

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ESTIMULACIÓN
TEMPRANA DEL NIÑO MENOR DE 1 AÑO EN EL CENTRO DE SALUD
SANTA ANA CUSCO 2013-2015**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CRECIMIENTO,
DESARROLLO DEL NIÑO Y ESTIMULACIÓN DE LA PRIMERA
INFANCIA**

GLADYS FRANCISCA COAYLA NOVA

Gladys Francisca Coayla Nova

Callao, 2018

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|-----------------------------------|------------|
| ➤ DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA | PRESIDENTA |
| ➤ DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA | SECRETARIA |
| ➤ DRA. ROSARIO MIRAVAL CONTRERAS | VOCAL |

ASESOR: DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ

Nº de Libro: 06

Nº de Acta de Sustentación: 292

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 24/05/2018

Resolución Decanato N° 1235-2018-D/FCS de fecha 22 de mayo del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	7
II. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Marco Conceptual	10
2.3 Definición de Términos	30
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	32
3.1 Recolección de Datos	32
3.2 Experiencia Profesional	32
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	35
IV. RESULTADOS	38
V. CONCLUSIONES	42
VI. RECOMENDACIONES	43
VII. REFERENCIALES	44
ANEXOS	46

INTRODUCCIÓN

Actualmente, nuestro país cuenta con un sistema de vigilancia de los principales indicadores de salud que ha permitido monitorizar y evaluar desde diferentes puntos de vista políticos y operativos la situación actual de salud en la población. Los datos estadísticos nos revelan que la mortalidad en los menores de cinco años en zonas de pobreza y extrema pobreza se encuentra por encima de 55 por mil nacidos vivos, y los que sobreviven en estas condiciones continúan padeciendo desnutrición, infecciones respiratorias, diarreas agudas, lo que conlleva a la disminución de la capacidad intelectual y psicoafectiva.

El presente trabajo tiene como metodología descriptiva, cuyo objetivo es evaluar la intervención de enfermería en estimulación temprana del niño (a) menor de un año en el centro de salud Santa Ana, la Convención Cusco 2013-2015 en los consultorios de crecimiento y desarrollo del niño sano así mismo la aplicación del plan de atención integral de salud para detectar oportunamente anomalías y/o enfermedades prevalentes de la infancia, como son: Infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas, anemia y desnutrición crónica en el niño de un año de edad, para tomar medidas de prevención y promoción, mediante seguimientos de visitas domiciliarias, consejerías nutricionales y sesiones demostrativas, cuyo trabajo será integral con el equipo de salud, actores sociales, familia y comunidad.

La atención del niño sano constituye uno de los componentes más importantes de las acciones de salud que se llevan a cabo a través del programa de crecimiento y desarrollo, en el mismo se logra un seguimiento periódico del niño donde se evalúan las distintas etapas evolutivas, detectando patologías prevalentes y estados de desnutrición. A través de los controles, el equipo de salud se pone en contacto con la madre del niño, realizando acciones de promoción y prevención de la salud, y lograr insertar en la comunidad, niños sanos inculcando hábitos

de vida saludable, y detectar oportunamente las alteraciones del crecimiento y desarrollo, en cuanto a destrezas y habilidades del niño, y en conclusión, promover estilos de vida saludable con la participación de la familia y comunidad.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Situación Problemática

En los estilos de vida de los niños y niñas, la desnutrición es el resultado de mal estado de salud con una ingesta inadecuada de alimentos. Según el fondo de las Naciones Unidas para la infancia UNICEF, estos factores se originan debido al insuficiente acceso de alimentos nutritivos, servicios de salud inadecuado, servicios de agua y saneamiento deficientes y practicas inapropiados de cuidados maternos y del niño.

Una adecuada nutrición durante los primeros años de vida es fundamental para que cada niño desarrolle su máximo potencial, y su desarrollo mental y físico, así como el social.

Entender al niño como sujeto social significa reconocer que cada niño nace en una comunidad, marcada por un origen, una lengua, una región geográfica, valores, cierta manera de mirar, sentir, pensar y actuar en el mundo, compartidos por su grupo de pertenencia. Estas características se expresan, entre otros aspectos, en pautas y prácticas de crianza que tienden a asegurar la continuidad de una cultura. Si bien esta pertenencia establece determinadas condiciones, cada niño vivencia y resignifica los aprendizajes de un modo particular. Por este motivo, deberíamos hablar de un niño, de cada niño, de este niño. También habíamos señalado que el niño es sujeto y no objeto sujeto de cuidado. El estado de indefensión del niño, hace que sea el adulto quien deba velar por la satisfacción de sus necesidades comprendiendo al niño como sujeto, como un "otro", que requiere atención y cuidados amorosos, caricias, arrullos, cantos, relatos; ser mirado, escuchado, hablado; sentirse seguro, poder moverse, tocar y jugar. Si bien en la actualidad estamos convencidos de que el niño es sujeto de cuidado, cotidianamente nos llegan noticias del maltrato al que son sometidos niños en nuestro país y en diversos lugares del mundo. Estas situaciones llevaron a una toma de conciencia de la necesidad de

establecer legalmente que el niño es sujeto de derecho. Este reconocimiento implica que el adulto debe asumir la responsabilidad de hacer valer esos derechos.

Las alteraciones producidas en el periodo temprano tienen como consecuencias en todas las esferas del desarrollo, como en la estatura, en la capacidad física, capacidad intelectual, en la salud, en el desarrollo emocional y social. Las consecuencias en los órganos vitales están referidas la mayor probabilidad de enfermedades crónicas en la edad adulta tales como enfermedades cardiacas, diabetes hipertensión y obesidad, y consecuencias de la capacidad reproductivas en el caso de las mujeres.

De acuerdo a los datos de ENDES, (encuestadora de desarrollo social), en el grupo de niños menores de 36 meses la desnutrición crónica es de 18.4 % en el año 2012. Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), la desnutrición crónica infantil, es uno de los principales problemas de salud pública, la prevalencia Nacional es de 17.5% en niños menores de 36 meses a nivel regional 19.1%. La anemia es un problema generalizado tanto en el área rural, según la OMS la prevalencia de anemia a nivel nacional es de 44.5 % en la región cusco 38.8%, mientras que las coberturas de crecimiento y desarrollo es de 50.8% y a nivel nacional es de 58.8%.

Las coberturas de crecimiento y desarrollo completo en niños de un año en La Convención alcanzan a 69%. A nivel local en el año 2013 se logra coberturas 41% en el año 2014; 50% y en el 2015 a 49.3%, se puede observar en las consultas que realizan las madres, no toman mucho interés en la continuidad de los controles, dejando muchas veces a sus niños al cuidado de familiares, vecinos descuidando la parte afectiva, nutricional no acudiendo a las citas de control.

Así mismo se evidencia en los años 2013, 2014 y 2015 coberturas bajas en niños con suplementación de hierro y multimicronutrientes llegando a una cobertura de 20.9 % (2015).

En desarrollo y estimulación temprana, a nivel local solo se logró coberturas del 50 % en niños de un año, se logró concientizar a las madres sobre la importancia de la estimulación temprana que comprende el conjunto de acciones que tienden a proporcionar al niño las experiencias que necesitan desde su nacimiento para desarrollar al máximo su capacidad mental de ahí la necesidad de promover a nivel de la familia y comunidad, las actividades de estimulación temprana.

La estrategia crecimiento y desarrollo no solo consiste en pesar tallar al niño, un objetivo muy importante es el de inducir cambios de conducta para la adopción de acciones para promover la salud, dirigida a tomar acciones antes de que el niño llegue a desnutrirse.

El problema más recurrente en los niños de un año, es la malnutrición, debido a una alimentación no balanceada, escasa en el consumo de hierro, menestras y carbohidratos, vitamina A, y minerales, un niño desnutrido se enferma a menudo con enfermedades gastrointestinales, respiratorias, anemia por déficit de hierro y por defensas insuficientes de su organismo contra la infección.

1.2. Objetivo

Describir la intervención de enfermería en la estimulación temprana del niño menor de 1 año, en el Centro de Salud Santa Ana Cusco 2013- 2015

1.3. Justificación:

Base Legal:

1. Ley 26842 Ley General de Salud
2. Ley 27657 Ley del Ministerio de Salud
3. Ley 29344, Ley Marco del aseguramiento en Salud
4. Decreto Supremo Nro. 023-2005-SA que aprueba el reglamento de Organización y funciones del ministerio de Salud.
5. D.S 009-2006 S.A. que aprueba reglamento de alimentación y nutrición infantil
6. R: M. 537 -2017- MINSA Norma técnica de Salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña (o) menor de cinco años.
7. R.M. Nro. 651 – 2016 -MINSA Norma técnica Esquema nacional de vacunación

Justificación Científica:

El presente trabajo sobre experiencia laboral en intervención de enfermería en estimulación temprana del niño (a) en el centro Salud Santa Ana, en la atención del crecimiento y desarrollo del niño (a), servirá para observar el déficit en el desarrollo psicomotor, y crecimiento normal, porcentajes que se irán describiendo en el transcurso del desarrollo del presente informe, es relevante por ser nuestra tarea principal el de aportar como profesionales de la salud, siendo nuestra labor de enfermería vigilar el adecuado crecimiento y desarrollo en esta etapa tan importante del niño, también es pertinente por ser trabajo integrador que inmiscuye la participación de los padres, familia, y comunidad y servirá en lo posterior para abrir camino a la superación y realización de otros trabajos similares.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Ibi Merle Pérez Rengifo, Yara Sayonc Córdova. Iquitos 2017, Titulado.

Factores Socio Demográfico y Asistencial al control de Crecimiento y Desarrollo en Lactantes del C.S. I-3, 6 de octubre Belén 2017.

Objetivo: Identificar los factores asociados al cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo (CRED) del niño menor de 1 año, en establecimientos de salud del Ministerio de Salud (MINSA) de Amazonas, Loreto y Pasco, Perú, de enero a diciembre de 2012.

Materiales y métodos. Estudio de casos-contrroles pareados: Se definió como caso al niño que no completó 11 controles CRED hasta cumplir 11 meses de edad, y como control, aquel niño con 11 controles CRED para la misma edad. La relación entre cada factor con el cumplimiento del CRED se estableció mediante la prueba de Mc Nemar.

Resultados: Siete factores, luego del control de diversas variables, están asociados significativamente al cumplimiento de los controles CRED. El factor común, en las tres regiones, fue que se dejó de atender alguna vez al niño; lo que se asoció, de tres a cinco veces, con la chance de no cumplir los controles CRED en Loreto y Pasco, mientras que en Amazonas se presentó un efecto opuesto (OR 0,58; IC 95% 0,41- 0,81).

Conclusiones: Existen factores relacionados con el cumplimiento del CRED en niños menores de un año que varían según región. Uno de los principales obstáculos identificados son las múltiples funciones que deben desarrollar los profesionales que laboran en CRED, por lo que se pierden oportunidades de atención al niño; en tal sentido debe garantizarse la dotación suficiente de personal e inculcar permanentemente el buen trato que debe brindarse a los pacientes.

Maribel Quispe Callo, Wendy Charlot tramos Arizala. Arequipa 2016, Titulado. **Satisfacción de la calidad del cuidado de enfermería y deserción al control de crecimiento y desarrollo en menores de 3 años C.S, Mariscal Castilla- Arequipa 2016.**

Objetivo: Promover el óptimo crecimiento y desarrollo con el cuidado de enfermería con la participación activa de la familia. Satisfacer las necesidades primordiales y de salud las demandas del paciente y de su familia. **Metodología:** Es un estudio de tipo cualitativo, descriptivo, correlacional, de corte transversa. **Resultado:** El 86.7 % de madres presentan una satisfacción media, cifras alarmantes que denota que un alto porcentaje de la población están medianamente satisfechos con el cuidado que brinda la enfermera. Esta satisfacción media por un lado provoca malestar e inseguridad y por otro lado permite valorar algunos aspectos del trabajo de enfermería que impide por completo la satisfacción de las madres. **Conclusiones:** Referente a deserción al control de crecimiento y desarrollo el 65.6 % de madres de niños menores de 3 años presentan deserción relativa.

Doris. Liliana Miguel Eusebio, Huanuco 2017, Titulado. **Factores socio demográficos e institucionales asociados en el cumplimiento del esquema del control del crecimiento y desarrollo del niños y niñas de 1 a 3 años.**

Objetivo: Identificar los factores sociales asociados al cumplimiento del esquema de crecimiento y desarrollo de niñas (o) de 1 a 3 años en el C.S. Supte -San Jorge, Tingo María 2016. **Metodología:** Cualitativo descriptivo analítico de diseño correlacional. **Resultado:** Se encontró que los factores demográficos que muestran asociación significativa con el cumplimiento del esquema de control de crecimiento y desarrollo de niños y niñas de 1 a 3 años, fueron la edad de la madre, a mayor número de hijos, mayor inasistencia, integrantes de la familia con el que vive el menor, el 89.8 %. De las niñas y niños que tienen esquema de crecimiento y desarrollo

completo viven con su madre y padre. Se encontró que los factores sociales están asociados al cumplimiento del crecimiento y desarrollo del niño (a) de u o a tres años fueron la distancia de domicilio del niño al establecimiento de salud. Conclusiones: Los factores sociales asociados al cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo, relaciona l distancia del domicilio del menor al establecimiento de salud. los que viven a una distancia de más de 2 Km. Tienen esquema incompleto, la ocupación de la madre y grado de instrucción. Los factores institucionales que muestran asociación con el cumplimiento de crecimiento y desarrollo de los niños y (as) en estudio, son el tiempo para llegar al establecimiento de salud, trato del personal de salud durante la atención, y el costo de la atención del control de crecimiento y desarrollo.

2.2 Marco Conceptual:

Desarrollo Infantil:

Está demostrada la importancia fundante de las primeras experiencias del bebé, revelando sus primeras y precocísimas potencialidades, sus competencias, sus capacidades sensoriales, adaptativas, motoras y cognitivas desde el nacimiento y aun desde antes. Las ciencias nos vienen demostrando cuáles son las necesidades esenciales para el crecimiento y la maduración, sus periodos críticos, sensibles, y las condiciones materiales, afectivas, culturales y sociales imprescindibles para que esas potencialidades se expresen y manifiesten en la realidad cotidiana desde los primeros años de la vida de un niño. Al mismo tiempo la ciencia nos fue develando cuáles son las consecuencias, las secuelas a corto y largo plazo de la carencia, cuando las múltiples necesidades no son satisfechas durante las etapas críticas. El proceso de constitución del sujeto humano es el producto de una compleja transformación evolutiva donde lo biológico, entre ello lo neurológico, constituye la base material para las relaciones adaptativas con el mundo externo.

Aunque dependiente en gran parte de lo genético y lo congénito, lo biológico está a su vez entramado en el tejido social que es el que genera realmente a una persona. Persona que desde el nacimiento es comprendida como un ser completo, aquí y ahora, constructor activo de sus relaciones en cada una de sus etapas y no sólo un proyecto futuro a devenir, a construir o a destruir.

Jean Piaget y los nuevos cognitivistas ofrecen importantes confluencias con las neurociencias para la comprensión del proceso en el que se genera el pensamiento. E indudablemente los avances de la Psico - neuro - endocrino - inmunología(PINE) que fundamenta e integra científicamente las investigaciones actuales sobre desarrollo infantil y enfermedades psicosomáticas, alertando acerca de las condiciones de posibilidad de prevención de muchas enfermedades recurrentes de la proto infancia. Apoyados en ellos y en tantos otros autores, reconocemos al bebé como un ser activo, capaz de iniciativas, de acción y no sólo de reacción, abierto al mundo y al de acción y no sólo de reacción entorno social del cual depende, sujeto de emociones, de sensaciones, de afectos, de movimientos y vínculos, de miedos y ansiedades, vividas en el cuerpo, porque el bebé es todo cuerpo, sensorialidad y motricidad, se desarrolla a partir de los otros, con los otros y en oposición a los otros, como un sujeto que otorga sentido y significación a su entorno y en un intercambio recíproco. Proto infante, pero persona entera siempre, más allá de la normalidad o de la patología, más allá de lo que tenga o de lo que le falte, en interacción con un medio que lo anida, permitiendo que produzca en sí mismo la serie de transformaciones sucesivas que constituyen su proceso particular, original, de crecimiento y de desarrollo en tanto persona, de devenir sujeto histórico y cultural, en el pasaje progresivo del predominio de la dependencia al predominio de la autonomía.

Comprendemos el desarrollo como el conjunto de transformaciones internas que permiten al sujeto la transformación interna, adquisición de las competencias necesarias para ejercer progresivamente actitudes cada vez más autónomas.

En este documento se profundiza en una línea que brinda la posibilidad de pensar en el desarrollo infantil como un proceso, que da herramientas concretas de trabajo para la consulta pediátrica, para el acompañamiento a la familia, y que considera al niño como sujeto respetando su derecho a ser protagonista de su propia constitución como persona.

Consideraciones sobre el crecimiento y desarrollo

Etimológicamente la palabra Desarrollo deriva de Desenrollado, es decir, lo que se va descubriendo ininterrumpidamente en el tiempo.

Según José Bleger el concepto regía en la Psicología Evolutiva, por considerar que todas las cosas preexistían y solo había que descubrirlas “desenrollando” lo que antes estaba enrollado.

Uno de los aportes más antiguos en relación con el estudio del desarrollo es el de Arnold Gessel Arnold Gesell. Él define el desarrollo como un proceso madurativo, de carácter Arnold Gesell esencialmente biológico, con una fuerte regulación genética, en el cual a medida que el niño crece en edad alcanza de manera progresiva, sucesiva y cronológica determinados logros y pautas de conducta que se van cumpliendo siempre con la misma secuencia (previamente programada).

Gesell se basó en el estudio de la conducta del niño y la describió minuciosamente en los niños según la edad cronológica. Bleger aclara que en el encuadre evolutivo cualquier fenómeno, por más complejo que sea, se ha construido a partir de otros más simples que han ido complejizándose al integrarse en otros (posteriores y superiores) más diferenciados y especializados.

En este sentido, el enfoque psicogenético plantea algo similar. Jean Piaget habla del desarrollo como aquel proceso que se extiende desde el nacimiento hasta la adolescencia, marcado por tiempos y características que denomina "períodos" y que guardan la particularidad de integrarse unos en otros en forma de espiral ascendente, sin que lo primero se pierda en lo que le sigue. Parte del concepto de que el niño tiene un papel activo en el conocimiento del mundo, construyendo cada conocimiento nuevo sobre la base de los preexistentes.

El desarrollo como proceso posee varias características:

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

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

Los cambios que se producen en una dimensión influyen sobre el desarrollo de las otras y viceversa.

- Es continuo ya que comienza antes del nacimiento y continúa toda la vida. Esto significa que cualquier evento que suceda en un momento del desarrollo puede contribuir o dificultar los eventos posteriores.

- El desarrollo se produce en un proceso de interacción. El desarrollo de un niño se produce en interacción con sus ambientes biofísico y social, interactuando con las personas y actuando con las cosas. A la vez el niño influye sobre su ambiente, mediante sus respuestas e iniciativas.

Desde una perspectiva ecológica más amplia Bronfenbrenner (1989) habla del desarrollo en contexto, definiéndolo como "una concepción cambiante, desarrollo en contexto.

De esta manera se resalta el papel fundamental del ambiente, caracterizado en términos de sistemas y estructuras interpersonales cada vez más amplias

Los cuidados cotidianos operan ayudando a tejer la trama de continencia, sostén, seguimiento y apoyo, para los niños en situación de vulnerabilidad. Es necesario generar estrategias para apoyar y preservar la constitución subjetiva. Por lo tanto, los postulados de base de toda intervención, que constituyen los valores esenciales de sus fundamentos éticos son:

- El Respeto

Por el sujeto y por la familia - Por la maduración neuropsicológica del niño
- Por su derecho a ser protagonista de su propio desarrollo.

- La Autonomía

Reconociendo su existencia aún en esbozos desde el comienzo de la vida, sus señales y condiciones en cada estadio y - Como objetivo para afirmar y desarrollar. - Considerando y valorando las iniciativas del niño, aunque sean precariamente esbozadas como expresión de su ser sujeto, aun cuando deban oponerse límites necesarios y - Diferenciando claramente entre "autonomía" y "soledad", entre crear las condiciones de actividad y desarrollo con la mayor autonomía posible y formas evidentes o sutiles de abandono y/o de pseudoautonomía que generan procesos de sobre adaptación. - Reconociendo y apoyando la capacidad de resiliencia

- La Seguridad

Afectiva provista por la estructura del vínculo de apego con el Otro. - Confianza en sí mismo que parte del sentimiento de seguridad postural y corporal. - Respeto de su medio ambiente humano y material. El niño utiliza su motricidad no sólo para moverse, para desplazarse o para tomar los objetos, sino, fundamentalmente para ser y para aprender a pensar.

Los ejes organizadores del desarrollo:

El desarrollo es un proceso de organización progresiva y de complejización creciente de las funciones biológicas y psicosociales que le permiten al ser creciente de las funciones biológicas y psicosociales que le permiten al ser humano satisfacer progresivamente sus diferentes, múltiples y renovadas necesidades en un proceso de adaptación activa al medio. necesidades en un proceso de adaptación activa al medio.

El desarrollo del niño constituye entonces, desde esta concepción, el camino de resolución de sus necesidades, que parte de la dependencia absoluta y va constituyendo su autonomía relativa en la medida que la maduración del sistema nervioso y su intercambio múltiple con el medio humano y físico se lo van permitiendo.

El niño desde que nace posee un sistema de comportamientos muy ricos, producto de sus necesidades básicas, que generan ciertas conductas complementarias del adulto tendientes a satisfacerlas. Se constituyen entre el niño y el adulto sistemas que operan recíprocamente, en feed - back, a los que se les da el carácter de "organizadores" (Chokler, 1988).

En esta relación hay un polo principal básico constituido por las condiciones internas del sujeto; al mismo tiempo, el medio externo, fundamentalmente el humano, ofrece elementos imprescindibles para el desarrollo. Estos sistemas de acción recíproca, permanentes en la interacción entre la persona y su medio, se estructuran genéticamente y van madurando y transformándose a lo largo de la vida.

Desde la organización biológica inicial, genética y socialmente determinada, las formas singulares en que van operando estos "organizadores" tejen la trama de su historia emergiendo la persona que es, piensa, siente y actúa en el aquí y ahora.

- Vínculo de apego

El apego es el lazo afectivo que una persona forma entre ella y una figura específica, un lazo que tiende a mantenerlos juntos en el espacio y perdura en el tiempo” (Ainsworth). La calidad particular con que se estructura el apego de manera primaria conforma la matriz afectiva que modulará los vínculos afectivos futuros. Aunque limitado inicialmente en los desplazamientos y en la autonomía, el niño presenta, desde el nacimiento, un riquísimo repertorio de comportamientos que lo ligan con el adulto, quien le permite la satisfacción de sus múltiples necesidades. La manera de sostener el cuerpo del bebé y manipularlo es captada por éste mediante receptores cutáneos y Tomado de Chokler, M. Documento publicado por la Dirección de Educación Especial de la Pcia. de Buenos Aires, 2001. 6 pág. 19 propioceptivos, provocándole sentimientos de seguridad y confianza. En la constitución del apego, el tacto y el contacto suave, el olor de la piel, el calor, el movimiento rítmico del cuerpo, la mirada, la sonrisa y la voz parecen tener un lugar primordial.

La finalidad del vínculo de apego es por un lado, garantizar al niño que nace en una situación de extrema indefensión, incapaz de satisfacer por sí mismo sus necesidades biológicas y afectivas, los cuidados del adulto, y por el otro, sostener la posibilidad de conexión con el mundo.

Corraze por su parte señala que los comportamientos de apego son fundamentales para la puesta en marcha de las conductas exploratorias y que la carencia de ellos provoca perturbaciones en la organización de la motricidad y de las praxias, cualesquiera fueran las posibilidades y los estímulos para explorar el medio. Spitz, Reingold, Ajuriaguerra y otros autores coinciden en que los niños privados muy tempranamente de figuras de apego significativas renuncian progresivamente a la exploración, disminuyen su crecimiento ponderal y tienden hacia el aislamiento y la desconexión.

- La comunicación:

La comunicación surge de las progresivas interacciones que parten de los primerísimos intercambios tónico - emocionales y afectivos en el contacto lactante/adulto. El nivel de comunicación contenido en los gestos opera a niveles conscientes e inconscientes. Las actitudes del niño a través de una irradiación tónico - emocional, provocan en el adulto sensaciones, emociones, que evocan situaciones vividas por éste anteriormente.

La interacción corporal en un encadenamiento de gestos enlazados en feed-back, con una función de señalización, va generando desde el nacimiento, y tal vez aun desde antes, lo que Ajuriaguerra denominó diálogo tónico, función primitiva y permanente de comunicación que establece una comunión inmediata, previa a toda relación intelectual. Esta estructura conforma un lazo semántico, constituyendo el primer sistema de señales, único código disponible al niño durante mucho tiempo, antes de que pueda adquirir el lenguaje verbal.

La eficacia de este primer sistema de señales y la satisfacción, el placer, la unidad, la tensión, la gratificación o la frustración que provoca quedarán permanentemente ligados constituyendo su matriz de comunicación, alentando o interfiriendo en su desarrollo. Este camino es necesario para la elaboración de la función simbólica, hasta llegar al código compartido y al lenguaje.

- Exploración y apropiación del mundo externo.

Emergen de la necesidad esencial de adaptación e interacción con el medio y del "impulso epistémico" (impulso hacia el conocimiento), propio de toda organización viviente, permitiendo la progresiva internalización, reconstrucción mental y representación cada vez más acabada, compleja y simbólica de las formas y leyes de existencia y funcionamiento de los elementos del medio. Las modalidades y estrategias individuales con las que se realiza esta internalización de la interacción sujeto/mundo externo, bajo la influencia de un Orden Simbólico, histórico, social y cultural, multideterminan las Ordenes Simbólicas matrices de aprendizaje.

El niño puede explorar y apropiarse del mundo externo a través del juego y de la interacción con los otros en la medida de la seguridad afectiva que le proveen sus vínculos de apego.

- Equilibrio y seguridad postural

El equilibrio y la seguridad postural son construcciones posturales y cinéticas, genéticamente programadas para las funciones anti gravitatorias (en contra de la fuerza de gravedad) y direccionales, en interacción con el medio y ligadas a las emociones. Son organizadoras del gesto y del movimiento para el acto y por lo tanto también de su expresión emocional y su significación.

El registro absolutamente íntimo e individual de la sensación de equilibrio -de estabilidad, de precariedad o de pérdida del mismo- es una autoconstrucción que exige una autorregulación por integración progresiva de los sistemas perceptivos, propioceptivo - vestibular y posicional en el espacio. Relacionado con las íntimas experiencias posturales, los desplazamientos y las praxias, constituye el sentimiento de seguridad postural, a su vez base indispensable del sentimiento de seguridad personal, de libertad motora y de armonía en la elaboración de la imagen de sí.

Es indudable que los descubrimientos de E. Pikler y de A. Szanto acerca del desarrollo postural autónomo, de sus condiciones y de sus repercusiones en la constitución de la personalidad en su conjunto, de J. Paillard acerca de los determinantes de la organización y representación del espacio, entre muchos otros investigadores, han permitido integrar la construcción del equilibrio y de la seguridad postural a todo el desarrollo humano desde una concepción científica, neurofisiológica y psicosocial de la ontogénesis.

La evolución del equilibrio, del equilibrio posturas y de las posturas desplazamientos, los desplazamientos apropiación y el dominio progresivo del propio cuerpo permiten en cada momento de la vida, a su

nivel, organizar los movimientos y construir y mantener un íntimo sentimiento de seguridad postural, esencial para la constitución de la imagen del cuerpo, de la armonía del gesto y de la eficacia de las acciones. Esto tiene repercusiones en la constitución de la personalidad en su conjunto y en la organización y representación del espacio. Esta concepción ha permitido integrar una mirada científica neurofisiológica y psicológica del proceso de construcción del equilibrio postural reconociendo la continuidad genética del desarrollo motor la continuidad genética del desarrollo motor

El orden simbólico. está constituido por el conjunto de representaciones sociales (jurídicas, económicas, lingüísticas y culturales) que, inscriptas desde muy temprano en el psiquismo, a través de las relaciones, creencias, mandatos y valores familiares e institucionales, operan eficazmente determinando la conducta del sujeto y la adjudicación y asunción de los roles individuales y grupales. Ejemplos de ello son: la carga de significaciones del nombre y del apellido, de lo asignado históricamente a lo masculino y a lo femenino, de lo permitido y de lo prohibido, del sentido de la transgresión y del castigo, del sentimiento de continuidad o de ruptura de los orígenes, del espacio, de las raíces, del lugar de la filiación y de la pertenencia, de la ubicación en el proceso del conocer, de la propiedad y de la exclusión, de la transmisión de los mitos, de los saberes, de los roles, etc.

Organizadores del desarrollo

Interactúan entre sí dialécticamente, presentan manifestaciones concretas en cada ser concreto, en cada situación y en su contexto material, familiar y social, en cada uno de sus estadios y a lo largo de la vida. El reconocimiento de los Organizadores del Desarrollo, sus determinantes, su Organizadores del Desarrollo evolución, sus transformaciones, permiten una elaboración más ajustada de estrategias, tácticas y técnicas.

A partir de éstas se puede operar sobre los procesos de personalización, de socialización y de aprendizaje, cuestionándose en cada momento: ¿Qué es lo mejor para ese niño?

Crecimiento:

Se denomina crecimiento físico al aumento del número y tamaño de las células de un organismo. El crecimiento es un indicador muy sensible de la salud y de la nutrición de una población. Los grupos poblacionales en los que se observan tallas promedio más bajas son a la vez los que tienen mayores tasas de mortalidad infantil y preescolar. Mucho antes de que los signos de malnutrición sean clínicamente evidentes se puede detectar, por medio del control de salud, que el crecimiento se ha enlentecido o detenido. Por qué evaluar el crecimiento

El proceso de crecimiento se inicia en el momento mismo de la fecundación y culmina cuando se alcanza la madurez completa.

El crecimiento presenta cuatro características fundamentales que lo colocan en el centro de las acciones de cuidado de la niñez, las cuales se resumen a continuación

- Existe una estrecha relación entre el crecimiento, la nutrición, el estado de salud del niño y las condiciones de vida de él y su familia.
- Debido a su dependencia de factores biológicos, psicosociales y ambientales, se podría afirmar que un niño que crece bien está sano, o no presenta problemas de salud importantes, y a la inversa, toda alteración del crecimiento responde a causas que requieren especial atención, sean éstas de origen biológico, psicológico o social (OPS, 1999)
- La mayoría de los factores que comprometen el crecimiento normal pueden ser prevenidos o tratados. Mediante acciones simples realizadas desde el sector salud (control prenatal, promoción de la lactancia materna, pautas de alimentación, control del crecimiento y desarrollo, prevención y tratamiento de enfermedades prevalentes y

crónicas no transmisibles) y otras que requieren especial participación de la comunidad y diferentes actores sociales (saneamiento básico, fortalecimiento de vínculos familiares, interacciones psicosociales y ambiente facilitador), es posible prevenir o tratar la mayoría de las causas que producen trastornos del crecimiento.

- Cuanto más temprana y prolongada es la injuria, más grave es el daño y menor la posibilidad de recuperación; es decir, se requiere una vigilancia estrecha para detectar las alteraciones del crecimiento de modo temprano.

El crecimiento puede ser evaluado de manera simple y a bajo costo por medio de la antropometría. Además, existen antropometría. otros métodos bioquímicos o funcionales (por ejemplo: tomografía computada, etc.) de complejidad y costo variables.

Dada la estrecha relación del crecimiento con la salud y las condiciones de vida, y dada la posibilidad de prevenir y/o tratar sus alteraciones, la vigilancia del crecimiento constituye un eje fundamental en la atención integral de la niñez.

La evaluación del crecimiento es un proceso que se inicia con mediciones del tamaño del niño, continúa con reflexiones sobre si está creciendo bien y concluye en acciones concretas. Involucra a distintos actores: el equipo de salud y la familia. La evaluación del crecimiento puede ser minuciosa pero inefectiva si la madre y la familia quedan excluidas del proceso. Tanto cuando el crecimiento es satisfactorio como cuando hay algún signo de alerta, la madre y la familia deben participar de los resultados.

El equipo de salud aconsejará pautas, pero es la madre quien las llevará a cabo. La posibilidad de que los consejos del equipo de salud se transformen en acciones de protección al niño dependen de ese involucramiento de la madre durante la consulta. Es importante reflexionar sobre las creencias que los equipos de salud tienen en torno a la

capacidad de las madres de comprender, de transformar las indicaciones en acciones.

La confianza es un valor fundamental para que la madre se sienta parte fundamental del proceso y para ello hay que ser consecuente, y compartir los resultados de la evaluación del crecimiento y reconocerle todo el mérito cuando se observa crecimiento satisfactorio o recuperación en los casos en los que se había detectado algún problema.

Por ser la evaluación del crecimiento una práctica habitual en los controles de salud en los primeros años de vida, éste es el momento adecuado para reflexionar con los padres sobre las pautas de crianza para asegurar el crecimiento y desarrollo apropiado de su hijo.

Cómo evaluar el crecimiento La antropometría es un método esencial en la evaluación del crecimiento y del estado nutricional. Dada su simplicidad y su bajo costo las mediciones antropométricas permiten la detección temprana de alteraciones que sólo tardíamente aparecen bajo la forma de signos y síntomas.

La evaluación del crecimiento mediante técnicas antropométricas, es decir basada en la medición de distintas dimensiones y proporciones corporales y su comparación con un patrón considerado normal, puede realizarse de

manera estática o dinámica, y a su vez puede estar dirigida al estudio de un individuo o de una comunidad.

Se habla de una evaluación "estática" cuando la reflexión se basa en una sola medición y "dinámica" cuando se cuenta con una secuencia de valores de peso y talla del niño que permiten valorar cambios en "su" patrón de crecimiento.

Al igual que en las pautas de desarrollo existe para cada edad un rango de normalidad. Ese rango se encuentra expresado en las curvas de referencia como percentiles que expresan sencillamente que los niños

normales que fueron medidos para construir tales referencias mostraban para una misma edad y sexo valores diferentes de peso y talla.

Se estableció así el concepto de carril de crecimiento entendiendo que cada niño tiene la posibilidad de transitar por un lugar determinado de la curva y que lo importante es que a cada edad gane gramos o centímetros para poder mantenerse en ese carril. Cuando la evaluación se realiza con una sola medición sólo puede determinarse si el niño se encuentra o no dentro de lo normal. Sólo con mediciones sucesivas puede establecerse si la tendencia de crecimiento es normal.

Las medidas más útiles para la evaluación nutricional son el peso y la talla. La relación entre ellas (expresada como el peso esperado para la talla) y con la edad del niño (expresada como la talla o el peso esperado para la edad) son los indicadores del estado nutricional más usados.

Cuando no se conoce el peso ni la talla, otras medidas antropométricas permiten aproximarse a una evaluación, pero con menor sensibilidad y con mayor margen de error.

La evaluación del crecimiento y estado nutricional de los niños es fundamental, para la promoción de la salud. La posición de un solo punto en la gráfica es menos importante que la curva trazada a partir de varias mediciones. La falta de ganancia de peso entre dos mediciones sucesivas es otro dato de posibles problemas de salud y nutrición.

Todos los indicadores, peso/edad, talla/edad y peso/talla son necesarios para tomar decisiones con respecto al tipo de intervención nutricional a realizar y su evaluación posterior.

La velocidad de crecimiento se puede evaluar analizando los cambios en medidas antropométricas a lo largo del tiempo. El estado nutricional se puede evaluar comparando las medidas antropométricas de un niño específico o de un grupo de niños con valores aceptados como patrones normales de referencia.

Tal evaluación es posible cuando se usa una combinación de varios indicadores. La combinación más utilizada es el peso para talla junto con

la talla para edad. En virtud de que durante los primeros 2 años de vida el peso y la longitud aumentan con distintas velocidades, y ese aumento es influenciado por el peso y la longitud del niño al nacer, también es aconsejable evaluar el peso para edad. Indicadores antropométricos A continuación describimos los indicadores más utilizados, señalando sus principales ventajas y limitaciones.

Peso y talla:

las mediciones aisladas de peso o talla nos permiten evaluar el estado nutricional del niño, a menos que se relacionen entre sí o con la edad del niño para compararlos con patrones de referencia.

Para usarlos como indicadores de crecimiento es necesario medirlos repetidamente (de manera longitudinal). Para ello es conveniente anotar el peso y la talla en una gráfica de las curvas normales de crecimiento.

- **Peso para talla:** este indicador permite el diagnóstico de desnutrición o sobrepeso al momento de efectuar las mediciones y es relativamente independiente de la edad del niño. Su principal inconveniente es el grado de dificultad y la magnitud del error asociado con la medición de la longitud, particularmente en el primer año de vida.

- **Índice de masa corporal (IMC):**

(peso/talla) refleja la corpulencia, y según algunos autores es un indicador de adiposidad por su alta correlación con la grasa corporal y su independencia de la talla. Pero este indicador refleja el exceso o normalidad tanto de masa magra como de masa grasa, por lo cual es un indicador de la masa corporal total.

La curva del IMC - Talla para edad: - permite evaluar si hay un retraso en el crecimiento, el que generalmente se asocia con deficiencias nutricionales por períodos largos o repetidos o durante períodos críticos del crecimiento. Los cambios en la talla no son tan rápidos como los

cambios en el peso, por lo que la deficiencia de talla para edad representa un retraso de crecimiento esquelético (retardo del crecimiento).

– **Peso para edad:**

Su principal ventaja es que no requiere de Peso para edad: a medición de la talla. Tiene la desventaja de que no permite distinguir entre un niño desnutrido con talla adecuada o alta y un niño bien nutrido u obeso, pero con talla baja. A pesar de esta importante limitación, algunas personas usan este indicador para evaluar el estado nutricional de niños menores de 1 ó 2 años. En estos casos es necesario saber si los niños nacieron a término y sin un déficit de longitud

– **Grosor de pliegues cutáneos:**

Proporciona información Grosor de pliegues cutáneos sobre la cantidad y distribución de la grasa corporal. Asociado con medidas de peso y talla permite estimar la composición corporal del niño.

– **Circunferencia de brazo:**

En combinación con la medición Circunferencia de brazo: del pliegue cutáneo del brazo permite estimar la masa muscular y la grasa en esa región. Se ha observado que aquellos niños que presentan el segundo pico de manera temprana (entre los 2 y 4 años) tienen un mayor riesgo de obesidad en la juventud y adultez.

– **Circunferencia cefálica:**

Es una medida importante durante los dos primeros años de la vida como indicador del crecimiento cerebral dado que el tamaño de la cabeza es un buen indicador del tamaño del cerebro. De allí el valor que tiene la medición del perímetro cefálico para predecir el posterior crecimiento del sistema nervioso central.

Se usa frecuentemente en el contexto clínico como parte de la pesquisa de enfermedades craneoencefálicas, y es muy importante el seguimiento

materna y las normas de referencia NCHS/OMS. En general los niños amamantados tienden a crecer rápidamente en los primeros 2 ó 3 meses, pero luego lo hacen más lentamente en comparación a la norma. La recomendación de la Academia Americana de Pediatría expresa: "La alimentación al pecho es la referencia o norma modelo contra la cual todos los métodos alternativos de alimentación deben ser medidos en relación con crecimiento, salud, desarrollo y toda otra evolución de corto o largo plazo ". Esto significa que el crecimiento máximo alcanzado por los bebés con alimentación artificial no es necesariamente equivalente al crecimiento óptimo. Se concluye que la actual referencia NCHS/OMS no es la más adecuada para evaluar el crecimiento de los niños amamantados, alerta sobre el peligro de emplear estas normas como estándares y recomienda el desarrollo de una nueva referencia internacional. Se están confeccionando nuevas curvas de la OMS en base a niños exclusivamente amamantados. Hasta que éstas se hallen disponibles sugerimos realizar un seguimiento personalizado que incluya otros parámetros de evaluación:

- 1 - Estado clínico del niño.
- 2 - Desarrollo y maduración.
- 3 - Anamnesis y evaluación clínica de la lactancia materna para optimizar su rendimiento.

Incremento de peso g/día, evaluando en controles sucesivos valores mínimos aceptados,

Estímulos:

Los estímulos son aquellos impactos que producen una reacción sobre el ser humano, es decir, una influencia sobre alguna función; éstos pueden ser de distinta índole, tanto internos como externos, físicos como afectivos: la caricia, el ruido, el silencio, el dolor, la lluvia, el sol, la risa, la voz, todos los objetos y los seres vivos.

El estímulo es cualquier cosa que influya efectivamente sobre los órganos sensitivos de un organismo viviente, incluyendo fenómeno físico interno y externos del cuerpo. Al igual que todos los niños aprenden a hablar por sí mismos, su cerebro es capaz de adquirir toda otra serie de conocimientos mediante la repetición sistemática de estímulos.

Beneficios de la estimulación temprana:

Dispone de un cerebro moldeable en lo que ha permitido a la especie humana progresar y sobrevivir incluso en las condiciones naturales adversas

El objetivo de una buena estimulación temprana nunca será formar genios en un área específica, si no brindar una amplia variedad de conocimientos.

-Es formar personas inteligentes física e intelectual teniendo como condición ineludible la felicidad.

-No estimular es un gran error.

-estimular incorrectamente puede ser aún más grave.

Los niños con lesiones cerebrales presentan:

-dislexia

-retraso o retardo mental

-Problemas de aprendizaje

-Problemas de lectura

-síndrome de Down.

-estrabismo

Autismo etc.

Estimular a un niño sano Es brindarle la oportunidad de que tenga una estructura cerebral sana y fuerte, por medio de estímulos, utilizando al máximo sus potenciales físicos e intelectuales.

Recomendaciones para los padres:

- Para ser efectiva, la estimulación debe De ser justa y precisa; no exigir en exceso a los niños ni intentar imponer una actividad cuando ellos no están dispuestos.
- Reforzar los avances de los niños; intentar que repitan lo nuevo que han aprendido, y celebrar con abrazos y besos cada uno de sus logros
- Vestir siempre a los niños con ropa cómoda, de manera que puedan moverse libremente.
- Nunca demostrar impaciencia cuando traten de realizar algo que no les resulta.
- El juego es una de las herramientas más eficaces para estimular las distintas áreas de desarrollo; a medida que el niño vaya interactuando con sus padres será más fácil captar las actividades que les divierten y los objetos que les atraen.

Inteligencia:

Es la capacidad que tiene el cerebro humano para procesar la información que recibe del exterior.

- Depende en un 50% de la estimulación y en un 50% de la manera como brindemos estos estímulos
- Depende de la estructura que tenga el cerebro y las vías de acceso que lo comunican con el mundo externo.
- Característica innata del ser humano, para ser utilizada o mejorada.
- La emoción es una conducta adquirida de acuerdo a las reacciones del entorno
- La emoción es indispensable para un óptimo desarrollo de una actividad, pero no es una característica innata del ser humano sino una característica adquirida

- Una familia con buen humor generara hijos de buen humor.
- Una familia triunfadora generara hijos triunfadores.
- La crítica conducirá a una baja en el optimismo, especialmente en los niños
- Nadie es más autocritico que un niño, él sabe que tanto puede y debe mejorar.

Beneficios del juego:

- Canal de expresión y descarga de sentimientos positivos y negativos, ayudado a l equilibrio emocional.
- Con los juegos de imitación está ensayando y ejercitándose para la vida de adulto.
- Cuando juega con otros niños y niñas se socializa y gesta sus futuras habilidades sociales El juego es un canal para conocer los comportamientos del niño y así poder encauzar y premiar hábitos.

2.2 Definición de Términos

– Crecimiento.

Proceso de incremento de la masa corporal de un ser vivo que se produce por el aumento en el número de células. Es un proceso que está regulado por factores nutricionales, socioeconómicos, culturales, emocionales genéticos y neuroendocrinos. Se mide por medio de las variables antropométricas: peso, talla. Perímetro cefálico, etc.

– Desarrollo.

Proceso dinámico por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de fenómenos de maduración, diferenciación e integración de sus funciones, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional,

sexual, ecológico, cultural, ético y social. se encuentra influenciado por factores genéticos, culturales y ambientales.

– **Control de crecimiento y desarrollo.**

Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional enfermero (a) con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y de niño, detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos. así como la presencia de enfermedades facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo las deficiencias y discapacidades

– **Estimulación Temprana.**

Conjunto de acciones con base científicas aplicada en forma sistemática y secuencial en la atención de niño y niña desde su nacimiento hasta los 36 meses, fortaleciendo el vínculo afectivo entre padres e hijos y proporcionando a la niña y niño las experiencias que ellos necesitan para desarrollar al máximo sus potencialidades físicas cognitivas emocionales y sociales. La estimulación temprana tiene como objetivo aprovechar la capacidad de adaptabilidad del cerebro en beneficio del niño.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos

La recolección de datos para la presentación de este informe y elaboración de Cuadros estadísticos se han obtenido de.

- 1.- Registro diario de atenciones
- 2.- Historias Clínicas
- 3.- Informes operacionales mensuales
- 4,- Información estadística
- 5.- evaluación anual.

3.2 Experiencia Profesional

En noviembre de 1993, inicie mi actividad profesional con el servicio Rural Urbano Marginal (SERUMS) en el Centro d Salud Palma Real perteneciente al distrito de Echarati provincia la convención ,Departamento del cusco ,durante un año , en donde asumo la jefatura del Establecimiento de Salud, realizando labor asistencial, atención en el servicio de medicina, así mismo asumí el cargo en las diferentes estrategias como son , control Crecimiento y desarrollo, inmunizaciones y/o vacunación a niños menores de cinco años y población en general, estrategia sanitaria nacional Metaxenicas dentro de ello la atención de enfermedades como la Malaria, Leishmaniosis, Bartonelosis ,Fiebre amarilla , Dengue, enfermedades Zoonóticas como: rabia humana, rabia silvestre Enfermedades Diarreicas agudas ,Infecciones Respiratorias Agudas, estrategia sanitaria salud materno neonatal, atención de parto, atención inmediata al recién nacido , Planificacion familiar ,así mismo proyección comunitaria , visita domiciliaria, casa por casa ,realizando actividades preventivo promocionales poniendo énfasis en el lavado de manos , coordinación con autoridades de las diferentes comunidades, capacitación mensual a promotores de salud ,atenciones integrales de

salud en comunidad en forma periódica ,Estrategia sanitaria nacional Tuberculosis luego de concluir con el Serums .En el mes de Diciembre de 1995 ,fui contratada por el MINSA ,programa salud básica para todos con 12 horas diarias de labor, sin beneficios en el Centro de salud de Huyro, Distrito Huayopata , provincia de la convención, Departamento del cusco laborando con 08 recursos humanos, por un lapso de 5 años, siendo responsable de las diferentes estrategias como : Crecimiento y Desarrollo ,inmunizaciones en algunas veces atención de Medicina general , Tuberculosis, Metaxénica, malaria , bartonella, fiebre amarilla, Leishmaniosis) enfermedades no transmisibles: (diabetes, hipertensión), Infecciones respiratoria Aguda, Enfermedad diarreicas agudas, articulado nutricional, Promoción de la Salud, accidentes de trabajos, zoonosis, salud Materno y Planificación Familiar, la labor era ser múltiples por que se carecía de personal médico y obstetra.

En el año 1995 pase a laborar al Puesto de salud Alfamayo perteneciente al distrito de Huayopata, Provincia la Convención, Departamento del Cusco, donde labore por un lapso de 3 años con 2 recursos humanos 01 Lic. enfermería y 01 técnico en enfermería con el cargo de jefe de establecimiento, realizando labores administrativas y asistenciales, brindando atenciones de primer nivel de atención en las diferentes Estrategias.

En el año 1999 paso a laborar al Puesto de Salud Huayopata,Distrito Huayopata, provincia La Convencion,recurso humano 01 Tecnico en enfermería

En el año 2005 paso a laborar en la Micro Red Pucyura, centro de Salud Pucyura distrito de Vilcabamba teniendo el cargo de Jefe de Personal y responsable de crecimiento y desarrollo, Inmunizaciones, metaxenicas, TBC(tuberculosis), Articulado nutricional.

En abril 2008 mediante R D Nro0302- 2008 pase a ser nombrada en el Centro Salud Pucyura.

En marzo 2010 fui rotada por necesidad de servicio al Centro de Salud Santa Ana, Distrito de Santa Ana. Provincia La Convención, antes de mi llegada solamente laboraban 05 recursos humanos, todos ellos técnicos en enfermería donde asumí la jefatura del establecimiento, es donde iniciamos con el seguro integral de salud.

así, mismo realizamos atenciones en comunidad, para difundir la apertura del nuevo Establecimiento de Salud ,luego de ello se coordina con la Red de Servicios de Salud la Convención, para la convocación de un equipo completo de profesionales de salud, en donde fui aceptada y así realizamos la difusión de la cartera de servicios que brindamos en la actualidad, laboramos 24 recursos humanos ,brindando atención a 28 comunidades y parte de la ciudad de Quillabamba, a la fecha no contamos con población asignada, en cuanto a las responsabilidades asignadas: como atención en crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, Metaxenicis ,Leishmaniosis, Bartonelosis, Dengue, cabe recalcar, que mensualmente se realiza tratamiento focal en Quillabamba ciudad, y aledaños actividad preventiva en eliminación de criaderos intradomiciliaria, con la finalidad de controlar el vector y la enfermedad del dengue, con la participación de todo el personal de salud, con el apoyo de los soldados del cuartel, personal del Municipio de Quillabamba, también se realiza actividades extramurales casa por casa realizar actividades promoción y prevención de enfermedades prevalentes y no transmisibles como es: diabetes, hipertensión arterial, obesidad prevención del cáncer, capacitación a promotores de salud, salud escolar y del adolescente, brindando el paquete de atención, capacitación a docentes y escolares. Estrategia sanitaria nacional tuberculosis, alimentación y nutrición saludable, con sesiones demostrativas dirigida a madres de niños menores de 3 años ,madres gestantes, madres que dan de lactar ,y el trabajo es sobrecargada en lo laboral, me siento realizada como profesional, me encanta mi profesión y lo que hago, trabajo con mucho entusiasmo, me encantan los niños, y veo en ellos reflejado la inocencia

del ser humano , pienso que el trabajo de informe que elegí es tan valioso para mejorar la calidad en la atención de nuestros niños, y en lo personal siento que nuestros niños se lo merecen ,y también me abre camino a la superación profesional.

3.3. Procesos realizados del Informe del Tema

El Centro de Salud Santa Ana está ubicado en la localidad de Quillabamba del Distrito Santa Ana, Provincia la Convención Departamento del cusco a una altura.1063 m.s.n.m. Desde el año 2010 aproximadamente en el mes de abril nace este establecimiento ,se inició como anexo del Hospital Quillabamba, donde laboro 01 Enfermera, y 03 técnicos en Enfermería, y en los meses de julio a setiembre del mismo año ,se implementó con más profesionales y para el año 2011 fue reconocido, como Centro de salud Santa Ana con una infraestructura junto a la casa de la Cooperativa Cocola ,ubicado en jirón kiteni , los ambientes era muy reducidos, no reunían las condiciones para la atención, eran habitaciones muy estrechos y hacinados, no acorde para un establecimiento de salud, anteriormente funcionó como casa de espera de la gestante. Estando a su cargo 28 comunidades, con una población asignada 2013: 26577, 2014: 4848 ,2015: 4820. A partir del año 2012 se Re categoriza el establecimiento de salud pasando de I-2 a I-3 y a la fecha a I-4 así mismo se cuenta con el siguiente Recurso Humano

Personal Asignado en el centro de salud Santa Ana

PROFESIONAL	NOMBRADO	CAS	TOTAL
MEDICO	2		2
ENFERMERA	2	2	4
OBSTETRIZ	2	1	3
PSICOLOGO		1	1
ODONTOLOGO	1		1
BIOLOGO		1	1
TEC. ENFERMERIA	7		7
TEC.LABORATORIO	1		1
TEC.INFORMATICA	1		1
OTROS	1	2	3
TOTAL	17	7	24

Durante los años 2013, 2014,2015, paulatinamente se Recategoriza el Establecimiento de salud, pese a la infraestructura inadecuada se logra adecuar para brinda atención a la población usuaria referente a los ambientes, consultorios para la atención se logra sub dividir y adecuar con un presupuesto nacional para establecimientos de salud, distribuidos de la siguiente forma, consultorios de medicina 02, enfermería 02, obstetricia 01, odontología 01, psicología 01, laboratorio 01, centro de cómputo 01, ambiente para tratamiento TBC 01.

Se habilita 02 consultorios de crecimiento y desarrollo, estimulación temprana así mismo en la salidas comunitarias se realiza difusión, información dirigidos a madres de niños, niñas menores de 5 años para que acudan al establecimiento de salud para su atención se evidencia que muchas de las madres no le dan la debida importancia a los control CRED ni estimulación temprana del niño a la fecha poco a poco se logra

concientizar a las madres acerca de los beneficios e importancia de los controles del niño.

Logros

A nivel personal y profesional he adquirido mayor conocimiento, y destreza en cuanto a la atención del niño y su entorno, no solamente en niños sino en las diferentes estrategias que maneja el Ministerio de Salud.

Aportes:

a nivel profesional. Aporto con la buena imagen institucional, demostrando una atención con calidad y calidez en beneficio del paciente y del niño (a)

Limitaciones para el Desempeño Profesional

- Infraestructura inadecuada
- Equipamiento deficiente
- no contamos con población asignada
- Falta de movilidad para realizar trabajos extramurales

IV. RESULTADOS

4.1 NIÑO DE 1 AÑO DE EDAD CON VACUNA COMPLETA

Se entiende como niño de 1 año a los comprendidos entre un año hasta un año 11 meses 29 días en el transcurso de esta etapa se logró vacunar a niños de este grupo de edad, 1 año, Sarampión, Papera y Rubeola Y 3ra Neumococo, 1 año 3 meses vacuna contra la fiebre amarilla, 1 año 6 meses primer refuerzo Sarampión, Papera, Rubeola y DPT, Díptera, Pertusis y tétanos.

CUADRO 4.1
COBERTURA DE VACUNACION DE NIÑOS DE 1 AÑO

	SPR		NEUMOCOCO		AMA		DPT 18M		SPR 18M	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2013	174	106	153	93	138	84	101	61	101	61
2014	187	178	163	155	130	123	115	109	108	102
2015	232	114.8	215	106	210	103	218	107	195	96.5

FUENTE: Informes operacionales del Centro de Salud Santa Ana

Como se evidencia en el presente cuadro durante los 3 años se observan coberturas que sobrepasan el 100%, debido a que se logra vacunar a la población de Quillabamba, transeúntes, se contrata personal exclusivo para el seguimiento de vacunación, participación del personal de enfermería en salidas comunitarias y campañas de vacunación.

NIÑOS DE UN AÑO CON CRED COMPLETO

En el establecimiento del Centro de Salud Santa Ana el control de crecimiento y desarrollo lo realiza el profesional de enfermería con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño a fin de detectar de manera oportuna riesgos, alteraciones, así como la presencia de enfermedades facilitando su diagnóstico e intervención oportuna. El ambiente designado para la atención de enfermería no cuenta con las condiciones adecuadas así mismo no se cuenta con el equipamiento completo para estimulación temprana.

CUADRO 4.2

NIÑOS CON CRED COMPLETO.

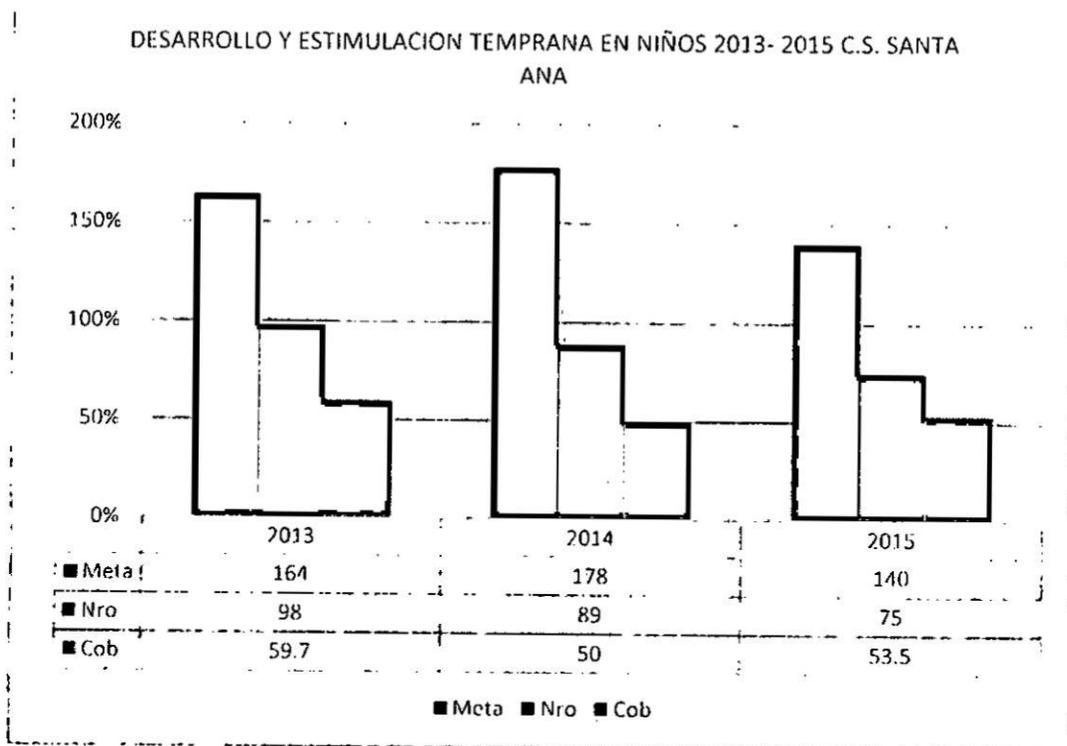
	2013		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%
1 año	68	41	52	50	75	49.3

FUENTE. Informes Operacionales del Centro de Salud Santa Ana

Las coberturas con niños con CRED completo en los años 2013, 2014, 2015 no se evidencian coberturas aceptables debido a la programación sobre estimada incluyendo a la población de Quillabamba ciudad en la programación.

CUADRO 4.3

DESARROLLO Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA



FUENTE. Informes Operacionales y estadísticos del Centro de Salud Santa Ana.

Como se observa durante los tres años no se llega a coberturas aceptables debido al descuido por parte de las madres y la sobre carga laboral

V. CONCLUSIONES:

- a) En cuanto a Inmunizaciones se puede concluir que las tasas de coberturas son muy altas debidas a que no existe una programación real, y a las campañas de vacunación, a los seguimientos en las salidas comunitarias que realiza el personal de salud en las guardias comunitarias.

- b) No se llega a coberturas aceptables En cuanto a crecimiento y desarrollo y estimulación temprana del niño de 1 año a 3 años debido a la población sobre estimada y la no población asignada, las atenciones son a demanda y existen muchos niños migrantes del interior, así como la migración externa de otras zonas alto andinas.

- c) Las coberturas en cuanto a micronutrientes son muy deficientes debido al escaso monitoreo y seguimiento por parte del personal de salud, debido a la sobrecarga laboral.

VI. RECOMENDACIONES:

- a) Realizar atenciones integrales con la participación activa de la comunidad y el personal de salud comprometido en mejorar la calidad de atención del niño y niña en su entorno
- b) Mejorar la calidad de atención cumpliendo con la norma técnica establecida por el Minsa.
- c) Fomentar el desarrollo del niño, dando las oportunidades para la exploración de ambientes dentro de los límites de regularidad.
- d) Respetar los espacios y derechos del niño, y ver como un sujeto de acción que requiere del cuidado del adulto.
- e) Mejorar la alimentación nutricional del niño de 1 a 3 años y evitando las anemias y desnutrición mediante las sesiones demostrativas, consumiendo productos que crecen en la zona.
- f) Mayor comunicación y educación para sensibilizar a la familia y población en general buscando cambios de actitud en el cuidado integral de salud de la infancia que contribuya a un adecuado crecimiento y desarrollo.
- g) Promover estilos de vida saludable con la participación de la familia y comunidad, así mismo del involucramiento de autoridades locales en actividades de salud.
- h) Fortalecer el trabajo articulado entre el SIS con las estrategias sanitarias articulado nutricional en temas como. Análisis del avance de metas, propuestas técnicas de atención integral de salud de la niña niño.

VIII. REFERENCIALES

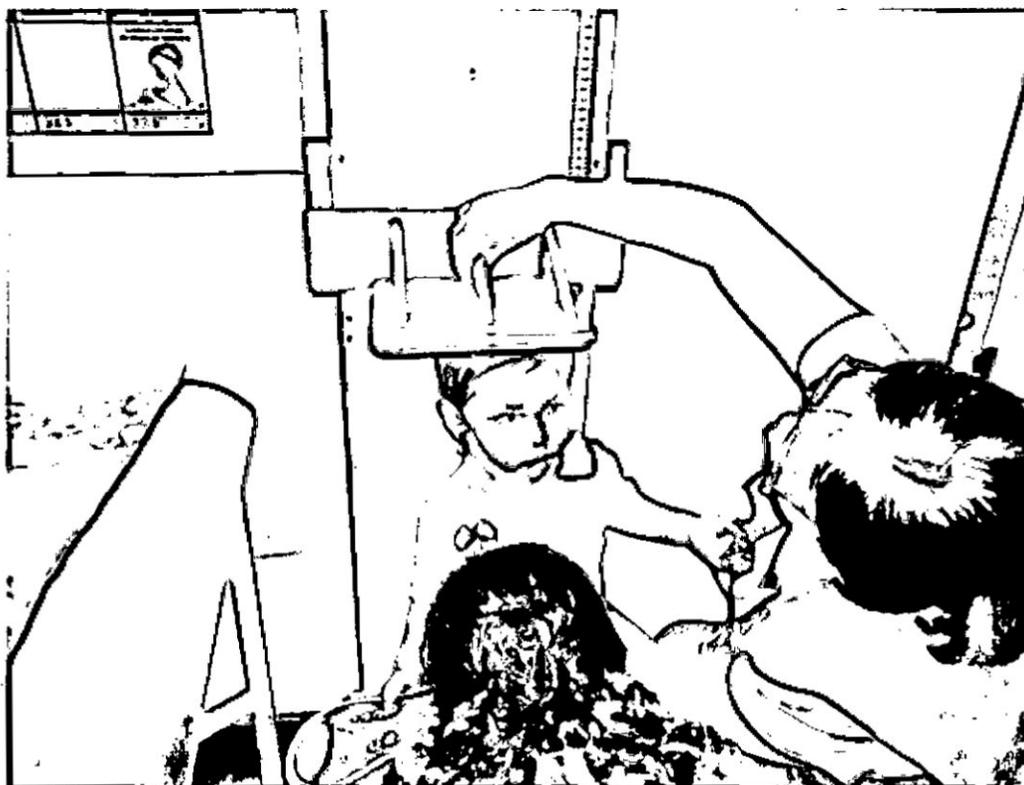
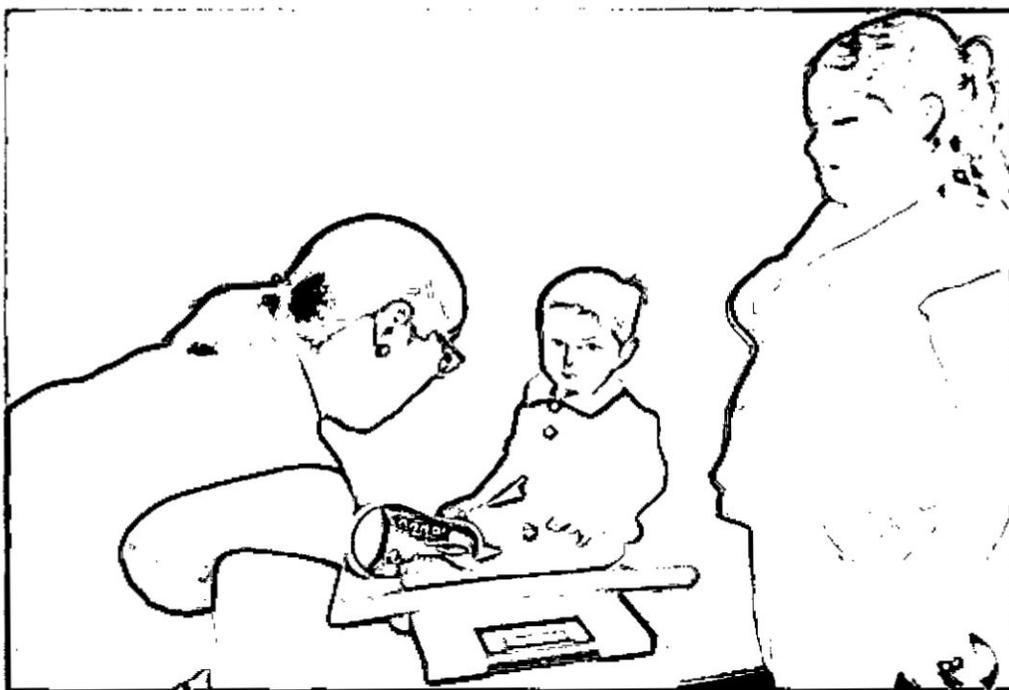
1. Manuel Pando Moreno, * Carolina Aranda Beltrán, * Ma. Teresa Amezcua Sandoval, ** José Gpe. Salazar Estrada, * Teresa M. Torres López. (2004). Estimulación temprana en niños menores de 4 años de familias marginadas. Revista Mexicana de Pediatría, 71, pag.273-pag.277.
2. Emma Flor Aguado Fabián. (2008). Relación entre el nivel de conocimiento de las madres acerca de las pautas de estimulación temprana y el grado de desarrollo psicomotor del lactante del centro de salud Max Arias Shreiber 2007. Lima – Perú 2008: UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS FACULTAD DE MEDICINA HUMANA E.A.P DE ENFERMERÍA.
3. Dr. Julio Frank Mora. (2002). Bases técnicas de la estimulación temprana. En Estimulación Temprana Lineamiento Técnico (Pág. 9). México: Secretaría de Salud Dirección General de Salud Reproductiva.
4. Definiciones operacionales y criterios de programación-2011 documento de trabajo, elaboración. Ministerio de Salud.
5. Evaluación anual 2013, 2014,2015. Centro de salud santa Ana
6. Dagmar Raczynski. (2006). Política de infancia temprana en Chile: Condicionantes del desarrollo de los niños*. Chile: 2006 Expansiva
7. Gobierno Regional Cusco. MINSA. Compendio de Norma Técnica s para el control de crecimiento y desarrollo e l Niña y el niño menor de cinco años, Nro. 137-MINSA/2017/DGIESP.
8. Gobierno Regional Cusco Compendio de Normas y guías técnicas programa presupuestal articulado Nutricional. - Quillabamba octubre 2016.

9. Verónica Atalaya Herrera, variables maternas asociadas al control de crecimiento y desarrollo del niño menor de 3 años

En el puesto de salud Barrio Florido Punchana 2015.

. Maribel Quispe Ccallo, Wendy ramos Arizala ,Satisfacción de la calidad del cuidado de enfermería y deserción al control de crecimiento y desarrollo en menores de 3 años en el c.s. mariscal castilla- 2016.

ANTROPOMETRIA EN NIÑOS DE 1 AÑO
C.S. SANTA ANA



Fuente: Elaboración propia, 2015

EXAMEN FISICO DEL NIÑO



SESION DEMOSTRATIVA DE ALIMENTOS DIRIGIDO A MADRES DE NIÑOS DE 1 AÑO. – C.S. SANTA ANA



Fuente: Elaboración propia, 2015



Fuente: Elaboración propia, 2015

MARCHA DE SENSIBILIZACION POR EL DIA MUNDIAL DE LA LACTANCIA MATERNA – C.S. SANTA ANA



Fuente: Elaboración propia, 2015

**SESION EDUCATIVA POR EL DIA MUNDIAL DE LA
TUBERCULOSIS – C.S. SANTA ANA**



**MARCHA DE SENSIBILIZACION POR EL DIA MUNDIAL
DE LA TUBERCULOSIS**



Fuente: Elaboración propia, 2015



ACTIVIDADES PREVENTIVAS DE ENFER. METAXENICAS
C.S. SANTA ANA



**TRATAMIENTO FISICO DE CRIADEROS POTENCIALES DE
VECTORES DE LA MALARIA PARTICIPACION COMUNITARIA**



Fuente: Elaboración propia, 2015

CAPTURA DEL VECTOR ADULTO DE LA MALARIA



Fuente: Elaboración propia, 2015