemas de salud por su alta demanda de atenciones ambulatorias y hospitalizaciones y donde los componentes del estado de salud: crecimiento y desarrollo, morbilidad, mortalidad e invalidez están

socialmente determinados y dependen de factores socioeconómicos y del modo de producción específico de un país.

EPIDEMIOLOGIA Y FRECUENCIA

La Organización Mundial de la Salud estima que cada año se presentan 1,300 millones de episodios de diarrea en niños menores de cinco años en países en desarrollo, que ocasionan 4 millones de muertes, relacionadas en el 50-70% con deshidratación, lo que las ubica dentro de las principales causas de defunción en estos países. La mayoría de los niños que sobreviven quedan con algún grado de desnutrición y los desnutridos, no sólo padecen con mayor frecuencia de diarrea, sino que los episodios son más graves.

ETIOPATOGENIA

Los agentes etiológicos más frecuentes son, en orden decreciente, virus, bacterias y parásitos.

Los virus son la causa principal de las diarreas deshidratantes en niños menores de dos años, siendo los rotavirus del grupo A, serotipos G1 y G3, los responsables de la mayoría de los episodios. La diarrea osmótica que ocasionan se debe a que lesionan en forma focal las células de las vellosidades del intestino delgado, disminuyendo la producción de las enzimas encargadas de la absorción de la lactosa, entre otros disacáridos, lo que aumenta la osmolaridad en la luz intestinal y produce mayor secreción de agua que se pierde a través de las heces. Sin embargo, las células de las criptas encargadas de reparar las vellosidades lesionadas, migran para sustituirlas en un periodo de 24 a 72 horas, con lo que desaparece la diarrea.

TEMA N°3 : Clasificación de la Diarrea-Deshidratación

DIRIGIDO: Padres de Familia de los menores de 1 año

FECHA: 20/01/06

HORA: 15:00 horas

LUGAR: Admisión del Centro de Salud

DESARROLLO DE CONTENIDOS

1. CLASIFICACION CLINICA DE LA DIARREA

Desde el punto de vista práctico, los cuadros de diarrea se clasifican:

a. Por el tiempo:

Diarrea aguda, aquella diarrea que dura menos de 14 días

Diarrea persistente, si la diarrea dura 14 días o más.

b. Por las características microscópicas:

- Diarrea acuosa: Heces líquidas sin sangre, se le puede asociar: vómitos, fiebre, disminución del apetito. El 90 % de los casos de diarrea son de este tipo, generalmente remite espontáneamente antes de una semana.

- Diarrea disentérica: Heces líquidas con sangre, se puede acompañar de fiebre elevada, mal estado general, pujo y tenesmo, convulsiones en ocasiones. 5 – 10 % de los casos de diarrea son de este tipo.

- Diarrea persistente.- Ocurre en menos del 5 % de los casos.

Factores de riesgo: no haber recibido lactancia materna, menor de tres años, desnutrición, sarampión reciente, manejo inadecuado de la diarrea aguda.

2. DESHIDRATACIÓN

Es un estado de pérdida excesiva de agua de los tejidos corporales, que se acompaña de un trastorno en el equilibrio de electrolitos esenciales particularmente sodio, potasio, bicarbonato y cloro. Los niños deshidratados por diarrea aguda pierden hasta 10 % de su peso en forma brusca, la pérdida de más del 10 % casi siempre se asocia con shock. La diarrea aumenta la secreción intestinal con o sin daño de la mucosa, produciéndose pérdidas excesivas de agua y electrolitos, que si no son compensadas provocan deshidratación.

a. Signos y síntomas

- Sed
- Compromiso del estado general (irritabilidad, inconsecuencia)
- Ojos hundidos
- Sequedad de mucosa: oral y genital
- Pulso aumentado en frecuencia y disminución en intensidad
- Turgencia de la piel disminuida
- En lactantes la tensión de la fontanela está disminuida
- Signo de pliegue, cuando se pellizca con suavidad se forma un pliegue cutáneo que se deshace con lentitud en pacientes deshidratados: este signo debe buscarse en la piel del abdomen, en la del dorso de la mano o en la región deltoidea.
- Signo de llenado capilar, se explora presionando con un dedo: la palma de la mano o la palma del pie, el borde superior de la uña, durante 2 – 3 segundos. Si la piel recupera su rubor

normal, en más de 5 segundos, es señal de hipo perfusión capilar e indica la presencia de choque hipovolémico.

b. Grados de deshidratación

- Deshidratación leve: cuando hay pérdida de peso hasta el 5 %
- Deshidratación moderada: cuando hay pérdida de peso del 5–9 %
- Deshidratación grave: cuando hay pérdida de peso más del 10 %

c. Preparación de las Sales de Rehidratación Oral

- Lavarse bien las manos con agua y jabón.
- Hervir suficiente cantidad de agua limpia y enfriar
- Poner un litro de agua hervida fría (4 tazas 9 en un recipiente limpio
- Agregar todo el contenido de un sobre de sales de Rehidratación Oral
- Mezclar, hasta disolver, con una cuchara limpia y mantener tapado
- Una vez preparada la solución oral no debe calentarse
- Después de 24 horas de preparada, botar la solución no usada o consumida
- Debe tomarse poco a poco pero en forma continua, así se evita el vómito e cerca.

d. Mantener al paciente hidratado, reemplazando loas pérdidas de volumen a volumen con solución de Suero rehidratante oral (SRO).

e. Administrar un antibiótico oral, solo en caso de disentería y cólera grave.

- f. Manejo de la diarrea en el hogar que incluya educación en prevención.

TEMA N°4: Plan A

DIRIGIDO: Padres de Familia de los menores de 1 año

FECHA: 27/01/06

HORA: 15:00 horas

LUGAR: Admisión del Centro de Salud

DESARROLLO DE CONTENIDOS

PROTOSCOLOS PARA EL TRATAMIENTO DEL NIÑO CON DIARREA

PLAN A: Tratamiento del paciente en el hogar

Este plan se puede resumir en 4 reglas de oro simples de recordar:

A: aumentar la ingesta de líquidos adecuados

C: continuar la alimentación

R: reconocer cuando el paciente se empeora, se deshidrata o se complica

E: evitar nuevos episodios de diarrea

- El niño que tiene diarrea suele perder el apetito y al principio resulta difícil que coma. Es aconsejable ofrecerle pequeñas cantidades de alimentos para inducirlo a comer.
- Aumentar la ingesta de líquidos adecuados, darle desde el inicio los líquidos disponibles en el hogar: sopas y caldos, jugos de frutas natural como plátano, manzana, guayaba, agua de coco, cocimiento de arroz.

- Si las deposiciones son líquidas y abundantes darles desde el inicio la salvadora y acudir al establecimiento de salud más cercano.
- Darles los líquidos con taza o caso y cucharita nunca en biberón.
- Continuar la alimentación, tiene por objeto prevenir la desnutrición debida a la diarrea, y a la vez acortar la duración del episodio diarreico.
- Se debe tener presente que los líquidos no reemplazan la necesidad de dar alimentos.
- Cuando mejore de la diarrea, debe darse al paciente una comida adicional durante una o dos semanas, para recuperar la pérdida de peso ocasionada por la enfermedad.
- Reconocer cuando el paciente se empeora, se deshidrata o se complica,
- Evitar nuevos episodios de diarrea, lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementando hasta los 2 años
- El consumo de alimentos limpios, frescos y bien cocidos
- El uso de agua hervida o clorada
- El lavado de manos antes de preparar los alimentos, después de defecar, antes de comer y dar de comer al bebe
- El uso adecuado de baños o letrinas
- El enterrado de la basura o su disposición en recipientes bien protegidos
- La vacunación contra todas las enfermedades prevenibles y sobre todo contra el sarampión.

TEMA Nº5 : Plan B

DIRIGIDO: Padres de Familia de los menores de 1 año

FECHA: 03/02/06

HORA: 15:00 horas

LUGAR: Admisión del Centro de Salud

PLAN B: TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON DESHIDRATACIÓN.

TERAPIA DE REHIDRATACIÓN ORAL (TRO) Se debe dar en 4 horas

Consiste en:

- Dar la Salvadora a libre demanda en vaso y con cucharita
- Si a la hora el paciente mejora, continuar dando la Salvadora
- Si vomita suspender la administración por 10 minutos y, reiniciarla dando en menor volumen y más frecuentemente.
- Si persiste el vómito administrarle la Salvadora por gastroclisis a razón de 5 – 10 gotas / Kg. / minuto
- Si pese a ello continúa vomitando o si aparece distensión abdominal, disminuya el goteo a la mitad y evalúe al paciente
- Si mejora y tolera el paciente, aumente progresivamente el goteo
- Si no mejora el estado de hidratación o presenta distensión abdominal por íleo paralítico, suspender la TRO y aplicar el PLAN C
- Vigilar y evaluar permanentemente al paciente

Una vez hidratado el paciente pase al PLAN A de tratamiento. El PLAN B tiene por objeto reponer las pérdidas anteriores que ocasionaron la deshidratación y compensar las pérdidas actuales por la diarrea.

Se debe realizar en un área para rehidratación oral (Unidad de Rehidratación Oral), ya sea en ya sea en el sector de consulta ambulatoria, emergencia u otra, siendo responsabilidad de enfermería.

La madre o responsable del niño, constituyen el recurso básico para la aplicación de la TRO, correspondiendo al personal de enfermería la tarea de supervisar y apoyar a la madre.

TEMA N°6 : Plan C

DIRIGIDO: Padres de Familia de los menores de 1 año

FECHA: 10/02/06

HORA: 15:00 horas

LUGAR: Admisión del Centro de Salud

**PLAN C: TRATAMIENTO DEL PACIENTE DESHIDRATADO CON
SHOCK:**

El paciente deshidratado con shock constituye una “emergencia médica” de primer orden.

El Plan C, tiene por objeto reponer rápidamente el déficit previo que trae el paciente con el fin de sacarlo del estado grave y ponerlo en condiciones de recibir solución de SRO (Plan B) hasta lograr la rehidratación.

El contenido de Sodio y Cloro en ambas soluciones es adecuado. Puede usarse en todos los grupos de edades para tratar la deshidratación con shock por diarrea de cualquier etiología. Sin embargo la solución de Lactato de Ringer tiene poco potasio y no tiene glucosa Solución salina normal, llamada también Suero Fisiológico, no reemplaza las pérdidas de potasio, pero expande el espacio intra vascular. Debe usarse solo cuando no se cuenta con la SPE ó Lactato de Ringer. Solución de glucosa o dextrosa en agua, No debe ser empleada por ningún motivo, ya que solo proporciona agua o glucosa.

PROTOCOLO PARA LA TERAPIA ENDOVENOSA RAPIDA

Administrar 100 ml / Kg. de peso en un período de 3 horas de la siguiente manera:

Primera Hora..... 50 ml. / Kg. de peso
Segunda Hora..... 25 ml. / Kg. de peso
Tercera Hora..... 25 ml. / Kg. de peso

Los volúmenes de líquidos sugeridos y la velocidad de administración, se basan en el déficit que trae el paciente.

Pueden aumentarse, si no bastan para lograr reponer el déficit

También podrán reducirse, si la hidratación se consigue antes de lo previsto, o si la aparición de edema palpebral indica sobre hidratación.

Si después de transcurridos los primeros 309 minutos, los signos de deshidratación se mantienen sin cambio o han empeorado, debe aumentarse la velocidad de infusión.

Al poder beber el paciente (usualmente en la segunda hora de tratamiento) administrar la Salvadora a LIBRE DEMANDA concomitantemente con el endovenoso, hasta que el flujo de diarrea no supere a la capacidad de ingesta, entonces pasar al PLAN B

Evaluar al paciente y si se logró completar la hidratación pasar inmediatamente al PLAN A

Es indispensable que un niño sea vigilado estrecha y permanentemente durante la administración del PLAN C.

COMPLICACIONES

- Convulsiones, se presenta cuando la administración de fluidos endovenosos son de una composición inadecuada (Líquidos hipotónicos) Conducta, ceñirse estrictamente al protocolo de manejo del paciente deshidratado con shock y evaluar

constantemente al paciente de ser posible cada hora, durante la fase de reparación

- Hipokalemia, por el reemplazo inadecuado del potasio perdido durante la diarrea. Puede causar debilidad muscular, íleo paralítico y arritmia cardíaca. Conducta, ceñirse estrictamente al protocolo de manejo del paciente con deshidratación con shock. Dar alimentos ricos en potasio durante y después del episodio de diarrea.
- Hipoglucemia, suele presentarse por agotamiento de las reservas de glucógeno y puede presentarse con gran rapidez sobretodo en el niño. Se manifiesta con estupor prolongado y convulsiones.
- Conducta, reponer los líquidos perdidos con soluciones que contengan glucosa (SPE)
- Sobre hidratación, manifestándose por edema generalizado, edema pulmonar, insuficiencia cardíaca congestiva, trastorno de la conciencia y aumento de peso superior al déficit calculado al momento del ingreso. Conducta, evaluación clínica constante del paciente, en lo posible cada hora durante la fase de reparación del déficit.
- Insuficiencia renal aguda, sospechar insuficiencia renal si a pesar de haberse repuesto el déficit adecuadamente, el paciente no micciona.

TEMA N° 7 : Medidas Preventivas

DIRIGIDO: Padres de Familia de los menores de 1 año

FECHA: 17/02/06

HORA: 15:00 horas

LUGAR: Admisión del Centro de Salud

“ La diarrea se agrava debido a costumbres y creencias culturales equivocadas de la población respecto a las causas que la producen: ”mal de ojo”, “susto”, “frío”, etc. y respecto a su tratamiento: uso de antidiarreicos, antieméticos, abuso de antibióticos, dietas e hidratación inapropiadas “

RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS:

1. Promoción del lavado de manos con agua y jabón
2. Lávate las manos antes y después de ir al baño
3. Lávate las manos después de cambiar el pañal de tu niño
4. Higiene de los alimentos
5. Desinfecta las frutas y verduras antes de consumirlas
6. Evita consumir alimentos de dudosa procedencia.
7. Consumo de alimentos en buen estado.
8. No consumir alimentos (pescados y mariscos crudos) en establecimientos que no certifiquen higiene y limpieza.
9. Buen uso de la letrina.
10. El agua que consumas debe estar hervida o debidamente clorada.
11. Deja la playa limpia, cómo la encontraste.
12. No arrojes desperdicios en el mar y menos en la arena.
13. No llevar comida a la playa y menos consumir aquella que no se sabe cómo está preparada.
14. Evita llevar mascotas a la playa.
15. Consumo de agua segura.
16. Promoción de la Lactancia Materna Exclusiva en niños menores de 6 meses de edad, con restricciones legales a la disponibilidad de biberones y sustitutos de la leche materna;
17. Evitar purgantes y baños con ruda y alcohol.
18. Evitar automedicación antibiótica.

19. Promoción de la Terapia de Rehidratación Oral (TRO);
20. Campañas de vacunación contra enfermedades infecciosas que causan diarrea y debilitan la resistencia de los niños frente a las enfermedades diarreicas (como el sarampión);
21. Control del crecimiento de los niños menores de cinco años, con asesoramiento para los padres y, en casos críticos, suplementos alimenticios a niños con bajo peso;
22. Educación sobre salud e higiene a través de distintos medios de comunicación, como la radio, altavoces públicos y el periódico rural llamado O Campo.

VIII. RECURSOS

- A. Recursos Humanos:
Enfermeras del Consultorio de la Etapa del Niño
Padres y madres de los niños menores de 1 año
Promotores de la localidad.
- B. Recursos Financieros:
Recursos Directamente Recaudados
- C. Recursos Materiales:
Rotafolio de tela de Diarrea
Folletos de Medidas Preventivas de Diarrea
Elaboración spot radiales sobre medidas preventivas de diarrea
Folletos

IX. EVALUACIÓN

Evaluación en el proceso: Se realizarán las siguientes actividades como modalidad de evaluación:

Fichas de seguimiento.

Observación directa

Registro de datos de cada niño.

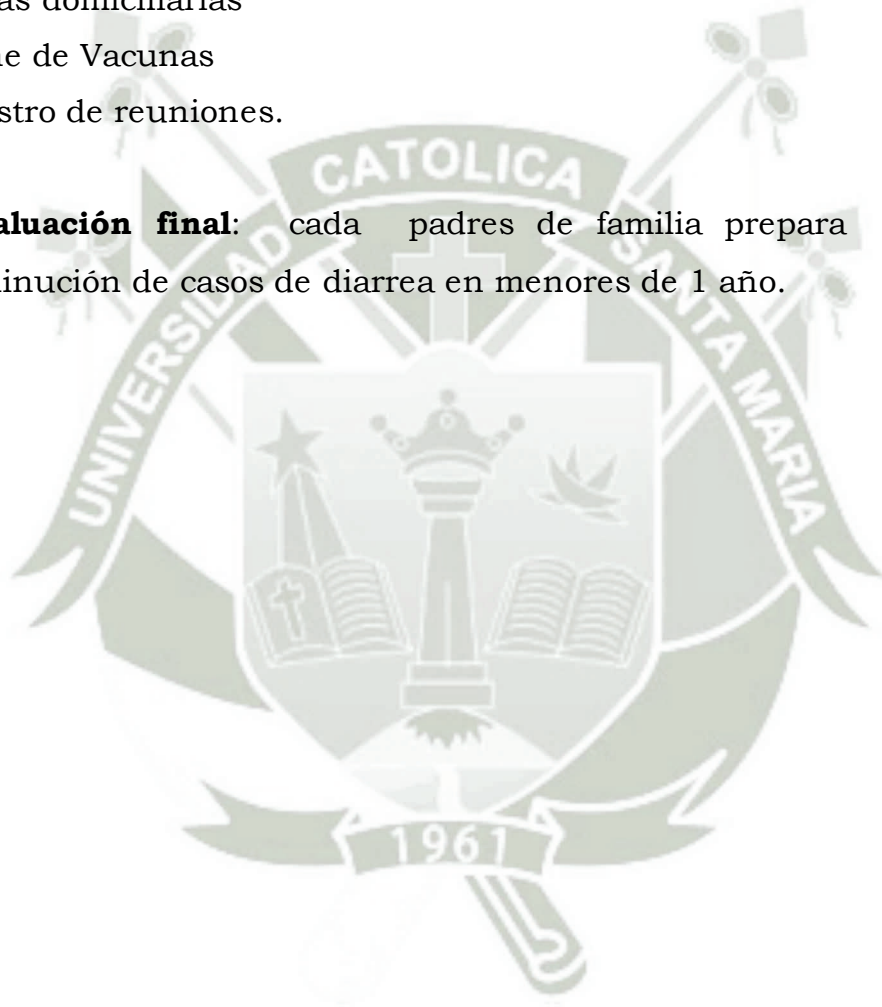
Entrevistas

Visitas domiciliarias

Carne de Vacunas

Registro de reuniones.

Evaluación final: cada padres de familia prepara S.R.O. y disminución de casos de diarrea en menores de 1 año.



ANEXO 10

PROGRAMA EDUCATIVO DE DESARROLLO PSICOMOTOR INTEGRAL DEL NIÑO MENOR DE 1 AÑO

INSTITUCIÓN:

Ministerio de Salud – Red Camaná Caravelí - Microrred San Gregorio –
Anexo San Gregorio.

VISION

Que los niños menores de 1 año acudan en forma oportuna a un servicio de salud, que garantice una atención integral y con calidez, así mismo que compartan responsabilidad en la promoción y prevención de riesgos.

MISIÓN

"Promover el desarrollo intelectual, emocional, social y nutricional de los niños y niñas menores de 1 año que viven en situación de contar con menos oportunidades y garantizar su cuidado, como contribución a la superación de las condiciones de desventaja y a lograr la igualdad de oportunidades".

I. INTRODUCCIÓN

El primer año es una etapa de grandes cambios: crecimiento, diferenciación, adquisición y perfeccionamiento de funciones, incluidas las sociales. El amor que recibe, la calidad y cantidad de los alimentos que ingiere y el ambiente socio – cultural en que se desenvuelve, juega un papel importante en la vida del niño.

Es importante que la familia siga paso a paso los cambios que le ocurren al niño. La propuesta de un programa educativo esta basado en una metodología participativa, de todas las personas y recursos que rodean al niño son responsables de su socialización. Esto implica que para garantizar el adecuado desarrollo del niño y asegurarle una mejor calidad de vida debemos mejorar cualitativamente su entorno inmediato.

II. ANTECEDENTES

El niño esta expuesto a su medio cultural, para que la inteligencia del niño se desarrolle, éste debe mantenerse activo en un medio propicio que le proporcione el mayor número de experiencias posibles, a fin de que tenga mejores oportunidades de desarrollo.

Es necesario crear conciencia en la población de la importancia del desarrollo en el primer año de vida, a fin de prestarle una atención más adecuada tanto al niño normal como al que tienen algún de riesgo:

- a) Ambiental: falta de experiencias físicas y sociales convenientes.
- b) Biológico: por infecciones, traumas o alteraciones metabólicas.
- c) Alteraciones genéticas o cromosómicas.

Las carencias y factores de riesgo afectan el desarrollo normal en periodos críticos del desarrollo temprano. Estos efectos se manifiestan antes de la edad promedio de ingreso a la educación preescolar. De ahí que los periodos óptimos para la intervención sean los primeros años de la vida. La falta de una atención oportuna deriva posteriormente en dificultades en el aprendizaje y, por consiguiente, en el fracaso y la deserción de la escuela.

III. JUSTIFICACIÓN

El progreso de la ciencia ha permitido crear la necesidad de asistir precozmente a los niños que están o han estado expuestos a factores de riesgo pre-peri y post natal.

Un niño se considera en riesgo si no puede, dentro de ciertos límites jugar, aprender, trabajar o hacer las cosas que otro niño de su edad puede hacer, si está limitado para desarrollar completamente sus potencialidades.

La estimulación Temprana es un proceso natural que la madre pone en práctica en su relación diaria con el bebé, esta tiene lugar mediante la repetición útil de diferentes eventos sensoriales que aumentan, por una parte, el control emocional, proporcionando al niño una sensación de seguridad y goce; y por la otra, amplían la habilidad mental que le facilita el aprendizaje desarrollando así destrezas para estimularse a sí mismo a través del juego libre y del ejercicio de la curiosidad, la exploración y la imaginación.

Desde esta perspectiva, la Estimulación temprana se concibe como un acercamiento directo, simple y satisfactorio para comprender y conocer al bebé, desarrollando su potencial de aprendizaje, promoviendo el deseo, contribuyendo a la Comunicación, siempre a través del sujeto más significativo para él, en acciones que sean útiles al fortalecimiento del Vínculo.

Por todo esto es que se trata de un abordaje educativo dirigido a las madres de familia para que realicen estimulación temprana adecuada con sus niños.

IV. OBJETIVO GENERAL

Promover la prevención, detección, atención y favorecer el desarrollo integral y armónico de los niños que acuden al Consultorio de Niño Sano de la Etapa de Vida Niño del C. S. de San Gregorio.

V. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Desarrollar las potencialidades del niño, garantizando un buen crecimiento biológico y psicosocial.
- Crear conciencia y cambiar la actitud de los padres frente a la estimulación temprana para que su colaboración garantice el pleno desarrollo del programa.
- Potenciar el rol de la familia como primer agente educativo en la detección de riesgos a fin de prestarle una atención adecuada al niño.
- Establecer, mejorar y fortalecer el vínculo niño madre a través de la estimulación temprana.
- Orientar y concienciar a la familia del niño a través de los padres, de la importancia del tratamiento temprano del déficit.
- Trabajar en forma articulada con los diferentes agentes y/o instituciones de salud y acción social.

VI. ESTRATEGIAS

- Actividades de estimulación temprana.
- Campañas de difusión sobre pautas de estimulación temprana
- Búsqueda de entornos saludables áreas de juego .
- Integración de actividades de atención a los niños.

- Difundir por medios masivos como radio y televisión temas educativos como pautas de estimulación temprana integral.
- Aplicar el programa a las familia con niños menores de 1 año.
- Participar a los promotores de salud para el seguimiento de los niños.
- Involucrar a las madres de familia de grupos organizados como parroquias, club de madres, vaso de leche y otros.

VII. LINEAS DE ACCION

CAPACITACIÓN: Personal de salud, y padres de Familia

OBJETIVOS:

1. Promover que las condiciones fisiológicas, educativas, sociales y recreativas sean adecuadas.
2. Orientar el espíritu de curiosidad y observación del niño.
3. Favorecer la adaptación al ambiente.
4. Desarrollar el control postural, practicando con ejercicios de psicomotricidad gruesa y fina.
5. Practicar actividades lúdicas y de socialización

TEMA N°1 : Lactancia Materna y Alimentación Complemenetaria

DIRIGIDO: Padres de Familia de los menores de 1 año

FECHA: 24/02/06

HORA: 15:00 horas

LUGAR: Admisión del Centro de Salud

DESARROLLO DE CONTENIDOS

a. Cuando comienza la lactancia

La leche materna es el alimento ideal para el recién nacido y debe darse inmediatamente después del nacimiento, cada vez que el niño lo pida, sin importar horario. Esta leche ayuda a prevenir padecimientos como la diarrea e infecciones respiratorias, evita problemas de alergias y el ejercicio que el niño hace con su boca al mamar, favorece el buen desarrollo del paladar.

b. Como poner al bebé para amamantarlo

Lávese las manos antes de darle de comer a su bebé y limpie sus senos con agua hervida. Acerque el pezón a la boca del bebé y haga que abra su boquita para introducir el pezón, lo que provocará que empiece a mamar y tome la leche fácilmente. El tiempo recomendable para amamantar es de 10 a 15 minutos en cada pecho.

Antes de ofrecer el otro seno, ayude a su hijo a sacar el aire que tragó, colocando la cabeza del niño sobre su hombro y dándole palmaditas leves sobre la espalda hasta que eructe todo el aire; en ocasiones devuelven un poco de leche, no se preocupe es normal. Si queda molesto y llorando, intente sacarle el aire nuevamente.

Es recomendable continuar la lactancia materna hasta los seis meses de edad, esto favorecerá el crecimiento y desarrollo ya que la leche cubre las necesidades nutritivas que el niño tiene en esta etapa; recuerde que amamantarlo le permite estrechar los lazos de afecto entre usted y su hijo, por ello trate de que sea una experiencia agradable y tranquila para ambos. Siéntese cómodamente procurando colocar al niño lo más cerca posible de

su pecho; si está mojado o sucio, primero cámbiele el pañal y lávese las manos antes de empezar a darle de comer.

c. Posibles problemas al amamantar

Para que usted pueda amamantar a su niño, necesita llevar una alimentación variada que le brinde las sustancias nutritivas requeridas para usted y para él, coma suficiente cantidad de verduras y frutas, combine cereales con leguminosas y consuma leche, queso, carne y huevo, en forma moderada.

Evite fumar y tomar bebidas alcohólicas, disminuya su consumo de café y refrescos y gaseosas, prefiera líquidos como agua hervida, leche o agua de frutas.

d. Alimentación Complementaria

Para favorecer el crecimiento y desarrollo, entre el cuarto y sexto mes de edad, el niño requiere consumir otros alimentos además de la leche materna. Los alimentos que se recomiendan a partir de esta edad son:

- Puré de frutas y de verduras, inicie con probaditas y poco a poco aumente la cantidad; no les agregue sal ni azúcar; no mezcle los alimentos; primero ofrézcale una vez al día, después pueden ser dos o tres.
- Conforme crece el niño vaya agregando otros alimentos como: cereales en forma de papillas, carne de pollo molida o en forma de puré con verduras.
- Posteriormente agregue leguminosas como frijol, lentejas o habas, bien cocidas, molidas y coladas en forma de puré.
- Incluya palitos de pan o tortilla, galletas "marías" o saladas.

- Cuando cumpla nueve a diez meses, proporciónese huevo cocido o frito, al principio la yema únicamente y después completo conforme lo vaya tolerando el niño.
- A los doce meses incluya frutas cítricas como naranja, mandarina o toronja en forma de jugo o en pedacitos pequeños.
- No sustituya en la dieta de sus hijos el agua natural por refrescos embotellados. Prefiera la comida preparada en casa, a otras como la rápida, la de la calle o la "chatarra".

TEMA N°2: Estimulación temprana los Tres Primeros Meses

DIRIGIDO: Padres de Familia de los menores de 1 año

FECHA: 03/03/06

HORA: 15:00 horas

LUGAR: Admisión del Centro de Salud

DESARROLLO DE CONTENIDOS

a. Primer mes

- Colocar al niño en diversas posiciones: prona (boca abajo), supina (boca arriba), de lado y variar su posición en la cuna, volteándolo a veces hacia la cabecera o hacia los pies de la cama.
- Mover sus brazos y piernas, abrir y cerrar con suavidad sus manos y dedos, mover sus pies en todas direcciones.
- Colocar un dedo en su mano, propiciando que lo sujete.
- Observar si reacciona a los sonidos, conversar en tono de voz natural, y cantarle.
- Colocar objetos a su vista y observar si los mira. Con el niño en posición.

supina colgar un objeto y balancearlo para que el niño lo siga con la mirada.

- Estimular su cuerpo con toallas de texturas diferentes.

b. Segundo mes

- Colocarlo en posición prona para que intente levantar la cabeza
Mover brazos y piernas más ampliamente.
- Tocar una campana y diversos objetos sonoros a cada lado de la cabeza y observar si fija su atención al sonido.
- Mostrarle objetos llamativos para que los observe.
- Seguir estimulando el seguimiento visual de un objeto que se balancea frente a sus ojos.
- Ayudarlo a ejecutar movimientos de prensión, colocando en su mano objetos como sonajas.
- Dar estimulación táctil con texturas variadas.

c. Tercer mes

- Continuar con las actividades de meses anteriores.
- Sentarlo sosteniendo su cuello, espalda y cabeza sobre los brazos del adulto.
- En posición prona llamar su atención con sonidos u objetos para que levante la cabeza más alto que el tronco y ayudarlo, en la misma posición, a sentir apoyo en sus antebrazos.
- Favorecer con una linterna el seguimiento de estímulos luminosos.
- Colocar en su mano una sonaja y ayudarlo a producir sonidos con ella.
- Mostrarle sus manos.
- Colocar un trapo ligero sobre su rostro para que intente retirarlo.

- Asolearlo.
- Colocar sonajas (cascabeles) en muñecas y tobillos, alternadamente, para estimular el movimiento de sus miembros y la atención a los sonidos.

TEMA N°3: Estimulación temprana : Del 4to. al 6to. Mes

DIRIGIDO: Padres de Familia de los menores de 1 año

FECHA: 10/03/06

HORA: 15:00 horas

LUGAR: Admisión del Centro de Salud

DESARROLLO DE CONTENIDOS

a. Cuarto mes

- Colocar al niño en postura supina y ayudarlo a rodar de dicha posición a prona.
- Colocar al niño en posición prona apoyado en sus antebrazos y balancear un objeto para que lo siga con la vista.
- Ayudarlo a juntar sus manos como aplaudiendo.
- Colocar aros en sus manos para que intente acercarlos
- Si es necesario, sostenido con almohadas, sentarlo y colocar objetos llamativos frente a él. Empezar por periodos breves y aumentarlos hasta un máximo de 15 Min.
- Hacer que mire sus manos.

b. Quinto mes

- Repetir las actividades de meses anteriores.
- Colocar al niño en posición prona y ayudarlo a rodar.

- Sentarlo frente a frente con el adulto, ayudándolo a sostener su cabeza.
- Sentarlo frente a una mesa y permitirle manipular dados, campanas, aros, pelotas.
- Con el niño en posición supina, sosteniendo bien sus manos, jalarlo suavemente de frente para que levante la cabeza y los hombros a poca distancia de la superficie.
- Mostrarle objetos y estimularlo para que los alcance.
- Estimular con texturas como esponjas sus pies y manos.
- Colocar y balancear una sonaja en su mano.
- Apoyarlo en sus antebrazos.
- Promover que tanto en posición prona como supina eleve su cabeza.
- Ponerlo frente al espejo, conversar y sonreír con él

c. Sexto mes

- Reforzar los ejercicios de los meses anteriores.
- En posición prona, apoyarlo en sus antebrazos con las rodillas flexionadas.
- Ayudar al niño a sentarse por algunos minutos, apoyando sus manos en el suelo, con las piernas extendidas y separadas.
- Mostrarle sus manos y dedos, frotándoselos.
- Ayudarlo a sostener objetos con sus manos, usando prensión palmar, es decir, con la palma de la mano; colocar un cubo pequeño en cada una de sus manos y ayudarlo a sostenerlos.
- Favorecer y ayudarlo a que pase un objeto de una mano a la otra.
- Jugar con él golpeando la superficie de una mesa con sus manos abiertas.
- Observar si el niño percibe los sonidos que se producen fuera de su campo visual o incluso en otra habitación.

- Mostrarle objetos, dejarlos caer y observar si los busca.

TEMA N°4: Estimulación temprana : Del 7mo. al 9no. mes

DIRIGIDO: Padres de Familia de los menores de 1 año

FECHA: 17/03/06

HORA: 15:00 horas

LUGAR: Admisión del Centro de Salud

DESARROLLO DE CONTENIDOS

a. Séptimo mes

- En posición supina, con su cabeza sobre una almohada estimularlo a levantarla, mostrándole objetos llamativos.
- Sentarlo por algunos minutos con las piernas flexionadas y con apoyo en sus manos.
- Ayudar al niño a pasar de posición supina a prona y viceversa.
- Motivarlo a que se siente.
- Tanto en posición prona como en supina estimularlo con sonidos para que se desplace en dirección de la fuente sonora.
- Ponerlo a gatas, haciéndolo ejecutar movimientos simultáneos de brazos y piernas del mismo lado del cuerpo.
- Ayudarlo y estimularlo a levantarse apoyado en un barandal, silla, etc.
- Hacerlo "saltar" estando de pie, sosteniéndolo debajo de los brazos.
- En posición supina, ayudarlo a acercar sus pies a la cara.
- Colocar una sonaja u objeto en su mano para que golpee con él la superficie de una mesa.
- Mientras el niño sostiene un objeto con su mano, mostrarle otro y promover que lo agarrar .

- Platicar con el niño frente al espejo, señalándole algunas partes de su cuerpo.
- Llamarlo siempre por su nombre

b. Octavo mes

- Reforzar los ejercicios anteriores.
- Sentar al niño sin apoyo.
- Motivarlo a pasar de posición supina a sentado y después, tomándolo de las manos, ayudarlo a pasar de sentado a parado.
- Propiciar que alcance objetos colocados lejos de él.
- Ayudarlo a oponer y flexionar el dedo pulgar al tomar un objeto.
- Estimularlo a tomar objetos con los dedos índice y pulgar.
- Proporcionarle cucharas de mango grueso que pueda sostener e intentar que coma solo.

c. Noveno mes

- Repetir los ejercicios anteriores.
- Permitirle gatear con movimientos alternados de manos y piernas.
- Ayudarlo a colocar cubos en una caja o recipiente y permitirle después hacerlo solo.
- Decir sílabas repetidamente para que imite los sonidos escuchados.
- Nombrar correctamente los objetos y señalarlos para que los tome.
- Enseñarle objetos diversos de su casa.
- Platicarle de objetos, describiendo y mostrándole detalles del mismo.
- Hacer sonidos con diferentes objetos para que los identifique.

TEMA N°5 Estimulación temprana : Del 10mo. al 12vo. mes

DIRIGIDO: Padres de Familia de los menores de 1 año

FECHA: 24/03/06

HORA: 15:00 horas

LUGAR: Admisión del Centro de Salud

DESARROLLO DE CONTENIDOS

a. Décimo mes

- En posición prona favorecer el arrastre y gateo para alcanzar objetos.
- En la cuna o corral sentarlo cerca del barandal y estimularlo a ponerse de pie.
- Ejercitar el paso de sentado a posición prona.
- Jugar a colocar objetos pequeños en un vaso, siempre con supervisión de un adulto.
- Estimular el aplauso.
- Motivarlo a que salude y diga adiós con su mano.
- Colocar pedacitos de pan u otro alimento sólido en un plato para que los tome y se los lleve a la boca.
- Permitirle llevarse solo un vaso a la boca.

b. Décimo primer mes

- Colocar al niño sentado varias veces al día y hacer que se interese por objetos a su alrededor.
- Colocar una crayola gruesa en su mano y estimularlo a rayar un papel.
- Sacar y meter cubos de madera de una caja.
- Pedirle que entregue al adulto un objeto en su mano.
- Jugar con él a sostener y aventar una pelota.

- Jugar a lanzar objetos hacia un blanco, previa demostración por parte del adulto,
- Con el niño sentado producir con un objeto sonidos atrás de él para que voltee hacia atrás.
- Mostrarle y permitirle manipular libros con imágenes grandes y de colores y platicarle de ellas.
- Amarrar un objeto con un cordel para que lo jale en diferentes direcciones.

c. Décimo segundo mes

- Sentar al niño y poner objetos a sus lados para favorecer que gire su cuerpo con el fin de alcanzarlos. Lo mismo puede hacerse con sonidos que provoquen que gire el tronco para localizarlos.
- Ayudarlo a dar algunos pasos, sosteniéndolo de la ropa o debajo de los brazos.
- Proporcionarle una sillita en la que pueda sentarse solo.
- En caso de que intente caminar, dejarlo levantarse y sentarse por sí mismo.
- Jugar a patear una pelota grande,
- Jugar con una pelota frente a un espejo.
- Jugar con él a ponerse y quitarse sombreros o cachuchas.
- Hacer un tren de cubos y estimularlo a imitarlo.
- Jalar un carrito con un cordón.
- Incentivarlo a dar algunos pasos solo apoyado en objetos o muebles.
- Enseñarle a construir una torre con dos cubos y dejar que la haga solo.
- Jugar frente al espejo a los saludos, despedida, aplausos, besos y señalar partes del cuerpo.
- Conversar mucho usando palabras sencillas y frases cortas.

- Usar sonidos onomatopéyicos de objetos y animales conocidos por el niño.
- Enseñarle a ejecutar órdenes simples.
- Permitirle comer solo aunque derrame alimento.
- Colocar al niño en la bacinica por algunos minutos, tres o cuatro, en horarios fijos, en períodos establecidos.
- Ayudarle a lavar y secar sus manos y cara.
- Al vestirlo nombrar las prendas y partes del cuerpo utilizadas.
- Al bañarlo o lavarlo, ayudarlo a identificar temperaturas.

TEMA N°6: Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor

DIRIGIDO: Padres de Familia de los menores de 1 año

FECHA: 31/03/06

HORA: 15:00 horas

LUGAR: Admisión del Centro de Salud

DESARROLLO DE CONTENIDOS

Items del Aplicación de la Escala de evaluación del desarrollo psicomotor 0-24 meses, evaluación del niño normal, riesgo y retraso en las 4 áreas.

VIII. RECURSOS

A. Recursos Humanos

Enfermeras del Consultorio de la Etapa del Niño
Padres y madres de los niños menores de 1 año
Promotores de la localidad.

B. Recursos Financieros

Recursos Directamente Recaudados

C. Recursos Materiales

Rotafolio de tela de Estimulación Temprana

Folletos de Estimulación por grupos etareos

Elaboración de spot radiales sobre estimulación

Muñeca, Camilla, Mesa, Campana , Objetos móviles, vaso, sonajas, Toallas, Linterna, Aros, Almohadas, Pelotas, dados, crayola, cubos de madera, Sillita, carrito, espejo, sombrero.

IX. EVALUACIÓN

Evaluación en el proceso: Se realizarán las siguientes actividades como modalidad de evaluación:

1. Fichas de seguimiento.
2. Observación directa
3. Registro de datos de cada niño.
4. Escala de Aplicación del Desarrollo Psicomotor
5. Entrevistas
6. Visitas domiciliarias
7. Registro de reuniones.

Evaluación final: de cada niño con aplicación del EEDP

Área del lenguaje.

Área social

Área motora gruesa

Área motora Fina