



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**PROCESO DE ATENCIÓN A UNA PERSONA CON RETRASO MENTAL Y PARALISIS
CEREBRAL "UNA APLICACIÓN DE LA TEORÍA DE LAS NECESIDADES BÁSICAS SEGUN V.
HENDERSON"**

**CASO CLINICO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA**

**PRESENTA
YADIRA LARRAGUIBEL HERNÁNDEZ.**

**DIRECTORA DE TRABAJO
MTRA. TERESA SANCHEZ ESTRADA**

JULIO 2004





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE.

	PAG.
DEDICATORIA.	2
AGRADECIMIENTOS.	3
INTRODUCCIÓN.	5
OBJETIVOS.	6
1.1 ANTECEDENTES.	7
1.1.1 FUENTES TEÓRICAS.	7
1.1.2 TENDENCIA Y MODELO.	7
1.1.3 PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES	7
1.1.4 DEFINICIÓN DE LOS 4 CONCEPTOS BÁSICOS DEL META PARADIGMA.	8
1.1.5 AFIRMACIONES TEÓRICAS.	9
1.1.6 LA PERSONA Y LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS.	9
1.2. TEORÍA DE LAS NECESIDADES BÁSICAS DE HENDERSON.	
1.2.1 APLICACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.	13
1.3 TEORÍA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	
1.3.1 EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.	23
1.3.2 ETAPA DE VALORACIÓN.	24
1.3.3 PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.	28
1.3.4 ETAPA DE EJECUCIÓN.	31
1.3.5 ETAPA DE EVALUACIÓN.	32
1.4 TEORÍA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.	
1.4.1 FASE DE DIAGNOSTICACIÓN.	34
1.4.2 COMPONENTES DE LOS DIAGNÓSTICOS ACEPTADOS POR LA NANDA	37

ÍNDICE.

	PAG.
1.5 TEORÍA DE LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.	
1.5.1 EXAMEN FÍSICO.	39
1.5.2 NORMAS PARA UNA BUENA HISTORIA CLÍNICA.	41
1.5.3 LA EXPLORACIÓN FÍSICA.	41
1.6 TEORÍA DE LA VALORACIÓN CLÍNICA NEUROLÓGICA.	
1.6.1 GENERALIDADES DEL EXAMEN NEUROLÓGICO.	48
1.6.2 EL EXAMEN NEUROLÓGICO.	49
1.7 EL RETARDO MENTAL Y LA PARÁLISIS CEREBRAL, CLÍNICA Y TERAPÉUTICA.	
1.7.1 EL RETARDO MENTAL.	58
1.7.2 LA PARÁLISIS CEREBRAL.	62
1.8 EL IMPACTO PSICOLÓGICO.	
1.9 LOS PROBLEMAS DE LOS PADRES.	67
1.9.1 TRATAMIENTO.	68
2.1 COMO ENSEÑAR A MI HIJO HABILIDADES DE AUTONOMÍA.	70
3.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO.	84
3.1.2 VALORACIÓN DEL CASO.	85
3.2 DIAGNÓSTICOS.	93
3.3 INTERVENCIONES.	94
4.1 COMENTARIOS DERIVADOS DEL SEGUIMIENTO DEL CASO.	103
5.1 DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON RETARDO MENTAL.	104
BIBLIOGRAFÍA.	106
ANEXOS.	
INVENTARIO DE HABILIDADES BÁSICAS.	108

Dedicatoria.

Alejandro:

Eres un angelito que Dios puso en mi camino para que yo no me diera por vencida nunca. Me siento tan orgullosa de ti, por que con todo lo que tienes en contra has salido adelante y ese ha sido mi ejemplo.

Me haces muy feliz.

Yo sé que sabes cuanto te quiero, por que me demuestras amor cuando estoy contigo, no es necesario que sepas que doy. Gracias a Dios por haberme puesto en tu camino y si volviera a nacer pediría ser tu hermana otra vez.

Agradecimientos.

Señor:

Quando me mandaste a esta tierra, no me dijiste que sería fácil pero tampoco pensé que fuera a ser tan difícil, que en mi vida muy temprano conocería la pérdida de seres queridos, que de mis ojos muchas lagrimas saldrían, que vería abrojo, espinos y sufrimiento y dolor en mi camino, pero tampoco me dijiste que llegaría a un lugar lleno de Ángeles y que ellos me ayudarían y estarían conmigo siempre.

Hoy como siempre te quiero dar las gracias por todo lo bueno y malo.

Si me mandas de nuevo al mundo mándame de nuevo con mi familia.

También quiero agradecer a todos esos Ángeles que tengo conmigo:

Papá: no tengo palabras para decirte lo feliz que he sido junto a ti, que el amor que me has dado ha sido el más grande que he sentido en mí, gracias por estar siempre conmigo, por ser mi amigo, mi compañero, mi consejero, gracias por darme prioridad en tu vida antes que nada ni nadie, gracias por luchar conmigo. Que Dios te bendiga. Ahora me toca a mí llenarte de felicidad y juró que la cara voy a dar cada vez que alguien te nombre.

Mamá: tu sabes que grande es Dios y solo él sabe porque hace las cosas, no seré yo quien te juzgue, tu sabes tus razones. Gracias por tu amor, por tu sufrimiento, que te prometo ya no verás más, yo me encargare de ello. Perdona como yo he perdonado eso te hará libre.

Abuela: sabes que importante eres en mi vida y que a ti también te debo gran parte de lo que soy. Espero que estés donde estés te sientas orgullosa de mí y que me sigas queriendo tanto como yo a ti. Me haces mucha falta, no se te olvide cuidarme.

Ricardo: no sabes que distinta sería mi vida si tu estuvieras aquí, pero te necesitaban allá arriba y ni modo. Ojalá que me estas viendo y que nunca me abandones, te quiero mucho.

A mis hermanas: Isolda, Iliana, Luz María y Cristina, gracias por estar conmigo, por sus regalos y su compañía que me han ayudado a salir adelante, están en mi corazón.

A mis hermanos: Ricardo, Alejandro.

A ti Braulio, recuerda que siempre seré tu hermana y que cuando tu me busques estaré ahí.

A ti Armando, ¿quieres ser feliz? Tolera, ten paciencia, perdona, respeta lo que otros quieran aunque sea distinto de lo que tu piensas, lo material no lo es todo en la vida. Yo se que tienes muchas cosas guardadas en tu corazón que te lastiman, pero ya es tiempo de que las dejes ir. A los 4 gracias.

Tere: tu siempre tendrás un gran espacio en mi corazón, gracias por creer en mí y apoyarme, sin ti no lo hubiera logrado, yo seré siempre tu hija.

A mis sobrinos: los ratoncitos Eunice y Moisés; los conejitos Karime y David; los cachorritos Diego Albondiga y Miranda lechoncita. **Los adoro y siempre voy a dar la cara por ustedes.**

Introducción.

Las intervenciones de enfermería propuestas desde la teoría de Henderson constituyen un eje para definir y sistematizar la valoración, los diagnósticos y las propias acciones de enfermería en un sentido terapéutico.

En el caso de los pacientes con PCI y retraso mental, se necesita de la implementación de un plan de atención en casa que ayude al paciente a llevar una vida más independiente, de esta manera también se contribuye a ayudar a la familia y al proceso de integración y socialización de ambas partes, esto permite permitir tener una mejor dinámica familiar. Por lo tanto se vuelve obvia la participación de enfermería, que necesitara ampliar sus conocimientos en este campo, sin llegar a tomar atribuciones que no son propias de la disciplina enfermera.

Sin duda alguna, el trato con estos pacientes y la elaboración de un plan específico por ellos, permite poner en práctica todo el actuar y de manera muy propia.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO CLÍNICO

- a) Identificar las necesidades de intervención de enfermería en una persona con retraso mental y parálisis cerebral.

- b) Aplicar el método enfermero como estrategia para la detención de intervenciones en una persona con retraso mental y parálisis cerebral.

- c) Identificar la relación entre teoría y práctica de enfermería desde la metodología del proceso de atención de enfermería.

FUENTES TEORICAS.

Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera¹.

Tres factores la condujeron a compilar su propia Definición de Enfermería el primero de ellos ocurrió al revisar el texto de Berta Harmer. El segundo factor fue su participación como integrante del Comité de la Conferencia Regional de la National Nursi Council en 1946, y el tercer factor estaba representado por su propio interés en el resultado de cinco años de Investigación de la American Nurses Association (ANA) sobre la función de enfermería en 1955. Henderson clasificó su trabajo como una definición más que como una teoría, la describió como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas.

Otras de las fuentes que influenciaron su trabajo fueron: Annie W Goodrich, Caroline Stackpole, Jean Broadhurst, Dr Edward Thorndike, Dr George Deaver, Bertha Harmer, e Ida Orlando².

TENDENCIA Y MODELO

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la Tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia³.

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES.

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado⁴.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente⁵.

¹ Carmen Fernández y Gloria Novel Estudio de casos Marco conceptual de V. Henderson. Pp: 3

² Marriner Tomey Ann Modelos y Teorías en Enfermería pág 101 www.enfermeria21.com , www.enfermeria21.com

³ www.enfermeria21.com

⁴ Ann Marriner tommy Op. cit., pág. 99-100. www.enfermeria21.com

⁵ www.enfermeria21.com, www.personal.redestb.es/

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es denominada por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente⁶. La única función de la enfermera es asistir al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación(o a una muerte sana), actividades que realizaría por si mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible. A partir de esta definición, se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Virginia Henderson.

1.- PERSONA

necesidades básicas.

2.-SALUD.

Independencia.

Dependencia.

Causas de la dificultad o problema.

3.-ROL PROFESIONAL.

Cuidados básicos de enfermería.

Relación con el equipo de salud.

4.-ENTORNO.

Factores ambientales.

Factores socioculturales⁷.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera - paciente , destacando tres niveles de intervención : como sustituta , como ayuda o como compañera .

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado , facilitando así la definición del campo de actuación enfermero , y a nivel más práctico , la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas⁸ .

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería:

Definición de Enfermería

Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible⁹.

⁶ www.personal.redestb.es/, www.enfermeria21.com www.terra.es/

⁷ Carmen Fernández y Gloria Novel. Op. Cit., Pág. 4

⁸ www.terra.es/

⁹ Ann Marriner Tomey. Op. Cit., pág.102 www.personal.redestb.es/, www.terra.es/, www.enfermeria21.com, www.rincondelvago.com

Salud

Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida¹⁰.

Entorno

Si se analiza el contenido del modelo de Henderson, vemos que la autora menciona -unas veces de forma implícita y otras explícita- la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizaje, factores ambientales) aunque no dedique un capítulo al análisis de estos aspectos, podemos afirmar que esto están contemplados sistemáticamente en la descripción de las características de las 14 necesidades básicas de los factores que las influyen.

Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo¹¹.

Persona (paciente)

Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad¹².

AFIRMACIONES TEÓRICAS.

Enfermera -paciente

Henderson nos dice que la enfermera ha de adentrarse en el interior de cada paciente para saber no sólo lo que este desea, sino además, lo que necesita para mantenerse en vida o recobrar la salud

“Es ella, temporalmente, la conciencia para el inconsciente; el apego a la vida para el suicida, la pierna para el amputado; los ojos para quien acaba de perder la vista; un medio de locomoción para el recién nacido; el conocimiento y la confianza para la joven madre; la voz de los que están demasiado débiles para hablar o se niegan a hacerlo y así sucesivamente”

De aquí se pueden deducir tres niveles de relación clasificados desde una relación muy dependiente a una completamente independiente¹³.

- ◆ Enfermera sustituto
- ◆ Enfermera como ayuda
- ◆ Enfermera compañera

Enfermera- médico

“La enfermera ayuda al paciente a seguir el plan de tratamiento en la forma indicada por el médico. Por otra parte como miembro del grupo médico colabora con los demás miembros de este grupo, así como estos colaboran con ella en la planificación y ejecución de un programa global. Ningún miembro

¹⁰ Ann Marriner Tomey. Op. Cit., pág. 99-100, www.personal.redestb.es/, www.terra.es/, www.enfermeria21.com
www.rincondelvago.com

¹¹ Ann Marriner Tomey. Op. cit., pág. 99-100, Carmen Fernández y Gloria Novel. Op. Cit., pág. 3, www.terra.es/,
www.enfermeria21.com

¹² www.personal.redestb.es/, www.terra.es/, www.enfermeria21.com, www.rincondelvago.com

¹³ www.enfermeria21.com, www.terra.es/, www.rincondelvago.comwww.enfermeria21.com

del grupo médico debe exigir de otro, actividades que le obstaculicen el desempeño de su función propia¹⁴

La enfermera tiene funciones propias, colabora con otros profesionales y no debe aceptar funciones delegadas si ello implica la pérdida de su propia función. Al mismo tiempo destaca la importancia de los planes de cuidados escritos e individualizados que siempre se organizan en torno al plan terapéutico¹⁵.

En esta última relación muestra al paciente como una persona con potencialidades y recursos capaz de idear junto con ella su propio plan de cuidados¹⁶.

La persona y las 14 necesidades básicas.

De acuerdo a esta definición de la función propia de la enfermera y a partir de ella, Henderson precisa y conceptualización del individuo o persona, como objeto de los cuidados. Así cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y para su desarrollo y crecimiento¹⁷.

- ❖ Necesidad de oxigenación.
- ❖ Necesidad de nutrición e hidratación.
- ❖ Necesidad de eliminación.
- ❖ Necesidad de moverse y mantener buena postura.
- ❖ Necesidad de descanso y sueño.
- ❖ Necesidad de usar prendas adecuadas de vestir
- ❖ Necesidad de termorregulación.
- ❖ Necesidad de higiene y protección de la piel.
- ❖ Necesidad de evitar peligros.
- ❖ Necesidad de comunicarse.
- ❖ Necesidad de vivir según creencias y valores.
- ❖ Necesidad de trabajar y realizarse.
- ❖ Necesidad de jugar / participar en actividades recreativas.
- ❖ Necesidad de aprendizaje¹⁸.

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien cada persona en su unicidad, tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida. Las diferencias personales en la satisfacción de las 14 necesidades básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona, así como por la estrecha interrelación existentes entre las diferentes necesidades, que implica que cualquier modificación en cada una de ellas pueda dar lugar a modificaciones en las restantes. Desde un punto de vista holístico, esto quiere decir que el estudio por separado de cada una de estas necesidades, en ningún momento nos da la visión de estas necesidades con las restantes, para poder valorar el estado del individuo como un todo. No obstante debe de hacerse constar que el análisis de las necesidades una a una es adecuado cuando los fines son didácticos o bien en la fase de recogida de datos de la etapa de valoración del proceso de atención. En este caso es imprescindible el análisis posterior de dichos datos, a partir de la interrelación de las diferentes

¹⁴ www.enfermeria21.com, www.terra.es/

¹⁵ www.terra.es/

¹⁶ Ann Marriner Tomey. Op. Cit., pág. 103-104, www.enfermeria21.com, www.terra.es/ www.personal.redestb.es/

¹⁷ Carmen Fernández y Gloria Novel. Op. Cit., pág. 3.

¹⁸ Ann Marriner Tomey. Po. Cit., pág. 99-100. Carmen Fernández y Gloria Novel. Op. cit. Pág. , www.terra.es/, www.enfermeria21.com , www.rincondelvago.com

necesidades, para determinar el grado de satisfacción de acuerdo con los criterios denominados por Henderson.- de independencia y dependencia, los cuales serán tratados a continuación¹⁹.

Salud. Interdependencia / dependencia y causas de la dificultad.

Virginia Henderson, desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud.

Cuando esto no es posible aparece una dependencia, que se debe según Henderson a 3 causas y que identifica como falta de fuerza, falta de conocimiento o falta de voluntad.

El concepto de **INDEPENDENCIA** puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, es decir llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

LA INDEPENDENCIA: ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer 14 necesidades, actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes.

Los criterios de independencia al igual que los de dependencia- de acuerdo con los componentes específicos de la persona (biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales). De acuerdo con este enfoque, una persona con una alteración física que necesite seguir una dieta determinada, debe ser calificada como dependiente si no sabe como confeccionarla, si no quiere o si no puede por falta de capacidades psicomotoras. Sin embargo, en el momento en que estos déficits sean subsanados, esta dependencia ya no puede ser considerada como tal, aunque la alteración persista.

LAS CAUSAS DE LA DIFICULTAD: Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades.

1.- **Falta de fuerza.** Interpretamos por fuerza no solo la capacidad de física o situaciones mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo de llevar a término las acciones pertinentes a la situación lo cual vendrá determinado por el estado emocional.

2.- **Falta de conocimientos.** En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

3.- **Falta de voluntad.** Entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las necesidades.

Cabe añadir que la presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial, temporal o permanente.

Rol profesional. Cuidados básicos de enfermería y equipo de salud.

Los cuidados básicos son acciones que lleva a cabo la enfermera con el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda según el nivel de dependencia identificado en la persona.

¹⁹ Ann Marriner Tomey, Op. cit., pág. 99-100, Fernández y Gloria Novel. Op. Cit., pág. 3, www.rincondelvago.com, www.terra.es/, www.enfermeria21.com

Los cuidados básicos de enfermería considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes; sin embargo, varían constantemente porque cada persona las interpreta a su manera estas necesidades. En otras palabras, la enfermera se compone de los mismos elementos identificables, pero estos se han de adaptar a las modalidades y a la idiosincrasia de cada persona. De ahí surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad.

Claro está que no se puede dejar de lado la aplicación del modelo de Virginia Henderson en el que se incluye una guía de valoración de las 14 necesidades, por ello que se dedica un capítulo.²⁰

²⁰ Carmen Fernández y Gloria Novel. Op.cit , pág. 12

Aplicación del modelo de Virginia Henderson.

- 1.-En las etapas de valoración y diagnóstico, sirve de guía para la recogida de datos y en el análisis y síntesis de los mismos. En esta etapa se determinan:
 - × El grado de independencia / dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.
 - × Las causas de la dificultad en tal satisfacción.
 - × La interrelación de unas necesidades con otras.
 - × La definición de los problemas y su relación con las causas de la dificultad encontradas.
- 2.-En las etapas de planificación y ejecución, sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad encontradas, en la elección del modo de intervención y en la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo siempre que sea posible en su propio cuidado.
- 3.-Finalmente la etapa de evaluación ayuda a determinar los criterios que nos indicaran los niveles de dependencia mantenidos / alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados.

Valoración de las 14 necesidades básicas.

Los factores que influyen en la satisfacción de las necesidades son los que individualizan su esencia y permiten identificar los valores adecuados en su satisfacción desde un inicio y permiten identificar los valores adecuados en su satisfacción desde una unicidad de la persona. Estos factores son por una parte biofisiológicos que hacen referencia a las condiciones genéticas de la persona y el funcionamiento de sus aparatos o sistemas u órganos de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y estado general de salud. Los psicólogos se refieren a sentimientos, pensamientos, emociones, inteligencia, memoria, psicomotricidad nivel de conciencia, Sensopercepción y habilidades individuales y de relación. Finalmente los aspectos socioculturales se refieren al entorno físico de la persona, (próximo y más lejano) y a los aspectos socioculturales de este entorno que están influenciando a la persona. Así el entorno físico próximo es el de la casa, del trabajo, el hospitalario, etc. El entorno físico más lejano se refiere a la comunidad donde vive el individuo(clima, orografía, contaminación, etc¹).

Guía para la elaboración de las catorce necesidades básicas.

1.- Necesidad De Oxigenación.

Factores que influyen esta necesidad.

- **Biofisiológicos:** Edad alineación corporal, talla corporal (relación talla /peso), nutrición e hidratación, sueño / reposo / ejercicio, función cardiaca, función respiratorio, estado de la red Vascular /arterial y venosa.
- **Psicológicos:** Emociones(miedo, ira, tristeza, alegría etc). Ansiedad /estrés, inquietud; Irritabilidad, etc.)
- **Socioculturales:** Influencias familiares y sociales(hábitos y aprendizajes tales como estilos de vida(hábito de fumar), entorno físico próximo(trabajo, casa, habitación, hospital), entorno físico de la comunidad.

¹ Carmen Fernández y Gloria Novel. Op. cit. Pág 13

Observaciones.

- ✓ Signos vitales (pulsos central y periféricos / tensión arterial, temperatura y patrones respiratorios, movimientos del tórax, secreciones, tos, estado de las fosas nasales, aleteo nasal, color de la piel y mucosas, temperatura de la piel, circulación de retorno (venas varicosas).
- ✓ Dolor asociado con la respiración. Dificultad respiratoria.
- ✓ Estado de conciencia, existencia de agitación.
- ✓ Calidad del medio ambiente: Polución, humedad, sistemas de ventilación, corrientes de aire, espacios verdes.

Interacciones.

- Si fuma, ¿desde cuando fuma?, ¿cantidad?, ¿qué fuma?
- Cómo influencia la realización de las actividades de la vida cotidiana en su respiración (sensación de ahogo al subir escaleras, cambios en el ritmo respiratorio, etc).
- Como influencia su estado de ánimo en la respiración(si aumenta o disminuye la frecuencia , ritmo, etc.)

2.- Necesidad de nutrición e hidratación.

Factores que influyen esta necesidad.

- **Biofisiológicos:** Edad, talla, constitución corporal, patrón de ejercicio.
- **Psicológicos:** Emociones, sentimientos y pensamientos respecto a la comida bebida.
- **Socioculturales:** Influencias familiares y sociales (Hábitos y aprendizajes), estatus socioeconómicos, entorno físico próximo (casa, comedor, olores),entorno físico lejano(clima, temperatura),religión,trabajo(horarios, tiempo disponible, tiempo entre comidas, comer solo o acompañado, etc)

Observaciones.

- ✓ Antropometría (peso, talla, pliegue de la piel y diámetro del brazo), estado de la piel, mucosas, uñas y cabello; funcionamiento neuromuscular y esquelético, aspectos de los dientes y encías, capacidad para masticar y deglutir y funcionamientos del tracto digestivo.
- ✓ En caso de heridas tipo y tiempo de cicatrización.
- ✓ Dolor, ansiedad, esteres, trastornos del comportamiento, disminución de energía , apatía, debilidad, irritabilidad, trastornos de la conciencia y agitación.
- ✓ Condiciones del entorno que facilitan /dificulten la satisfacción de esta necesidad.

Interacciones.

- Influencia del estado de ánimo en la alimentación e hidratación (ansiedad, estrés, conflictos: si aumenta o disminuye la ingesta).
- Antecedentes familiares con respecto a talla, corpulencia, peso y hábitos alimentarios.
- Sentido que le da a la comida (castigo, amor, recompensa.)
- Con quien como habitualmente.
- Donde come?

- Patrones familiares con respecto a la comida (Motivo de encuentro e intercambio-momento destinado a ver la TV, oír la radio, leer -distribución de roles alrededor de la comida-.
- Qué horario y número de comidas habituales realiza.
- Qué cantidad y tipo de líquidos bebe al día ¿Cuál es la pauta de ingesta?
- Dificultades que encuentra para procurarse, almacenar y prepararse alimentación adecuada.
- ¿Tiene algún problema al masticar y/ o tragar la comida /bebida?
- Tiene en la actualidad algún problema digestivo.

3.- Necesidad de eliminación.

Factores que influyen.

- **Biofisiológicos:** Edad, Nivel de desarrollo, nutrición, e hidratación, ejercicio.
- **Psicológicos:** Emociones, ansiedad, estrés, estado de ánimo.
- **Socioculturales:** Organización social (servicios públicos, cumplimiento, normas, salubridad), estilo de vida, hábitat, entorno adecuado, influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, aspectos culturales condicionantes).

Observaciones.

- ✓ Orina (coloración, claridad, olor, cantidad, pH, frecuencia, densidad, presencia de proteínas, sangre, glucosa y cuerpos cetónicos), heces (coloración, olor, consistencia, frecuencia, configuración presencia de sangre y constituyentes normales), sudor (cantidad y olor), menstruación (cantidad, aspecto, color).
- ✓ Estado del abdomen y del periné.
- ✓ Estado de conciencia, cambios del patrón del suelo y del comportamiento, capacidades sensoriales, preceptuales, neurológicas y motrices.
- ✓ Condiciones del medio que ayuda / dificultan la satisfacción de la necesidad.

Interacciones.

- ¿Cuáles son sus patrones habituales de eliminación?
- ¿Qué tipo de hábitos higiénicos utiliza en necesidad de eliminación? la modificación de éstos hábitos le causa algún tipo de problema?
- ¿Conoce medidas no medicamentosas de ayuda ¿(Masajes, dieta, hidratación, ejercicio físico).
- ¿Tiene algún problema relacionado con la necesidad de eliminación (ardor al orinar, necesidad de laxantes, hemorroides, dolor al orinar o defecar, dolor menstrual, etc.)

4.- Necesidad de moverse y mantener una buena postura.

Factores que influyen.

- **Biofisiológicos:** Constitución y capacidad física (nivel de energía individual, edad, crecimiento y desarrollo físico).
- **Psicológicos:** Emociones, personalidad de base y estado de ánimo.

- **Socioculturales:** Influencias familiares y socioculturales (Hábitos, aprendizajes, valores, creencias y costumbres, rol social, organización social, tiempo dedicado a la actividad / ejercicio, hábitos de ocio/ trabajo, entorno físico lejano, entorno físico próximo).

Observaciones.

- ✓ Estado del sistema músculo esquelético (fuerza /debilidad muscular, firmeza en la marcha, tono muscular, gama de movimientos, postura adecuada de pie, sentado, y acostado), necesidad de ayuda para la de ambulación y /o mantenimiento de una postura correcta, coordinación voluntaria, presencia de temblores, ritmo de movimientos, constantes vitales.
- ✓ Estado de apatía, de postración, estado de conciencia, estados depresivos, sobreexcitación, agresividad.

Interacciones.

- Postura habitual relacionada con su ocupación, rol social.
- ¿Cuántas horas del día está sentado, andando, de pie, reclinado? ¿Se considera una persona activo o sedentaria?
- ¿Sabe como realizar ejercicios activos y pasivos que mejoren la movilidad y la tonicidad muscular?
- ¿Cómo o influencias sus emociones en esta necesidad?

5.- Necesidad de descanso y sueño.

Factores que influncian.

- **Biofisiológicos:** Edad, ejercicio, alimentación /hidratación
- **Psicológicos:** Estado emocionales, ansiedad, estrés, estado de ánimo, características del sueño.
- **Socioculturales:** Influencias familiares y sociales/ practicas culturales (siesta),trabajo, Entorno próximo del hábitat, entorno lejano, creencias y valores, estilo de vida.

Observaciones.

- ✓ Nivel de ansiedad / estrés, lenguaje no verbal (ojeras, postura, bostezos, concentración y atención), estado que presentan los ojos (enrojecimiento, hinchazón, expresión de irritabilidad o fatiga, dolor, inquietud, laxitud y apatía, estado de conciencia y respuesta a estímulos.
- ✓ Condiciones del entorno que ayuda /impiden la satisfacción de esta necesidad (Sonido, luz, temperatura, adaptación de la cama, colchón, almohada o ropa, a la talla o situación de la persona.)

Interacciones.

- ¿Cuál es su patrón y tipo habitual de sueño? (horas /horario, duración, siestas, si se despierta por la noche, necesidad de levantarse durante la noche, sueño profundo, tipo de sueño), suficiente y /o adecuado.
- Habitualmente, ¿Duerme solo o acompañado?
- ¿Los cambios en el entorno, en su situación y hábitos, modifican o alteran su patrón de sueño? Especificar cuales y cómo.
- ¿Cuánto tiempo necesita habitualmente para conciliar el sueño?

- ¿Cómo influyen las emociones en la necesidad de dormir y reposar? En situaciones de estrés, ansiedad, modificaciones en el peso, en constantes vitales.
- ¿Sabe como reducir o controlar las tensiones y el dolor?
- ¿Utiliza algún tipo de medicamento para dormir o estimularse? ¿Conoce sus efectos?

6.-Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.

Factores que influyen.

- **Biofisiológicos:** Edad, desarrollo psicomotor, talla corporal, tipo de actividades.
- **Psicológicos:** Emociones, (alegría, tristeza, ira), ansiedad, estrés, estado de ánimo, auto imagen.
- **Socioculturales:** Influencias familiares y sociales, practicas culturales, trabajo, entorno próximo del hábitat, entorno lejano, creencias y valores, estilo de vida, religión.

Observaciones.

- ✓ Edad, peso, sexo, capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse.
- ✓ Utilización descontrolada del vestirse / desvestirse (negativa, exhibición, desinterés / rechazo frente a la necesidad. Vestido incompleto, descuido, sucio o inadecuado a la situación. Tipo y cantidad de accesorios.
- ✓ Condiciones del entorno (espacio para guardar la ropa limpia y sucia, para lavarla, secarla).

Interacciones.

- ¿Qué significado tiene la ropa en cuanto a su imagen o cobertura de alguna otra necesidad (autoestima, relaciones con los demás, etc)?
- ¿Puede decidir por si mismo la ropa que se pone habitualmente?
- ¿Conoce la relación entre la cantidad y calidad de ropa necesaria para la adecuada acomodación al propio cuerpo y a la temperatura ambiente?
- ¿Necesita algún tipo de ayuda para decidir el tipo de ropa o para vestirse y desvestirse?

7.-Necesidad de termorregulación.

Factores que influyen.

- **Biofisiológicos:** Edad, sexo, ejercicio, tipo de alimentación, ritmos circadianos. tipo de Actividades.
- **Psicológicos:** Emociones, (alegría, tristeza, ira), ansiedad.
- **Socioculturales:** Influencias sociales, practicas culturales, raza, procedencia étnica, estatus económico, trabajo, entorno próximo del hábitat, entorno lejano, creencias y valores, estilo de vida, religión.

Observaciones.

- ✓ Constantes vitales(temperatura), coloración de la piel, transpiración, temperatura ambiental.
- ✓ Disconfort, irritabilidad, apatía.
- ✓ Condiciones del entorno físico próximo que ayuden / limiten la satisfacción de esta necesidad (sistemas de calefacción, control sobre ellos).

Interacciones.

- ¿Describe la forma en que cuida su cuerpo en relación con las actividades de higiene?
- ¿Cómo le afecta el hecho de que sus necesidades de higiene sean satisfechas con ayuda de otra persona o ante personas.?
- ¿Qué hábitos higiénicos considera imprescindibles mantener? (Lavarse las manos o dientes después / antes de comer o eliminar...)

8.- Necesidad de higiene y protección de la piel.

Factores que influyen esta necesidad.

- **Biofisiológicos:** Edad, etapa de desarrollo, alimentación ejercicio, movimiento, temperatura corporal.
- **Psicológicos:** Estados de ánimo, emociones, inteligencia, auto imagen, psicomotricidad.
- **Socioculturales:** Educación. cultura, corrientes sociales, modas (productos de belleza) organización social (casa, lugar de trabajo) influencias familiares (hábitos y aprendizajes) ambiente lejano (clima, temperatura, ambiente).

Observaciones.

- ✓ Capacidad de moviendo, estado de la piel, (color, textura, turgencia, presencia de manchas, temperatura, humedad, lesiones), estado del cabello, uñas orejas, ojos, nariz, boca (aliento, dientes) y mucosas, olor corporal.
- ✓ Expresión facial/ corporal de confort, efectos del baño o de ducha (relajación física y psicológica).
- ✓ Condiciones del entorno.

Interacciones.

- Describa la forma en que cuida de su cuerpo en relación con las actividades de higiene.
- ¿ que hábitos higiénicos considera imprescindibles mantener? (lavarse los dientes después de comer, lavarse las manos antes / después de eliminar...)

9.- Necesidad de evitar peligros.

Factores que influyen.

- **Biofisiológicos:** Edad, etapa de desarrollo, mecanismos de defensa fisiológicos (termorregulación, sistema inmunológico) estabilidad psicomotora.
- **Psicológicos:** Mecanismos de defensa métodos de afrontamiento (competencias personales) estrés, estabilidad psíquica personalidad de base emociones, (alegría, tristeza, ira), y diferentes estados de ánimo, ansiedad, estrés.
- **Socioculturales:** Sistemas de apoyo familiar y cultura, religión educación, estatus socioeconómico, rol social, estilo de vida, organización social, valores y creencias, entorno lejano, creencias y valores, estilo de vida, religión.

Observaciones.

- ✓ Ansiedad falta de control, falta de habilidades de afrontamiento, ausentismo laboral, somatizaciones, aspecto descuidado, inhibición, desconfianza, agresividad.
- ✓ Autoconcepto /autoestima (si protege o evita mirar o tocar zonas del cuerpo, armonía en el aspecto físico; existencia de cicatrices, deformidades congénitas, o no, alteraciones en el funcionamiento del cuerpo.

Interacciones.

- ¿Cómo influyen las emociones intensas en su necesidad de seguridad física y psicológica? (se queda paralizado, hiperactivo)
- ¿De qué modo maneja las situaciones de tensión en su vida?
- ¿De qué forma maneja su familia las situaciones de estrés?
- ¿Es o ha sido más difícil de lo predecible aceptar los cambios ocurridos a raíz de una situación de cambio o crisis?
- ¿Qué personas o grupos le han ayudado a sobrellevar las situaciones de crisis? ¿cómo?
- ¿Qué personas pueden ayudarle en la actualidad?
- ¿Dispone de espacio propio en su entorno inmediato?
- ¿Se encuentra en una situación económica que le proporcione seguridad física y psicológica?

10.-Necesidad de comunicarse.

Factores que influyen.

- **Biofisiológicos:** Integridad de los órganos de los sentidos, edad, etapa de desarrollo.
- **Psicológicos:** Inteligencia, percepción, memoria, conciencia (atención, orientación), carácter, estado de ánimo, humor de base, autoconcepto.
- **Socioculturales:** Entorno físico próximo (personas, lugares) entorno físico lejano (vías de acceso, vivienda aislada) cultura, status socioeconómico, rol social, nivel educativo, influencias familiares, valores y creencias de la familia / grupo social) profesión.

Observaciones.

- ✓ Estado de los órganos de los sentidos y el sistema neuromuscular.
- ✓ Dificultad respiratoria, fatiga y debilidad.
- ✓ Comunicación no verbal (contacto visual, lenguaje corporal, gestos, tono de voz, congruencia con la verbal, expresión de sentimientos por el tacto).
- ✓ Cantidad y calidad de las interacciones con la familia y con las personas del entorno (facilidad de expresión de sentimientos y pensamientos, pertenencia a grupos, relaciones armoniosas con la familia, grupo, etc)
- ✓ Condiciones del entorno que ayudan / limitan la satisfacción de esta necesidad (sonorización, luz, intimidad, compañía etc.)

Interacciones.

- ¿En que medida le ha afectado en su necesidad de comunicación, la existencia de limitaciones físicas, enfermedad, cicatrices.
- ¿Cuanto tiempo pasa solo /a? ¿porqué?, ¿con cuántas personas suele relacionarse diariamente?
- ¿Tiene contactos sociales en forma regular y que le resulten satisfactorios
- ¿Qué tipo de humor tiene por lo general?
- ¿En que tipo de vivienda habita? (numero de habitaciones, espacio) ¿ le afecta en su necesidad de comunicación?

11.-Necesidad de vivir según creencias y valores.

Factores que influncian.

- **Biofisiológicos:** Edad, etapa de desarrollo, constitución, capacidades físicas.
- **Psicológicos:** Emociones, actitudes, estado de animo, personalidad de base, pensamiento, inteligencia, Percepción puntual del entorno.
- **Socioculturales:** Cultura, religión y creencias(sentido de la vida y la muerte, deseo de comunicación con un ser supremo, deseo de vivir con una filosofía o ideales personales, noción de transferencia Influencias familiares y sociales,(hábitos, aprendizajes)

Observaciones.

- ✓ Forma de vestir de la persona, familia y amigos.
- ✓ Condiciones del entorno que ayudan / limitan la satisfacción de esta necesidad (existencia y accesibilidad a lugares determinados: iglesias, lugares de reunión y encuentros, etc) presencia de algún objeto, en el entorno próximo o en la propia persona, indicativo de determinados valores o creencias. Existencias de indicadores de valores en el ambiente.

Interacciones.

- ¿En que tipo de creencias religiosas fue educado en su infancia? ¿cuáles de ellas son significativas ahora para usted?
- En que medida sus valores personales están siendo alterados por su situación actual?¿qué sentimientos y pensamientos problemáticos para usted le provoca esta situación?.

12. Necesidad de trabajar y realizarse.

Factores que influncian.

- **Biofisiológicos:** Edad, etapa de desarrollo, constitución, capacidades físicas.
- **Psicológicos:** Emociones, personalidad de base, inteligencia estado de ánimo.
- **Socioculturales:** Influencias familiares y sociales, (hábitos, aprendizajes, valores, creencias, demandas sociales), cultura, educación, rol, status, posibilidad de realizar un trabajo satisfactorio.

Observaciones.

- ✓ Estado del sistema neuromuscular, del sistema nervioso y de los sentidos.
- ✓ Relaciones armoniosas consigo mismo y con los demás.
- ✓ Auto concepto positivo /negativo de si mismo(apariencia física, postura, expresión)

Interacciones.

- ¿Que tipo de trabajo u ocupación realiza? Cuanto tiempo le dedica?
- ¿Como se siente en relación con su trabajo? (satisfactorio, valorado, participación).
- ¿Conoce la existencia de los recursos de apoyo disponibles en la comunidad?
- (asociaciones, grupos de autoayuda y de ayuda a los demás, ayuda profesional) ¿ los utiliza, o esta dispuesto /a utilizarlos?

13.-Necesidad de jugar / participar en actividades recreativas.

Factores que influncian.

- **Biofisiológicos:** Edad, etapa de desarrollo, constitución, capacidades físicas.
- **Psicológicos:** Madurez personal, sensopercepción, emociones, personalidad de base, inteligencia estado de animo, auto concepto..
- **Socioculturales:** Influencias familiares y sociales,(hábitos , aprendizajes, estructura de recursos y servicios.), cultura, educación, rol social (trabajo /ocio)status, estilo de vida.

Observaciones.

- ✓ Estado del sistema neuromuscular, integridad del sistema nervioso y de los sentidos.
- ✓ Estado de animo (sonrisas, risas, lloros, aspecto tranquilo y sereno, alegre y distendido, triste, apatía, indiferencia, agitación, inhibición). Expresiones espontáneas directas o indirectas que indiquen aburrimiento.
- ✓ Rechazo a este tipo de actividades (por aprendizajes o cogniciones erróneas).
- ✓ Comportamientos lúdicos en relación con el estado de desarrollo evolutivo de la persona.
- ✓ Condiciones del entorno que ayudan / limitan la satisfacción de la necesidad.
- ✓ Existencia de material que indique hoobies, pasatiempos u otras actividades recreativas.

Interacciones.

- ¿Qué actividades de ocio realiza en su tiempo libre?, ¿son importantes para Ud.? Porque? ¿tiene alguien con quien llevarla a cabo? En caso negativo ¿es un problema para usted?
- Las situaciones de estrés y emociones intensas ¿influyen en la satisfacción de esta necesidad?
- ¿Tiene los recursos para poder dedicarse a cosas que le interesen (materiales, transporte, tiempo, energía)? En caso negativo, ¿ha encontrado una alternativa satisfactoria?
- ¿Ha tenido que introducir alguna modificación en este tipo de actividades debido a su situación actual?

14.-Necesidad de aprendizaje.

Factores que influncian.

- **Biofisiológicos:** Edad, etapa de desarrollo, capacidades físicas.
- **Psicológicos :** Emociones, capacidad intelectual, motivación(significado del aprendizaje, importancia del conocer y aprender sobre si mismo), carácter (activo / pasivo), estado de animo.
- **Socioculturales:** Edad, nivel socioeconómico, status según instrucción o educación, influencias familiares y sociales,(hábitos , aprendizajes, estructura social), raza, religión, creencias de salud relacionadas con el sexo masculino o femenino.

Observaciones.

- ✓ Capacidades físicas, (órganos de los sentidos, estado del sistema nerviosos) y psicológicas (capacidad de auto cuidado, interés por aprender y / o cambiar actitudes y comportamientos, capacidad de relaciona, comunicación, de compromiso)
- ✓ Situaciones que alteran la capacidad de aprendizaje(ansiedad, dolor, pensamientos, sentimientos)
- ✓ Comportamientos indicativos de interés en el aprendizaje para resolver los problemas de salud (pregunta, escucha, demuestra interés / desinterés, propone alternativas, etc.)

Interacciones.

- ¿Qué estudios ha realizado? ¿puede leer ¿escribir?
- ¿Las situaciones de emoción intensa le influyen en la satisfacción de esta necesidad?
- ¿Ha tenido alguna vez dificultades en aprender cosas nuevas?
- ¿Tiene conocimientos sobre si mismo, sus necesidades básicas, su estado de salud, tratamiento y auto cuidados necesarios?²

²Carmen Fernández y Gloria Novel. Ibid., Pág 14-37

El proceso de atención de enfermería.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como Proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática¹.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinnall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Es un sistema de planificación en la ejecución, de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación².

- Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.
- Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos³

Los objetivos

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad⁴.

Las ventajas:

Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

¹ <http://www.personal.redestb.es/>

² Patricia Iyer. Proceso y diagnóstico de enfermería pág., <http://www.personal.redestb.es/>, www.cathlab.com/ae/, <http://terra.es/>, www.wnfemwria21.com

³ <http://www.personal.redestb.es/>, www.cathlab.com/ae/, <http://terra.es/>, <http://tone.udea.edu.co/>, www.enfermeria21.com

⁴ <http://www.personal.redestb.es/>, www.cathlab.com/ae/, <http://terra.es/>, <http://tone.udea.edu.co/>

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional⁵.

Las características:

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería⁶.

Etapas de VALORACIÓN:

Es la primera fase del proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia⁷.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

⁵ <http://www.personal.redestb.es/>, www.cathlab.com/ac/, <http://terra.es/>

⁶ <http://www.personal.redestb.es/>, www.cathlab.com/ae/

⁷ H. Yura M.B. Walsh. El Proceso de Enfermería. Valoración, Implementación y Evaluación. pág 25 <http://www.personal.redestb.es/>, www.cathlab.com/ae/, <http://terra.es/>, www.enfermeria21.com

Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente⁸

En la recogida de datos necesitamos:

- ✓ Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc ...) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones) .
- ✓ Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
Convicciones (ideas , creencias , etc ...)
- ✓ Capacidad creadora.
- ✓ Sentido común.
- ✓ Flexibilidad⁹ .

Tipos de datos a recoger:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado¹⁰ .

Los tipos de datos:

- ✓ Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (sentimientos).
Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial) .
- ✓ Datos históricos - antecedente: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (hospitalizaciones previas).
Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual¹¹.

Métodos para obtener datos:

A) Entrevista Clínica:

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son

⁸<http://www.personal.redestb.es/>, www.cathlab.com.ae/, <http://terra.es/>

⁹H. Yura M.B. Walsh. Op. Cit., pág.27, <http://www.personal.redestb.es/>, www.cathlab.com.ae/, <http://www.terra.es/>

¹⁰<http://www.personal.redestb.es/>, www.cathlab.com.ae/

¹¹Patricia Iyer. Op. cit., pág.36-38. <http://www.personal.redestb.es/>, www.cathlab.com.ae/, <http://terra.es/>

http://www.personal.redestb.es/a_sanguesa/modelos.htm www.cathlab.com.ae/enfermeria/procesodecaden.htm

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre

- **Iniciación:** Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- **Cuerpo:** La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.
- **Cierre:** Es la fase final de la entrevista. No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación¹².

Tipos de interferencias en la entrevista:

- **Interferencia cognitiva:** Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.
- **Interferencia emocional:** Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar. Por parte del profesional, agresividad, excesiva valoración de sí mismos, excesiva proyección sobre los pacientes e incluso de responsabilización de las obligaciones, Borrell (1986).
- **Interferencia social:** En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

Las técnicas verbales son:

- * El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- * La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- * Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.
- * Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:
 - * Expresiones faciales,
 - * La forma de estar y la posición corporal,
 - * Los gestos,
 - * El contacto físico,
 - * La forma de hablar.

¹² <http://www.personal.redestb.es/>, www.cathlab.com/ae/, <http://terra.es/>.

B) La observación:

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables

C) La exploración física :

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- **Inspección:** es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por-debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración
- **Percusión:** implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- **Auscultación:** consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

- **Desde la cabeza a los pies:** Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática Y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- **Por sistemas corporales o aparatos,** nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.

Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas

*** VALIDACIÓN DE DATOS:**

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos)

Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc.

Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros¹³.

* ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS:

Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987)¹⁴.

DOCUMENTACION Y REGISTRO DE LA VALORACIÓN:

Las normas que Iyer (1989), establece para la correcta anotación de registros en la documentación son:

- A) Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- B) Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- C) Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, «normal," «regular", etc.
- D) Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma , tamaño, etc.
- E) La anotación debe ser clara y concisa.
- F) Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.
- G) Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común¹⁵.

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).

Etapas en el Plan de Cuidados

- Establecer prioridades en los cuidados. Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado¹⁶
- Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer

¹³ <http://www.personal.redestb.es/>, www.cathlab.com/ae/, <http://terra.es/>

¹⁴ <http://www.personal.redestb.es/>, www.cathlab.com/ae/, <http://terra.es/>, www.enfermeria21.com

¹⁵ Iyer Op cit . pág <http://www.personal.redestb.es/>, <http://terra.es/>

¹⁶ Patricia Iyer Op cit . pág 7, <http://www.personal.redestb.es/>, www.cathlab.com/ae/, <http://terra.es/>, www.enfermeria21.com, <http://tone.udea.edu.co/>.

- realidad los objetivos, qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES:

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con el cliente. Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Por lo tanto daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad concienzudamente con la enfermera/o¹

PLANTEAMIENTO DE LOS OBJETIVOS

los objetivos sirven para:

- Dirigir los cuidados.
- Identificar los resultados esperados.
- Medir la eficacia de las actuaciones².

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

Existen dos tipos de objetivos:

- Objetivos de enfermería o criterios de proceso.
- Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado

Normas generales para la descripción de objetivos

- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.
- Elaborar objetivos cortos.
- Hacer específicos los objetivos.
- Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.
- Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

¹ <http://www.personal.redestb.es/>, www.cathlab.com.ae/, <http://terra.es/>, <http://tone.udea.edu.co/>, [htm www.enfermeria21.com](http://www.enfermeria21.com)

² <http://www.personal.redestb.es/>, [htm www.cathlab.com.ae/](http://www.cathlab.com.ae/), <http://terra.es/>, [htm www.enfermeria21.com](http://www.enfermeria21.com)

- ▲ **Objetivos a corto plazo:** Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.
- ▲ **Medio plazo:** para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
- ▲ **Objetivos a largo plazo:** Son los resultados que requieren de un tiempo largo.

Existen dos tipos:

- Uno, abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro.
- Otro, se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo..

ACTUACIONES DE ENFERMERÍA:

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema (Iyer 1989).

Las acciones más habituales de la planificación de los cuidados de enfermería integrales, entorno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes son:

- El diagnóstico enfermero real:
 - Reducir o eliminar factores contribuyentes.
 - Promover mayor nivel de bienestar.
 - Controlar el estado de salud.
- Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo:
 - Reducir o eliminar los factores de riesgo,
 - Prevenir que se produzca el problema.
 - Controlar el inicio de problemas.
- Para el diagnóstico enfermero posible:
 - Recoger datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico.
- Para el diagnóstico enfermero de bienestar:
 - Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.
- Para problemas interdependientes:
 - Controlar los cambios de estado del paciente.
 - Manejar los cambios de estado de salud.
 - Iniciar las actuaciones prescritas por la enfermera y el médico.

Y también, la determinación de actividades de enfermería para los problemas interdependientes, son:

- Realizar valoraciones frecuentes para controlar al paciente y detectar complicaciones.
- Remitir la situación al profesional adecuado cuando existan signos y síntomas de complicaciones potenciales, y
- Ejecutar las actividades interdependiente de enfermería prescritas por el médico (por ejemplo: lavado de sonda nasogástrica cada 2 horas con suero fisiológico)¹⁹.

* DOCUMENTACIÓN EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería. Ello se obtiene mediante una documentación²⁰.

TIPOS DE PLANES DE CUIDADOS

Tipos de planes de cuidados: individualizados, estandarizados, estandarizados con modificaciones y computerizados.

- ▲ Individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.
- ▲ Estandarizado: Según Mayers (1983), «un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad»
- ▲ Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- ▲ Computerizado: Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, Son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto²¹.

EJECUCIÓN:

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería. Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada

¹⁹ <http://www.personal.redestb.es/>, www.cathlab.com/ae/, <http://terra.es/>, www.enfermeria21.com

²⁰ <http://www.personal.redestb.es/>, www.cathlab.com/ae/, <http://terra.es/>, <http://tone.udea.edu.co/>

²¹ <http://www.personal.redestb.es/>, www.cathlab.com/ae/, <http://terra.es/>, www.enfermeria21.com

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas²².

EVALUACIÓN:

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. La distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

1. - Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- ◆ Observación directa, examen físico.
- ◆ Examen de la historia clínica

2. - Señales y Síntomas específicos

- ◆ Observación directa
- ◆ Entrevista con el paciente.
- ◆ Examen de la historia

3. - Conocimientos :

- ◆ Entrevista con el paciente
- ◆ Cuestionarios (test),

4. - Capacidad psicomotora (habilidades).

- ◆ Observación directa durante la realización de la actividad

5. - Estado emocional :

- ◆ Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- ◆ Información dada por el resto del personal

6. - Situación espiritual (modelo holístico de la salud) :

- ◆ Entrevista con el paciente.
- ◆ información dada por el resto del personal

²²Patricia Iyer Op. cit. , pág. 13, <http://www.personal.redestb.es/>, www.cathlab.com.ae/, <http://terra.es/>, www.enfermeria21.com.

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas de estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

De forma resumida la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/ cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica,

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la evaluación resulte mas efectiva²³.

²³ H. Yura M.B. Walsh Op. cit., pág. Patricia Iyer. Op. cit., pág. 13, <http://www.personal.redestb.es/>, <http://www.cathlab.com.ae/>, <http://terra.es/>, <http://tone.udea.edu.co/>, www.enfermeria21.com

FASE DE DIAGNÓSTICO.

Las primeras alusiones a diagnósticos enfermeros se remontan a los años cincuenta M.E. Doengens y M.F. Moorhouse señalan que en esta época los diagnósticos de enfermería se consideraban sobre todo en el contexto de los diagnósticos médicos. R.L. McManus fue una de las primeras personas en utilizar este término y en sostener que el diagnóstico enfermero correspondía a un rol profesional, pero es a Selma Fry a la que se le atribuye un plan de cuidados personalizado. Kathy V. Gettrust y Paula D. Brabec cuentan que en 1955 la American Nurses Association (ANA) rechazó el enfoque de Fry. La postura de la ANA fue enseguida denunciada y modificada, pero a las enfermeras les costaba entender dicho enfoque.

El término de diagnóstico de enfermería fue introducido por V. Fry en 1953 para describir un paso necesario en el desarrollo del plan de cuidados: la identificación y formulación de problemas. Durante los 20 años siguientes, las referencias al diagnóstico de Enfermería aparecían sólo de forma esporádica en la literatura.

A principios de los años setenta, un entusiasmo renovado hizo que los diagnósticos de enfermería volvieran a ser objeto de mayor interés y preocupación y en 1973 la ANA no sólo dio su consentimiento, sino que estableció que el proceso de cuidados y el plan diagnóstico enfermero eran elementos de competencia profesional. El mismo año un grupo de unas cien enfermeras americanas y canadienses que representaban a todos los sectores de cuidados se reunió en San Luis en E.E. en el marco de la primera conferencia sobre el diagnóstico enfermero. Varios diagnósticos fueron, con este motivo, identificados y validados. A partir de entonces este número no ha dejado de crecer y el concepto se ha ido precisando a lo largo de numerosos escritos. En 1980 la ANA definió incluso los cuidados enfermeros como el diagnóstico y el tratamiento de la respuesta humana a un problema de salud real o potencial.

En 1973 un grupo de enfermeras se reunió para formar el "Grupo Nacional para la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería" en un esfuerzo por identificar categorías de problemas que deberían considerarse como Diagnósticos de Enfermería. Este grupo compuesto por docentes, teóricas, administradoras y enfermeras en ejercicio, se convirtió posteriormente en la "Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería" (N.A.N.D.A.) en 1982, y continúa desarrollando el sistema de clasificación de diagnósticos.

Algunas definiciones de Diagnóstico de Enfermería:

- Diagnóstico de Enfermería son los problemas de Salud reales o potenciales que las enfermeras, en virtud de su educación y experiencia, están capacitadas y autorizadas para tratar (Gordon).
- Diagnóstico de Enfermería es una declaración que describe una respuesta humana (estado de Salud real o potencialmente alterado), de un individuo/grupo a los procesos vitales, que la enfermera puede legalmente identificar y prescribir las actividades para mantener el estado de Salud o reducir, eliminar o prevenir las alteraciones (Carpenito).

Según se utilice el PAE de 4 fases o el de 5 es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro¹.

Los pasos de esta fase son:

1. - Identificación de problemas:

- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis
- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

2.- Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

Ventajas del uso de los diagnósticos de enfermería según Baer

- Organizar, definir y desarrollar el conocimiento enfermero.
- Identificar y describir el dominio y alcance de la práctica enfermera
- Establecer las razones específicas para brindar cuidados al enfermo/usuario basados en un valoración enfermera.
- Centrar los cuidados en la respuesta del enfermo/usuario a los problemas de salud.
- Prescribir actividades específicas para cada situación, lo que debería aumentar la eficacia de los cuidados enfermeros.
- Brindar unos cuidados más individualizados e integrados.
- Evaluar los cuidados brindados.
- Utilizar un vocabulario estandarizado para mejorar la comunicación intra e interprofesional.
- Organizar el contenido del curriculum enfermero².

D) Tipos de diagnósticos:

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

- Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.
- Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1.a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

¹ Sanchez A: Molinero. Surgimiento del Diagnostico Enfermero. Pág 44, <http://www.personal.redestb.es/www.cathlab.com.ae/>, <http://terra.es/>, www.enfermeria21.com

²<http://www.personal.redestb.es>, www.cathlab.com.ae/, <http://terra.es/>, www.enfermeria21.com

- De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado.

Podemos añadir un quinto tipo:

- De síndrome: comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados.

A la hora de escribir un Diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices:

- Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando "relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
- La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal
- Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
- No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.
- No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.
- No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

ENUNCIADO DE LOS DIAGNOSTICOS

El enunciado de los diagnósticos de enfermería se compondrá de una, dos o tres partes según sea el tipo de diagnóstico a formular, veamos como:

- a. Diagnósticos de bienestar se enuncian en una sola parte: Ejemplo, «Potencial para favorecer la paternidad».
- b. Diagnósticos de alto riesgo y posibles, enunciado en dos partes: Diagnóstico de alto riesgo + factores de riesgo. Ejemplo, «Alto riesgo de lesión, relacionado con, desorientación y confusión»
- c. El diagnóstico real se enuncia en tres partes: Diagnóstico + factores relacionados + signos y síntomas.

Ejemplo, «Dificultades para el auto cuidado, relacionado con, intolerancia a la actividad física como se evidencia por disnea³.

³ Patricia Iyer. Op. cit., pág <http://www.personal.redestb.es/>, www.cathlab.com.ae/, <http://terra.es/>, www.enfermeria21.com

Componentes de los Categorías Diagnósticos aceptadas por la NANDA:

Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del que hacer profesional. La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) en 1993, elaboró un documento en el que especificaba estos beneficios:

- **Investigación:** Para poder investigar sobre los problemas de Salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros. Es evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que aúne los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos. En este momento los Diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en Enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:
 - Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.
 - Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los Diagnósticos de Enfermería aceptados.
 - Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo Diagnóstico.
 - Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada
 - Identificar nuevas áreas de competencia en Enfermería, o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos Diagnósticos.
- **Docencia:** la inclusión de los Diagnósticos de Enfermería en el curriculum básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el curriculum. Permite:
 - Organizar de manera lógica, coherente Y ordenada los conocimientos de Enfermería que deberían poseer los alumnos
 - Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita enormemente la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.
- **Asistencial:** El uso de los Diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir:
 - identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de Salud
 - Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia
 - Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.
 - Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional
 - Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.
 - Diferenciar la aportación enfermera a los cuidados de Salud de las hechas por otros profesionales.
 - Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.
 - Mejorar y facilitar la comunicación inter e intradisciplinar.
- **gestión:** Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los Diagnósticos de Enfermería en este ámbito son:
 - Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos, Y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.
 - Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.

- o Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los Diagnósticos de Enfermería que se dan con mayor frecuencia.
- o Posibilitar la determinación de los costes reales de los servicios de Enfermería, y consecuentemente, los costes reales de los cuidados brindados al usuario.
- o Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.
- o Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

- a. Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
- b. Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
- c. Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.

Las características que definen los diagnóstico reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.

- d. Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo es:
 - F. Fisiopatológicos (biológico y psicológicos): shock, anorexia nerviosa
 - F. de Tratamiento (terapias, pruebas diagnósticas, medicación, diálisis, etc.)
 - De medio ambiente como, estar en un centro de cuidados crónicos, residuos tóxicos, etc.
 - Personales, como encontrarnos en el proceso de muerte, divorcio, etc.
 - F. de Maduración: paternidad/maternidad, adolescencia, etc.

Examen físico.

El examen físico es lo que evidencia y verifica la información. En el examen físico hay una parte general y una por sistemas. En la parte general se hace una breve descripción general y mental del paciente. Registrándose el peso, la talla, el pulso, temperatura, respiración así como estado de las mucosas, piel, boca, uñas, pelo, glándulas, huesos y articulaciones.¹

Exploración física: Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo. Así como efectuar lavado de manos antes de llevarlo a cabo y siguiendo las precauciones universales.²

- **Inspección:** es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración. Se necesita calentarse las manos antes de iniciarla, mantener las uñas de las manos cortas, palpar las zonas sensibles al final, palpar con la punta de los dedos pulsación, tamaño, forma, textura y la hidratación, palpar la vibración con las palmas, palpar la temperatura con el dorso de la mano y observar las reacciones en lugar de preguntar si duele.
- **Percusión:** implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos que se caracterizan por su profundidad, intensidad, duración y cualidad. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percudir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara. La percusión puede ser directa o indirecta. La percusión directa supone golpear el cuerpo directamente con uno o dos dedos. En la percusión indirecta se utiliza un plexor y un plexímetro
- **Auscultación:** consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar. La campana (parte en forma de copa) se utiliza para sonidos bajos por ejemplo los cardiovasculares y el diafragma (parte plana) para los altos por ejemplo los del pulmón. H aunque primero hay que identificar los sonidos normales antes de identificar los anormales³.

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas /aparatos corporales y por patrones funcionales de salud :

- ✓ Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática Y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.

¹ Examen clínico: <http://sefh.interguias.com>

² www.peronal.redestb.es/

³ Kozier, Erb. Manual Clínico de Fundamentos de Enfermería. Pág..... Joyce Ángel. Guía de Enfermería. pag. 28-32. www.terra.es/, www.peronal.redestb.es/, www.nlm.nih.gov/

- ✓ Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.
- ✓ Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilizemos.

Profundizaremos un poco más en la valoración del paciente mediante los patrones funcionales de salud, por ser menos conocidos. Es utilizada por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA); Maryori Gordon (1987), estableció 11 patrones o categorías en el marco de un sistema holístico-humanista de salud, de tal forma que mediante ellas se obtendrán los datos necesarios para la identificación de problemas y se formularán diagnósticos y complicaciones potenciales, es decir, con ellos podemos abordar la identificación de patrones de interacción con el entorno que sean disfuncionales y establecer el problema/ diagnóstico enfermero

De manera eficaz se combinan en esta fase de valoración del proceso enfermero dos de los sistemas de valoración que anteriormente hemos visto, éstos son los patrones funcionales de salud y la valoración objetiva mediante un examen físico por sistemas o aparatos. La primera valoración se hace al ingreso, mediante los patrones y seguidamente se recopilan aquellos datos físicos más relevantes por sistemas.

Iyer (1989) y Holloway (1990) recogen que los patrones funcionales (conductas mediadas o no por la voluntad), evidencian la forma como cada ser humano se desenvuelve en la vida, y constituyen la fuente de información sobre, como el individuo interacciona con su entorno, en beneficio o detrimento de su salud. Los factores que influyen en el funcionamiento humano son de carácter físico, psíquico (emocional y psicosocial), sociocultural/ambiental y político-económico, y también podríamos añadir en el marco holístico-humanista los factores espirituales.

Patrones Funcionales de Salud

1. Percepción y mantenimiento de salud.
2. Nutricional y metabólico.
3. Eliminación
4. Actividad/ ejercicio.
5. Percepción sensorial, conocimiento, comunicación.
6. Descanso Y sueño.
7. Afrontamiento, tolerancia al estrés.
8. Auto percepción
9. Sexualidad.
10. Rol Y relaciones
11. Valores Y creencias.

Identificación de señales, signos y síntomas.

La identificación de señales, signos y síntomas es la segunda etapa de la recogida de datos de la fase de valoración del proceso de enfermería. Una señal es un dato (observación, hechos) que se percibe por alguno de los cinco sentidos, señales son tanto los datos subjetivos como los objetivos, un ejemplo es: pérdida de contacto visual, hambre, hemoglobina 8 mg/dl, etc.

NORMAS PARA UNA BUENA HISTORIA CLINICA

- a. Evitar abreviaturas no aceptadas universalmente.
- b. Evitar escribir cualquier afirmación o dato de naturaleza confidencial que posteriormente pudiera provocar conflictos al paciente o a sus familiares.
- c. Recordar que en algunos casos como peritaje, reclamaciones, determinación de incapacidad total o permanente, etc., este documento podrá tener valor legal después.
- d. Permitir al paciente que narre la historia con sus propias palabras y completarla con preguntas especialmente orientadas. Las anotaciones de lo que el paciente refiere, deben ser descriptivas y no interpretativas.

Cuando el interrogatorio sea indirecto o se ponga en duda la veracidad de los datos recogidos, ya sea por trastorno en el estado de la conciencia o sospecha de fabulación del paciente, se anotará la constancia respectiva junto al título del interrogatorio.

El análisis de los antecedentes conviene hacerlo al final del interrogatorio, cuando el paciente ya ha adquirido confianza. Entonces podrá relatarnos cosas que antes lo cohibían. En este aspecto, además de los parámetros que más adelante se desglosan, deberá investigarse el ambiente humano en el cual se ha desarrollado y vive el enfermo.

Son muy importantes la historia social y parte de la historia económica del paciente, desarrollo físico y mental, escolaridad, antecedentes ocupacionales y trabajo actual, tipo de trabajo, ambiente, exposición a agentes nocivos: polvos, gases tóxicos, etc.⁴.

LA EXPLORACION FISICA

Datos generales antropométricos

Apariencia.

Observa la corpulencia, el peso, la talla en relación con la edad, el estilo de vida la salud del cliente.

Observar la postura y el modo de andar cuando el cliente este en posición erecta, sentada y caminando. Anotar el olor corporal y del aliento en relación con el nivel de vida.

Estatura

Es el resultado de factores genéticos y nutricionales y puede haber problemas de crecimiento como resultado de condiciones patológicas tales como anomalías congénitas o adquiridas⁵.

Pulso

Frecuencia: la frecuencia normal está entre 75 y 80 pulsaciones por minuto. Un pulso menor de 50/minuto puede deberse a bloqueo auriculoventricular, en cardioesclerosis y en lesiones coronarias difusas, la taquicardia puede deberse a varias causas: esfuerzos, anemia, arritmia cardíaca, hipertiroidismo, etc.

Ritmo: la alteración del ritmo puede deberse a fibrilación auricular o ventricular y bloqueo de rama del haz de His.

Diferentes tipos de pulso que frecuentemente encontramos en la práctica médica pueden tener significación clínica:

⁴ www.terra.es/, www.peronal.redeqb.es/

⁵ www.drsclope.com, www.monografias.com/.

Pulso alternante de Traube: se encuentra en padecimientos que afectan la fibra estriada del corazón, de causa nutricional, tóxica, infecciosa o degenerativa.

Pulso saltón (tipo Corrigan): lo observamos en la insuficiencia aórtica.

Pulso capilar o pulso de Quincke: se presenta también en la insuficiencia aórtica.

Pulso de la estenosis aórtica: se presenta por alargamiento de la sístole ventricular y aparece momentos después del latido de la punta⁶.

Temperatura

La temperatura corporal normal oscila entre 36 y 37°C; se modifica poco en las 24 horas, llegándose a obtener variaciones hasta de ocho décimas de grado. Puede haber disminución de la temperatura en ciertos estados patológicos que cursan con metabolismo basal bajo, por ejemplo: desnutrición, hipotiroidismo e insuficiencia hipofisaria; o elevación, como en el hipertiroidismo, infecciones, neoplasias, etc.

Respiración

A la respiración se le investiga:

Tipo: puede ser costal superior o tipo diafragmático. Dependiendo de edad, constitución física, sexo o condiciones patológicas.

Amplitud: se deberá considerar la amplitud o extensión de los movimientos respiratorios.

Frecuencia: 16 por minuto en condiciones normales, taquipnea (aumento en el número de movimientos respiratorios) y se presenta en esfuerzos, emociones, insuficiencia respiratoria, etc.

Ritmo: dentro de las alteraciones más frecuentes del ritmo están las siguientes:

Respiración del Cheyne-Stokes: (irregularidad periódica: aceleración y desaceleración con períodos de apnea) se presenta en diversas cardiopatías, arteriosclerosis, uremia, intoxicación medicamentosa (ácido acetilsalicílico, barbitúricos, etilismo agudo) y en la anemia grave.

Respiración de Biot: (irregularidad no periódica) se presenta en enfermedades infecciosas de las envolturas del cerebro, por ejemplo: meningitis, meningoencefalitis, etc.

Respiración de Kussmaul: (aumento en frecuencia y profundidad) se ve en enfermos que cursan con acidosis del coma diabético.

Presión sanguínea

Es variable según edad, sexo y ciertas condiciones patológicas. En el sujeto adulto normal es de 120/70 mmHg. Es un signo clínico que siempre se investigará de rutina en todos los pacientes, sin importar la edad o el sexo. Las modificaciones que sufra la tensión arterial, junto con otros signos clínicos, servirá para sospechar hipertensión, cardiopatías, padecimientos renales y otras.

INSPECCION GENERAL

Dentro de las particularidades de orden general están: sexo, edad aparente, integridad y constitución física, actitud somática y postura, facies, estado nutricional, marcha, movimientos y actitud psicológica. Esta última será expuesta en la sección correspondiente.

Actitud somática

Los enfermos adoptan instintivamente la que hace su mal más llevadero. Es necesario especificar si el paciente tiene una actitud libre o forzada por el padecimiento que presenta. El modo de cómo los enfermos se sostienen de pie y su forma de caminar o de cambiar de posición deben ser valorados, puesto que el estado general del individuo o ciertos procesos locales se ponen de manifiesto a través de observar la coordinación de una serie de factores óseos, articulares, musculares y nerviosos. Además se anotará aquí su orientación respecto al tiempo, espacio y persona.

⁶ Kozier, Erb. Op. cit., pág 35 -41 www.drscope.com, www.monografias.com

Facies.

La expresión de la cara es determinada por las modificaciones que en ella imprimen las enfermedades, dolorosa, ansiosa, depresiva, agónica o renal, tiroidea, hepática o parkinsoniana, y según la enfermedad causal.

Estado nutricional

El estado nutricional de un organismo se refleja en todas sus funciones y sus deficiencias. Muestra, entre otras, alteraciones en la respuesta inmunológica y en los procesos de reparación tisular, siendo ambos procesos de vital importancia para una homeostasis adecuada.

La piel.

La palidez de la piel puede ser generalizada o circunscrita, transitoria o permanente. Observar enfermedades cutáneas como eczema psoriasis, acné; cambios de la pigmentación, tendencias a los hematomas, sequedad o humedad excesiva, picor, erupciones, heridas etc. describe las lesiones de acuerdo a su localización y tipo o estructura. Palpa la temperatura de la piel, compara las 2 manos y los pies, así como turgencia⁷.

Cabeza

Forma y volumen del cráneo

Debemos reconocer tres tipos de cráneo principalmente: normocéfalo, dolicocefalo y braquicefalo. Se buscarán deformaciones del cráneo (hundimientos y exostosis).

Pelo
Al pelo se le estudia implantación, color, cantidad y textura. Presencia de padecimientos locales, infecciosos, micóticos y parasitarios. Inspeccionar si existen nódulos, masas o depresiones.

Uñas.
Cambio de color, uñas mordidas, curvadas o rotas. Textura, color y evalúa el retorno capilar.

Párpados

Se les estudia simetría, implantación de las pestañas y movilidad.

Ojos
Se les estudia simetría, movimientos, grado de humedad, estado conjuntival, córnea, iris, pupilas y tono ocular. Infección ocular, dolor de ojos, lagrimeo excesivo, sensación de ardor en los ojos, sensibilidad a la luz, cataratas, picor, manchas en el campo visual.

Nariz
A la nariz se le estudiará principalmente forma, volumen y estado de la superficie, así como la exploración de las fosas nasales que permite comprobar si hay o no permeabilidad de las vías aéreas superiores, estado de la mucosa, presencia de secreciones anormales (catarro, pus, etc.) o la presencia de ulceraciones o lesiones sangrantes, pólipos, etc.

Boca.
El color de los labios puede cambiar por procesos locales o generales que actúan aumentando o disminuyendo los pigmentos de la sangre, de las vías biliares y de sustancias tóxicas. Evalúa los 6 movimientos oculares para determinar alineación y coordinación ocular. Inspeccionar lesiones en la parte interna. Inspeccionar dientes y encías. Pedirle al cliente que saque la lengua para inspeccionar la posición, el movimiento el color y la textura.

Oídos
Se prestara atención, a si presenta algún problema de audición, como hablarle más bajo, o de mas lejos, además de preguntar si padece o padeció de algún problema de audición. Evaluar el color, la forma, la simetría y posición de los pabellones auriculares, palpar los pabellones para determinar su textura, elasticidad y zonas de hipersensibilidad.

Cuello
Forma y movimientos, dimensiones del cuello. Si hay inflamación, rigidez, limitación en el movimiento, glándulas inflamadas. Pedirle la cliente que realice ejercicios como barbilla al pecho, al los lados, en círculo etc. Valorar fortaleza muscular pidiéndola cliente que vuelva la cabeza en contra de la resistencia de tu mano.

⁷ www.drscoppe.com, www.monografias.com

Forma, pared, volumen y movimientos

Clinicamente se han señalado diferentes tipos de tórax en condiciones normales:

Longilíneo (Ectomórfico).

Brevilíneo (Endomórfico).

Normolíneo (Mesomórfico).

Cualquier modificación que sufra la cavidad torácica puede ser secundaria a padecimientos osteomusculares, pleuropulmonares o mediastinales.

Glándulas mamarias:

Forma, volumen, estado de la superficie, si es posible la palpación, secreción del pezón. En los varones palpa las mamas y los ganglios linfáticos axilares, en las mujeres palpa las axilas, los nódulos supraclavculares y subclavculares⁸.

Abdomen

Forma y volumen

Existen tres diferentes tipos patológicos del abdomen: abdomen globoso, abdomen en batracio y abdomen en batea. Inspecciona la integridad de la piel, la simetría del abdomen. Realiza una palpación suave para detectar áreas en los 4 cuadrantes dolorosas, después realiza una palpación profunda.

Ruidos intestinales

Normalmente se escuchan a la auscultación los ruidos intestinales y la transmisión del latido aórtico. El ruido intestinal es un sonido grave, arrítmico, crepitante, que varía de intensidad de una región a otra, no tiene relación con los movimientos respiratorios y la frecuencia en la unidad de tiempo varía de una persona a otra. En el íleo paralítico se encuentra silencio abdominal por falta de movilidad de las asas intestinales y solamente se escuchará la transmisión del latido aórtico. En la hernia estrangulada, al principio aumentará la intensidad y la frecuencia de los ruidos intestinales por encima del sitio de la obstrucción (peristaltismo de lucha), pero con el tiempo aparece la fatiga muscular, con lo que desaparecen los ruidos intestinales y se instala un íleo paralítico.

Abdomen globoso. Se presenta si existe una causa que provoque aumento de la presión intra abdominal

Abdomen en batracio. Se presenta esta variedad cuando se pierde el tono de los músculos anterolaterales del vientre y la presión intraabdominal o de las vísceras vence la resistencia.

Abdomen en batea. Es consecutivo a pérdida del tejido celular y de las masas musculares. Las salientes óseas se acentúan, la piel se torna seca y lisa, los pliegues cutáneos se hacen más acentuados;

Hígado

La palpación es el procedimiento que mayor número de signos nos aporta en la exploración del hígado. Se le estudia tamaño, consistencia, estado de la superficie (liso, rugoso, nodular), sensibilidad y movilidad, *Percusión*. Por medio de la percusión se delimita el área hepática. A través

⁸ Kozier, Erb. Op. cit. Pág 38, Luis Martín Abreu. Semiología Médica y Técnica Exploratoria. Pág 9-25, Juan Surós Batllo Fundamentos del Diagnóstico y Exploración Física. pág. 14-36, www.drscoope.com, www.monografias.com, www.drscoope.com

de este procedimiento se podrá demostrar si el hígado conserva su tamaño, está disminuido o aumentado.

Bazo y riñón

Bazo. Normalmente el bazo no es palpable; el bazo palpable generalmente es indicativo de problema clínico que requiere aclaración.

Riñón. La exploración de la región lumbar puede ser útil para descubrir la presencia de patología renal, particularmente de cuadros inflamatorios como en la pielonefritis crónica o el absceso perirrenal

Columna

inspecciona el alineamiento de la columna para ver si hay signos de xifosis, lordosis, escoliosis.

Reflejos

Rotuliano. También llamado patelar; da información acerca de la integridad funcional de los nervios espinales del segmento L2 al L4, así como del nervio femoral.

Sistema cardiovascular

Inspecciona, palpa y ausculta las pulsaciones en las zonas aórtica, pulmonar, tricúspide y apical.

Inspecciona las venas periféricas de los brazos y piernas para comprobar la presencia o aparición de venas superficiales cuando las extremidades están elevadas o en declive. Buscar signos de flebitis.

Circulación arterial de los miembros

Las lesiones arteriales de los miembros pueden manifestarse tempranamente por hinchazón, cambios de coloración de la piel, de temperatura, ausencia de pulsaciones y limitación de los movimientos. Siempre que se sospecha lesión de los vasos arteriales se tendrán que investigar síntomas subjetivos de hormigueo, cambios de la temperatura, claudicación intermitente, dolor en reposo, palidez, cianosis, cambios tróficos y gangrena.

Pulsos arteriales

Radial. El pulso radial muestra a veces arritmia completa, lo que traduce una fibrilación.

Femoral. El pulso femoral se investiga palpando en el punto medio entre la espina del pubis y la espina iliaca anterosuperior por abajo del pliegue inguinal; su disminución indica obstrucción a su nivel por encima, es decir, de la iliaca externa o de la iliaca primitiva; si el pulso femoral está ausente en ambos lados, indica obstrucción de la aorta (síndrome de Leriche).

Poplíteo. Si no existe pulso femoral es muy remoto que exista pulso poplíteo

Pedio. Se investiga en el dorso del pie por fuera del tendón del extensor del dedo grueso, en la parte proximal del canal que separa el primero el segundo metatarsiano; existe ausencia congénita del mismo en 10% de los sujetos. Es importante investigarlo en el paciente diabético o cuando se sospeche insuficiencia arterial periférica.

Alteraciones de la frecuencia y del ritmo

La frecuencia normal es variable, se encuentra entre 60 y 80 por minuto. En la frecuencia podemos encontrar las arritmias, alteraciones en la conducción. En las alteraciones del ritmo se encuentra la extrasistolia, las taquicardias.

Ruidos cardíacos

Los ruidos cardíacos normales pueden estar alterados en su intensidad; ya sean débiles o anormales, aumentados o disminuidos en su intensidad, o desdoblamiento de los ruidos.

Ruidos agregados

Los soplos cardíacos son ruidos que se agregan al ciclo normal del corazón, y que se presentan en los sitios donde el flujo, normalmente laminar de la sangre, se hace turbulento.

Aquiliano o aquileo. Da la información acerca de la integridad funcional de los nervios espinales de los segmentos L5, S1 y S2 y del nervio tibial.

Babinski. Debe diferenciarse cuidadosamente del reflejo plantar que se logra al estimular la zona media de la planta del pie. La respuesta completa consiste en la dorsiflexión del primer artejo al mismo tiempo que los demás se abren en abanico; se considera parcial cuando únicamente ocurre la dorsiflexión del primer artejo. Para aceptar que hay Babinski, el movimiento reflejo se debe mantener todo el tiempo que dure la estimulación y su significado clínico en la presencia de lesión del haz piramidal⁹.

Sistema músculoesquelético.

Inspecciona la presencia de contracturas musculares o de tendones, inspecciona la presencia de fasciculaciones y temblores en los músculos. Palpa los músculos cuando estén en reposo para determinar tono muscular.

Inspecciona el esqueleto para ver la estructura normal o deformidades. Palpa los huesos para identificar áreas edematosas o densas.

Inspecciona las articulaciones para ver si tienen inflamación, palpa la articulación para ver si su movimiento es tenso, suave si tienen crepitación o existen nódulos. Evalúa la capacidad de movimiento de las articulaciones.

Genitales.

Los genitales son una parte difícil de explorar por lo que solo mencionaremos algunos de los datos que hemos de evaluar y que nos ayudaran a completar nuestro examen médico.

Inspecciona la distribución, cantidad y características del bello púbico. Así como la piel del área púbica para ver si hay lesiones, inflamación o parásitos.

Pregunta si ha sufrido de dolor al orinar, si se queda con ganas, o si se ha identificado algún tipo de fluido que le parezca anormal, así como también la forma de aseo.

Padecimientos mentales y neurológicos

Trastornos mentales, confusiones, ausencia, pérdida de la conciencia, convulsiones, ansiedad o depresión, cuadros de agresión. Procesos infecciosos en la infancia como meningitis, encefalitis y traumatismos. Pide al cliente que realice ejercicios de dedo a nariz, alternación de supinación y pronación de las manos sobre las rodillas, de dedos a dedos. En función sensorial evalúa sensación de dolor¹⁰.

⁹ Luis Martín Abreu. Op. cit. Pág. 27-45, Juan Surós Batllo. Op. cit. , pág. 36-66 , www.monografias.com/, www.drscope.com

¹⁰ Manual clínico de fundamentos de enfermería. Kozier, Erb pág. 47

Residencia

Residencia actual y anteriores; tiempo de radicación. Recordar sitios endémicos.

Habitación

Calidad y tipo de vivienda, agua potable, drenaje, ventilación, hacinamiento y con vivencia con animales.

Alimentación

Calidad y regularidad tratando de identificar su valor energético y la proporción de los diferentes nutrientes (proteínas, hidratos de carbono, grasa, vitaminas, minerales y fibra).

Hábitos higiénicos

Frecuencia de aseo general, lavado de boca, cambio de ropa¹¹.

¹¹ www.drscope.com, www.monografias.com

Generalidades del examen neurológico.

Primero se deben anotar los datos generales como, el nombre, la fecha, la edad, la dirección, etc.

Análisis biográfico. Se registra información sobre la biografía, tanto normal como patológica del niño. Los datos se ordenarán cronológicamente. Con relación al desarrollo prenatal debemos registrar si el embarazo era deseado, la situación familiar durante el embarazo y la salud de la madre, haciendo hincapié en el posible uso de medicamentos o consumo de tóxicos y el padecimiento de enfermedades infecciosas. También es conveniente informar sobre el rol del padre durante el embarazo y las expectativas de la familia (si querían que fuera niño o niña, nombres que le buscaron) y si reemplazó a algún hermano por aborto o muerte. Se indicará cómo fue el parto, si precisó cesárea o algún tipo de ayuda y cualquier complicación o defecto durante el nacimiento.

Es conveniente señalar quiénes y cómo son las personas más cercanas al paciente y cómo influyen en su educación y modo de vida. Investigaremos las personas que se relacionan con la disciplina del niño, qué personas se la imponen y qué tipo de castigos, con el efecto de los mismos en la conducta del niño. También se deben incluir otro tipo de acontecimientos (muerte de algún familiar, separación de los padres, segundas nupcias) y el impacto que ha producido en el niño.

Según la edad del niño, se buscarán detalles sobre la pubertad, cambios biológicos producidos y su cronología, junto con la influencia de los mismos en el desarrollo psicológico y social. Se examinarán los posibles desencadenantes de estrés psicológico: relación con las figuras de autoridad, con los familiares y compañeros. También se detallará la vida en la escuela, y cómo se adaptaba a las situaciones sociales.

Escuela y amigos. Descripción de la situación escolar tanto la previa como la actual. También se detallará la vida en la escuela, experiencias en la guardería y cómo se adaptaba a las situaciones sociales.

Funciones neuropsicológicas. Describiremos el nivel de conciencia, el nivel de orientación temporal (día, semana, mes, año) y espacial (dónde está, ciudad, nombre del lugar) y personal (quién es él, las personas de su alrededor, sus familiares). También constará el nivel de atención y memoria, cómo se halla la capacidad de registro, retención y recuperación de datos, junto con la memoria inmediata, reciente y remota.

Capacidad intelectual: Se debe valorar el nivel de inteligencia según los logros conseguidos por el niño respecto a su edad y ambiente.

Afectividad/estado de ánimo: Observar si el niño se ve deprimido, exaltado, irritable, ansioso, con miedo, culpable. Oscilaciones en el estado de ánimo, profundidad de las fluctuaciones (labilidad afectiva). Se debe anotar la expresión predominante (afecto aplanado, expansivo, deprimido, lábil, ansioso, temeroso..)

Pensamiento: Se explorarán las preocupaciones del niño: pensamientos, obsesiones, compulsiones, fobias, ideas hipocondríacas. Para valorar el pensamiento abstracto es fundamental la edad del niño o adolescente, ya que éste se forma en las fases más avanzadas del desarrollo del pensamiento.

Comportamiento instintivo. Registramos cómo el niño o adolescente es capaz de controlar sus impulsos hostiles, agresivos, afectivos o sexuales¹.

¹Dr. Cesar E. González Cortes. Manual de Neurología. Pág.1, Roger Bannister Brain Neurología clínica. pág. 5-8

EL EXAMEN NEUROLOGICO.

En esta sección se revisa el examen neurológico en términos generales, sin pretender cubrir todas las alternativas que podría efectuar un neurólogo en situaciones específicas.

El sistema piramidal comprende las neuronas cuyas fibras están contenidas en las pirámides del bulbo raquídeo, es la única vía corticoespinal que no tiene sustituto, las lesiones puras de las pirámides del bulbo raquídeo producen flacidez y disminución de la destreza manual con debilidad de la pierna menos manifiesta y persistente.

El sistema extrapiramidal en su sentido más amplio, incluye todas las restantes vías descendentes que actúan sobre la neurona motora inferior, la consecuencia habitual de la disfunción extrapiramidal se piensa ahora es la espasticidad y la rigidez.

De todas maneras, al momento de efectuar específicamente el examen neurológico y describirlo, se debe tener un esquema que permita seguir un orden¹.

Esquema general:

El examen neurológico se divide en las siguientes partes:

- I. **Conciencia y examen mental.**
- II. **Nervios craneanos.**
- III. **El sistema motor.**
- IV. **El sistema sensorial.**
- V. **Signos de irritación meníngea².**

Nervios craneales.

Un esquema muy resumido de las principales funciones de los nervios craneanos se presenta a continuación (se recomienda complementar con lo dicho en la sección sobre anatomía y fisiología):

Nº	Funciones
I	Olfato
II	Agudeza visual, campos visuales y fondo de ojo
II, III	Reflejos pupilares
III, IV, VI	Movimientos extraoculares
V	Reflejos corneales, sensibilidad de la cara y movimientos de la mandíbula
VII	Movimientos de la cara
VIII	Audición
IX, X	Deglución, elevación del velo del paladar y reflejo faríngeo
V, VII, X,	Voz y lenguaje
XII	Inspección de la lengua ³

¹ Examen clínico neurológico Op. cit., pág. 88-90

² Examen clínico neurológico Op. cit., pág. 154-155. Roger Bannister. Op. cit., pág. 5-11, Dr. Cesar E. González Cortés. Op. cit., Pág. 1, <http://escuela.med.puc.cl/>

³ Dr. Cesar E. González Cortés. Op. cit., p. 1-5

Primer nervio craneano u olfativo (I par).

Habitualmente no se explora y sólo se investiga cuando la sintomatología lo amerita. Se le presentan al paciente olores familiares que no sean irritantes. Primero hay que asegurarse que las fosas nasales estén permeables. Luego se le pide al paciente que cierre los ojos. Se le tapa una fosa nasal y por la otra se aproximan productos que tengan un olor característico: café, tabaco, naranja, menta, jabón, pasta dental, etc.; se repite posteriormente en la otra fosa nasal. La persona debe ser capaz de sentir e identificar el aroma. La pérdida del olfato se llama *anosmia*. Puede deberse a muchas causas: congestión nasal, traumatismo del cráneo que compromete la lámina cribosa, el fumar y el uso de cocaína. Al disminuir el olfato, también se siente menos el sabor de los alimentos⁴.

Segundo nervio craneano u optico (II par)

Se examina apreciación de la agudeza, campos visuales y fondo de ojo

Par ocular común, patético y ocular externo (III, IV y VI).

Los exploramos en conjunto llevando uno o los dos ojos en dirección a los 4 puntos cardinales y oblicuos. Las pupilas son iguales, centradas y regulares, se hallan dilatadas anormalmente o contraídas, ¿cómo reaccionan a la luz? Como se halla el reflejo consensual (cada ojo por separado)? ¿Cómo se hallan los movimientos oculares? ¿hay retracción de los párpados o exoftalmos?⁵

Quinto nervio craneano o nervio trigémino (V par).

Inerva la sensibilidad de la cara. Está formado por las ramas oftálmicas, maxilar superior y maxilar inferior. Se investiga la sensación al *dolor* con un objeto punzante, el *tacto superficial* con una aguja de algodón o un dedo, y la *sensación térmica* con tubos que contengan agua fría y caliente.

Para buscar el *reflejo corneal* se debe aplicar el estímulo sobre la córnea y no sobre la esclera. Depende de la rama oftálmica del nervio trigémino (vía sensorial) y del nervio facial (vía motora). La respuesta normal es una contracción refleja del orbicular del párpado del mismo lado y del contralateral (*reflejo consensual*). Asegúrese que el paciente no esté usando lentes de contacto.

El componente motor se investiga palpando la musculatura de los temporales y los maseteros, pidiéndose al paciente que apriete sus dientes o movilice su mandíbula hacia los lados contra resistencia.

Séptimo nervio craneano o facial (VII par).

Es responsable de los movimientos de la cara y la sensibilidad gustativa de los 2/3 anteriores de la mitad de la lengua. Inerva la musculatura de la frente, el orbicular de los párpados y la musculatura peribucal. Cuando se explora, se le solicita al paciente que eleve las cejas, que cierre los ojos con fuerza y que muestre los dientes o las encías, en orden sucesivo.

Octavo nervio craneano o nervio auditivo (VIII par).

Cuando se compromete el sistema vestibular o el cerebelo, se produce inestabilidad, vértigo y nistagmo. El paciente tiende a caer hacia el lado afectado.

⁴ Examen Clínico Neurológico. Op. cit. Pág. 46-47, Roger Bannister. Op. cit., Pág. 8, Dr. Cesar E. González Cortes. Op. cit., Pág. 2, <http://escuela.med.puc.cl/>, www.sepsiatria.com.

⁵ Roger Bannister. Op. cit. Pág. 8-9, Dr. Cesar E. González Cortes. Op. cit. Pág. 2.

La alteración del equilibrio se evidencia pidiéndole a la persona que trate de caminar normal, o que camine poniendo un pie justo delante del otro como los equilibristas (*marcha en Tandem*).

Noveno nervio craneano o glosofaríngeo (IX par).

Es responsable de la sensibilidad gustativa del tercio posterior de la mitad de la lengua el gusto se examina empleando azúcar, ácido tartárico, sal, quininas o sustancias similares. El paciente es aleccionado para que pruebe una pequeña cantidad de la sustancia, el paciente deberá identificar que sustancia o saber antes de iniciar con otro.

Décimo nervio craneano o nervio vago (X par).

Participa en muchas funciones, especialmente llevando los impulsos del sistema parasimpático a distintos órganos: corazón, tubo digestivo, vísceras abdominales, etc.

Habitualmente se examina junto con el noveno par en conjunto. Se le solicita al paciente abrir su boca y examinar la orofaringe, es posible que sea necesario usar un abate lenguas; se le pide que diga a y se ve si se elevan ambos lados del velo del paladar; si existe debilidad de un lado, al elevarse el otro, la úvula se tiende a desviar hacia el lado sano. También es posible investigar el reflejo faríngeo estimulando la pared posterior de la faringe⁶.

Undécimo nervio craneano o espinal accesorio (XI par).

Este nervio inerva el músculo esternocleidomastoideo y permite que la cabeza gire hacia el lado opuesto. También inerva la parte alta del músculo trapecio y permite la elevación de los hombros. Estos son los movimientos que se investigan cuando se estudia su funcionamiento. Se le solicita al paciente que gire su cabeza hacia uno y otro lado, mientras se le opone resistencia. Luego que levante sus hombros, también contra resistencia. En ambos casos se evalúan y comparan las fuerzas de uno y otro lado⁷.

Duodécimo nervio craneano o nervio hipogloso (XII par).

Participa en la protrusión de la lengua. Cuando ocurre una parálisis de este nervio, la lengua sale de la boca desviándose hacia el mismo lado de la lesión; se le pide al paciente que saque la lengua y que la mueva de un lado al otro y que la meta y la saque rápidamente.⁸

El sistema motor.

Para evaluar el sistema motor conviene fijarse en los movimientos, las fuerzas, el tono muscular, los reflejos, las masas musculares, la coordinación y la presencia de movimientos involuntarios.

Si se encuentran alteraciones conviene identificar los músculos y nervios involucrados, o si el origen del defecto es central o periférico⁹.

La espasticidad es el resultado de la hiperactividad de los reflejos de estiramiento. Generalmente afecta a grupos musculares opuestos en diferentes grados, de tal manera que el miembro tiende a

⁶ www.sepsiquiatria.com Examen clínico neurológico. Op. cit. Pág., 47-57, <http://escuela.med.puc.cl/>,

Roger Bannister. Op. cit., Pág. 9, Dr. Cesar E. González Cortes. Op. cit., Pág. 3

⁷ <http://escuela.med.puc.cl/>, Roger Bannister. Op. cit., Pág. 9, Dr. Cesar E. González Cortes. Op. cit., 3, Examen Clínico Neurológico. Op. cit., pág. 57-58

⁸ <http://escuela.med.puc.cl/>, Examen Clínico Neurológico. Op. cit., pág. 58, Roger Bannister. Op. cit., Pág. 9, Dr. Cesar E. González Cortes. Op. cit., pág. 3

⁹ <http://escuela.med.puc.cl/>

adoptar una postura como resultado de esta falta de balance y mantener esta posición cuando se desplaza pasivamente.

La rigidez es una forma de aumento del tono muscular en la cual los músculos flexores y extensores se contraen continuamente y conducen a un aumento de la resistencia a movimientos pasivos. No hay respuestas plantares anormales a menos que exista una alteración concomitante del sistema piramidal.

La hipotonía es una pérdida del tono muscular normal e la cual el músculo se siente suave y blando, y ofrece una resistencia menor de lo normal a la movilización pasiva¹⁰

Fuerza muscular.

Se examinan distintos grupos musculares siguiendo un orden. Se le pide al paciente que efectúe determinados movimientos mientras se le opone resistencia. También, que mantenga una posición contra la fuerza de gravedad o mientras se le aplica una fuerza externa.

Algunos de los movimientos y fuerzas que se examinan son los siguientes:

- Flexión del codo (C5, C6 - músculo bíceps braquial).
- Extensión del codo (C6, C7, C8 - músculo tríceps).
- Prehensión de manos (C7, C8, D1): el paciente debe apretar los dedos índice y medio del examinador teniendo las manos cruzadas.
- Abducción de los dedos (C8, D1 - músculos interóseos): el paciente mantiene sus manos con la palma hacia abajo y los dedos extendidos y separados; se ejerce una presión externa tratando de juntarle los dedos y el paciente debe resistir.
- Oposición del pulgar (C8, D1 - nervio mediano): el paciente debe mover el dedo pulgar en dirección del meñique y se le opone resistencia).
- Flexión de la cadera (L2, L3, L4 - músculo ileopsoas).
- Extensión de la cadera (S1 - músculo glúteo mayor).
- Aducción de las caderas (L2, L3, L4 - músculos aductores): las manos del examinador tratan de separar las rodillas contra la resistencia del paciente.
- Abducción de las caderas (L4, L5, S1 - músculos glúteos mediano y menor): se le solicita al paciente que separe las rodillas mientras se le opone resistencia.
- Flexión de la rodilla (L4, L5, S1, S2 - gastronemios).
- Extensión de la rodilla (L2, L3, L4 - cuádriceps).
- Flexión dorsal del pie (principalmente L4, L5). Se puede investigar parándose en los talones.
- Flexión plantar del pie (principalmente S1). Se puede investigar parándose en la punta de los pies.

La fuerza muscular se puede expresar según la siguiente escala:

- 0 no se detectan contracciones musculares.
- 1 se detecta una contracción muy débil.
se produce movimiento en posiciones en que la fuerza de gravedad no influye (p.ej.: flexión de la muñeca cuando el brazo está horizontal y la mano en posición intermedia entre pronación y supinación).
- 2 movimiento activo que es capaz de vencer la fuerza de la gravedad.
- 3 movimiento activo que es capaz de vencer la fuerza de la gravedad.

¹⁰ <http://escuela.med.puc.cl/>, Examen Clínico Neurológico. Op. cit. Pág. 91

- 4 movimiento activo que vence la fuerza de la gravedad y algo de resistencia externa.
- 5 movimiento activo que vence o resiste una fuerza externa sin evidencia de fatiga (esta es la condición normal).¹¹

Tono muscular.

Se explora la resistencia muscular ofrecida al desplazamiento articular. Generalmente se busca en los codos, muñecas, rodillas y tobillos, haciendo movimientos de flexo-extensión.

En condiciones normales, los músculos del segmento que se examina mantienen un *tono muscular* que corresponde a una ligera tensión o resistencia al movimiento pasivo. Con la práctica se logra evaluar el grado de resistencia que se considera normal. Es muy importante que el paciente sea capaz de relajar los músculos del segmento que se está examinando.

Una resistencia disminuida corresponde a una *hipotonía*. Se observa en lesiones del cerebelo y de sus vías, de nervios periféricos y de motoneuronas del asta anterior de la médula espinal; también se encuentra en la fase aguda de una lesión medular. Al sacudir un brazo o una pierna hipotónica, los movimientos son más sueltos que en condiciones normales.

Rigidez espástica o "en navaja": se caracteriza por un tono mayor al iniciar el movimiento que luego disminuye. Es propio de lesiones de la vía piramidal.

Rigidez plástica o "en tubo de plomo": el aumento del tono muscular es parejo a lo largo de todo el movimiento (p.ej.: se puede encontrar en la enfermedad de Parkinson).

Rigidez en rueda dentada: la resistencia muscular se siente como pequeñas sacudidas sucesivas, como si la articulación estuviera reemplazada por una rueda dentada (p.ej.: también se puede encontrar en la enfermedad de Parkinson).

Reflejos tendíneos profundos.

Para desencadenar estos reflejos el paciente debe estar relajado. El estímulo se aplica con un martillo de reflejos. La extremidad se pone en una posición en la cual el músculo que se estimulará queda ligeramente estirado y la respuesta es fácil de observar. El golpe debe aplicarse sobre el tendón en forma precisa y con la suficiente energía para obtener una contracción.

El examinador se fijará en la velocidad e intensidad de la contracción muscular, en la relación entre la fuerza del estímulo aplicado y la respuesta obtenida. También conviene fijarse en la velocidad de relajación del músculo después de haberse contraído. Siempre se debe comparar un lado con el otro.

La intensidad de los reflejos se puede expresar según la siguiente escala:

- 0 No hay respuesta
- + Respuesta débil
- ++ Respuesta normal.
- +++ Hiperreflexia
- ++++ Hiperreflexia y clonus¹²

¹¹ <http://escuela.med.puc.cl/>

¹² <http://escuela.med.puc.cl/>, www.healthsystem.virginia.edu/, www.mmhs.com/, Examen Clínico Neurológico. Op. cit. Pág. 91-93

Los reflejos más estudiados son los siguientes (con las raíces que los integran):

- **reflejo bicipital** (C5, C6): el brazo del paciente debe estar parcialmente flectado a nivel del codo. El examinador apoya su dedo pulgar (o índice) sobre el tendón del biceps y con el martillo de reflejos se golpea directamente su dedo el que transmite el golpe al tendón del biceps.
- **reflejo tricipital** (C6, C7): se flecta el brazo del paciente en el codo y se tracciona el brazo ligeramente hacia el pecho. Se golpea el tendón por encima del codo. Se observa la contracción muscular y la extensión del codo.
- **reflejo braquiorradial o supinador** (C5, C6): el antebrazo debe estar parcialmente pronado y el golpe sobre el tendón se aplica unos 3 a 5 cm por encima de la muñeca. Se observa la flexión y supinación del antebrazo.
- **reflejo rotuliano** (L2, L3, L4): el paciente debe estar sentado con las piernas colgando, o si está en decúbito, el examinador toma las piernas y las flecta un poco. El golpe se aplica en el tendón rotuliano. Se observa la contracción del cuádriceps.
- **reflejo aquiliano** (fundamentalmente S1): estando el paciente en decúbito dorsal, la extremidad se gira en rotación externa, la rodilla se flecta, y el pie se hiperextiende un poco para estirar los músculos gastronemios. El golpe se aplica sobre el tendón de Aquiles. Se observa la contracción muscular y la flexión plantar del pie. En hipotiroidismo se observa una relajación lenta del músculo. Una forma de observar mejor esta etapa de relajación es sacando el reflejo con el paciente hincado al borde de la camilla, mientras el examinador le flecta el pie hacia dorsal¹³.

Reflejos patológicos.

Los reflejos patológicos son aquellos cuya presencia significa una interferencia orgánica con la función del sistema nervioso, por ejemplo el de Babinski y los otros reflejos patológicos son el resultado de una falla en la función motora del cerebro.

Babinski: consiste en la extensión del dedo grueso del pie, habitualmente asociada a la posición en abanico (abducción y ligera flexión) de los otros dedos. El estímulo inicial no produce cosquillas ni dolor. La punta del dedo o del nudillo del pulgar se debe presionar contra la palma del pie desde la parte lateral del talón, y desde ahí es llevado hacia adelante en dirección del dedo pequeño y, al llegar a la porción anterior de la planta del pie se cruza hacia la base del dedo grueso, puede usarse el pulgar o la uña, una llave o el extremo del mango del martillo de reflejos.

Antes de que el examinador concluya que el reflejo está ausente, debe aplicarse un estímulo agudo y doloroso que produzca el reflejo sin necesidad de extenderlo a todo el pie, en estas circunstancias no es importante la molestia.

Chaddock: es un estímulo similar al usado anteriormente se aplica a lo largo del borde lateral del pie por abajo del maleolo externo.

Oppenheim: el reflejo se obtiene en respuesta al deslizamiento firme y doloroso a lo largo de la espinilla, con los nudillos de los dedos índice y medio del examinador, empezando por debajo de la rodilla y bajando un poco el estímulo.

Stransky: el 5º dedo del pie se abduce lenta y vigorosamente y después de que esta abducción máxima ha sido mantenida o por un segundo o dos se suelta rápidamente. La dorsiflexión del dedo

¹³ <http://escuela.med.puc.cl/>

grueso puede tener ligar mientras el dedo pequeño esta siendo sostenido en abducción, o puede presentarse inmediatamente después de interrumpirla abducción¹⁴.

Coordinación de los movimientos.

La coordinación de los movimientos musculares requiere que cuatro áreas del sistema nervioso funcionen en forma integrada:

- el sistema motor, para la fuerza muscular.
- el cerebelo para los movimientos rítmicos y la postura.
- el sistema vestibular, para el equilibrio y la coordinación de los ojos, la cabeza y los movimientos del cuerpo.
- el sistema sensorial, para captar las posiciones¹⁵.

Entre las pruebas que se efectúan para evaluar estas áreas, destacan las siguientes

Prueba índice-nariz y talón-rodilla: se le solicita al paciente que con el dedo índice de una mano toque en forma alternada el dedo índice de una mano del examinador y su propia nariz. Con las piernas el movimiento consiste en tocarse una rodilla con el talón de la otra pierna y luego estirla (o deslizar el talón por la región pretibial de la pierna, hacia el tobillo), efectuando esto varias veces. Cuando existe una lesión en el cerebelo, el movimiento no es preciso y presenta oscilaciones: al acercarse el dedo o el talón al objetivo se ven ajustes en la trayectoria pudiendo finalmente chocar con él o pasar de largo. Esta alteración se conoce como *dismetria*. La prueba se efectúa con las extremidades de un lado y del otro.

Efectuar movimientos alternantes rápidos: por ejemplo, tocarse el muslo con una mano con la palma hacia abajo y luego con la palma hacia arriba en forma sucesiva y alternada. Después se repite con la otra mano. Otra alternativa es mover las manos como "atornillando" una ampolleta. La falta de coordinación se llama *adiadococinesia*. Se ve en lesiones del cerebelo¹⁶.

Observación de la marcha: se observa la posición, el equilibrio, el movimiento de las piernas, si hay braceo. Por ejemplo, personas con lesiones cerebelosas presentan una marcha zigzagueante; pacientes con Parkinson tienen una marcha rígida, con pasos cortos, etc. Una vez que el paciente se ha desvestido hay que hacerlo caminar para observar deformidades de la columna vertebral o extremidades o su influencia sobre su propia marcha, observe cualquier desequilibrio al momento de dar la vuelta ello puede ser una manifestación leve de la ataxia. Finalmente se debe aprender a escuchar la marcha del paciente, puede una detectar irregularidades en el ritmo y en la fuerza de los pasos o puede advertirse un ligero arrastre de los pies.

En la **marcha hemipléjica** la mayoría de las lesiones de la neurona motora superior produce un aumento en tono muscular y dan lugar a una marcha espástica, el miembro afectado se mueve hacia adelante con dificultad por la falta de libertad de movimiento en todas las articulaciones.

La **marcha espástica** es cuando 2 extremidades inferiores están espásticas, puede haber marcha tijera. Las extremidades inferiores se mueven hacia adelante con sacudidas rígidas, frecuentemente acompañadas de movimientos compensadores extremos de tronco y de las extremidades superiores.

¹⁴Dr. Cesar E. González Cortes. Op. cit. Pág., 1-5, Examen Clínico Neurológico Op. cit., Pág.154-155

¹⁵ Examen clínico neurológico. Op. cit., pág. 348

¹⁶ Examen Clínico Neurológico. Op. cit., Pág. 93-94, <http://escuela.med.puc.cl/>, www.mmhs.com/

La **marcha atáxica** se caracteriza por la torpeza y titubeo. En la planta de los pies muy separados y al dar el paso levanta la pierna que avanza abruptamente y muy elevada. En seguida, el pie se lleva hacia abajo bruscamente, golpeándolo contra el suelo¹⁷.

Sistema sensorial.

- Dolor y temperatura (tractos espinotalámicos)
- Posición y vibración (columnas posteriores)
- Tacto superficial (tractos espinotalámicos y columnas posteriores)
- Discriminación de distintos estímulos (depende en gran medida de las áreas de interpretación sensorial de la corteza cerebral)

Para examinar las distintas sensaciones conviene que el paciente cierre sus ojos. Los estímulos se aplican en distintas partes del cuerpo y se compara un lado con el otro. La información que se obtiene debe integrarse con los otros hallazgos del examen como déficit motores y de los reflejos.

Los **estímulos dolorosos** se investigan con un objeto punzante. Se recomienda usar agujas estériles. No se deben usar instrumentos punzantes que puedan servir de medio de transmisión de infecciones de un paciente a otro. También conviene alternar entre un objeto punzante y otro que no lo sea, y que el paciente discrimine. *Analgesia* es la ausencia de la sensibilidad al dolor, sin pérdida de los restantes modos de sensibilidad, es equivalente a *anodinia*. *Hipoalgesia* es una disminución de la sensibilidad al dolor; es equivalente a una *hipoestesia* dolorosa. *Hiperalgesia* es un aumento de la sensibilidad al dolor; es equivalente a *hiperestesia* dolorosa. *Disestesia* es la producción de una sensación displacentera y en ocasiones dolorosa por un estímulo que no debiera serlo, como rozar con un algodón. *Parestesias* son sensaciones espontáneas en la forma de hormigueos, adormecimiento, "agujas que pinchan", etc.

Si la **sensibilidad al dolor** está normal, no es necesario examinar la *sensibilidad térmica* ya que va por las mismas vías.

El **tacto superficial o fino** se examina con una mota de algodón o con el pulpejo de un dedo. El paciente debe estar con sus ojos cerrados o impedido de ver las zonas que son estimuladas interponiendo una almohada. Conviene pedirle que diga cuándo siente y cuándo no.

La **sensación vibratoria** se examina con un diapasón de baja frecuencia, entre 128 Hz y 256 Hz que se aplica vibrando sobre prominencias óseas (articulaciones interfalángicas, metatarsofalángica del primer dedo, maléolos de los tobillos, la muñeca, el codo, etc.). Si existe duda, el diapasón se aplica a veces vibrando y otras no, ya que el paciente podría estar respondiendo en base a la presión que siente y no por la vibración.

La **sensibilidad propioceptiva** se relaciona con la capacidad de reconocer en qué posición están segmentos del cuerpo como los dedos o las extremidades. Para evaluarla se le pide al paciente que cierre los ojos y se le toma un dedo cogiéndolo por ambos lados. Luego se levanta o se deprime y se le pide al paciente identificar la nueva posición (previamente se le debe identificar bien qué va a corresponder "hacia arriba" y "hacia abajo").

¹⁷ Examen Clínico Neurológico. Óp. cit., pág. 102-103

Signos meníngeos.

Cuando existe una irritación de las meninges por una infección (*meningitis*) o un sangramiento subaracnoideo, pueden aparecer signos específicos que orientan a esta condición. Ellos son la *rigidez de nuca*, el signo de *Brudzinski* y el de *Kernig*¹⁶.

¹⁶ Roger Bannister. Op. cit., p pp 6-11, Dr. Cesar E. González Cortes. Op. cit., pág. 4, www.sepsiquiatria.com
<http://escuela.med.puc.cl/>, www.mmhs.com/, www.healthsystem.virginia.edu/

RETARDO O DEFICIENCIA MENTAL.

¿QUE ES EL RETARDO MENTAL?

Funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media en relación con un daño cerebral producido antes de los 18 años.

Para medirlo se usan varias escalas. Los tests se hacen a partir de los 5-6 años.

R.M : coeficiente intelectual inferior o igual a 70.

R.M leve : C.I = 50-70.

R.M severo : C.I menor de 50.

Border line : C.I = 70-85.

La frecuencia del retardo mental es de un 2-3 %, pero el leve es 7-10 veces más frecuente que el severo, y es más frecuente en varones.

El R.M leve es a menudo familiar(herencia poligénica). El severo es más esporádico.

En niño pequeño no se hace test, se suele percibir el R.M por la incapacidad de ir superando las fases del desarrollo psicomotor del niño.

Los test hay que repetirlos porque puede haber circunstancias que alteren los resultados como p.ej. déficit sensoriales o motores, problemas de comportamiento del niño...

Podría haber un empobrecimiento intelectual ligado a condiciones sociales desfavorables, sería una situación de falso retraso mental. Si se actúa tempranamente se podría recuperar algo¹.

El retardo mental es una discapacidad y tiene un efecto duradero en el desarrollo produciendo:

- Reducción de las habilidades para arreglárselas independientemente(daño de la función social)
- La reducción de las habilidades para entender informaciones nuevas y aprender nuevas habilidades (daño de la inteligencia)

El retardo mental puede clasificarse como limite/ligero, moderado, grave y profundo.

Retardo mental limite/ligero:

Aproximadamente el 80% de las personas con retraso mental, no suelen mostrar signos físicos que los identifiquen y sus déficits sensoriales o motores son leves. En la vida adulta la mayoría de estas personas no se diagnostican nunca. La mayoría de estas personas pueden vivir independientemente en ambiente normales, aunque pueden necesitar ayuda para encontrar alojamiento y empleo y cuando están bajo un estrés inusual

¹ www.lafacu.com

Retardo mental moderado:

Aprox. El 12% de la población con dificultades de aprendizaje suele tener este retardo. La mayoría puede hablar o por lo menos puede aprender a comunicarse, pueden cuidarse ellos mismos con un poco de ayuda. Como adultos pueden emprender normalmente trabajos simples o rutinarios pueden encontrar su camino

Retardo mental grave;

Con aprox. El 7% de la población con discapacidad para el aprendizaje tiene este retardo. En la edad preescolar su desarrollo está habitualmente retardado en alto grado. Con el tiempo pueden adquirir algunas habilidades para cuidarse pero bajo supervisión cercana.

Retardo mental profundo:

Muy pocos aprenden a cuidarse solos aunque algunos de manera eventual adquieren algún discurso simple y conducta social.

Problemas asociados:

Es retraso mental puede asociarse o estar complicado por déficit motores o sensoriales, problemas de conducta epilepsia y enfermedad mental.

Que estados se excluyen del retardo mental?

Personas con desventajas educativas, las lesiones del cerebro y otros trastornos neurológicos degenerativos en la vida adulta y la discapacidad física sola o unida a enfermedad mental que podrían ser responsables del declive de la habilidad cerebral.

Niños y jóvenes con retardo mental.

La presencia de retardo mental pone a niños y jóvenes en riesgo de:

- Propensos a dificultades físicas.
- Propensos a los trastornos mentales y de conductas.
- Propenso a la estigmatización social y sus consecuencias.
- Dependencia de la ayuda de otras personas para adquirir habilidades básicas.

Complicaciones para una familia que tiene un niño con retardo mental.

La familia con un niño que tiene retardo mental se pone en riesgo de:

- Dificultades neurológicas entre hermanos y padres.
- Desarmonía matrimonial.

Las personas con retardo mental tiene necesidades múltiples como:

- Las relativas a su retardo mental: medicas, cognitivas y conductuales.
- Las relativas a su edad: educativas, emocionales y sociales.
- Las relativas al impacto de su retardo mental en la familia.

Perturbaciones de la conducta en diversos ámbitos:

Medico:

La perturbación de conducta puede ser la consecuencia de una afección médica, puede ser una señal de incomodidad física en un niño incapaz de comunicarse eficazmente, la autolesión, golpeándose la cabeza lateralmente es una expresión bien reconocida

Desarrollo:

La conducta puede ser apropiada para la fase de desarrollo alcanzada. A menudo crean problemas en la evolución de los jóvenes, las diferencias existentes entre el tamaño físico, fuerza y habilidades motoras y sus limitadas capacidades intelectuales, sociales y emocionales.

Emocional:

Los niños con retraso mental presentan riesgo de un desarrollo emocional anormal, no pueden elaborar vínculos seguros y desarrollan deficientemente las estructuras de la personalidad, tales niños son propensos a reaccionar en situaciones de estrés con síntomas psicopatológicos, incluyendo ansiedad y trastornos depresivos.

Educativo:

Los programas educativos planteados a un nivel demasiado alto o demasiado bajo pueden contribuir al trastorno mental o de conducta debido al aburrimiento, la frustración y al disgusto. Aprendiendo con un grupo de igualmente disminuidos se puede exponer a un niño con retraso mental a una conducta impropia y una mala adaptación.

Tratamiento medico.

Sustancias estabilizadoras del humor:

Las llamadas sustancias estabilizadoras del humor se usan en las personas que padecen cambios de humor normalmente llamados trastornos afectivos bipolares o trastornos maniaco depresivo. Las medicaciones prescritas son diversas pero tiene en común una propensión para estabilizar la actividad neuronal central. Estas mismas medicaciones también se usan para tratar la agresividad no específica y la conducta sobre estimulada de las personas con retraso mental

La carbamacepina es un anticonvulsivo que se usa ampliamente pero pueden causar elevación de las enzimas hepáticas y discrasias sanguíneas, requiere de la supervisión de concentración en suero.

Conductas desafiantes:

Este término se refiere a las combinaciones severas y normalmente crónicas de agresividad, destrucción, búsqueda de atención, autoagresividad, ruidos, hiperactividad y conducta social inadecuada (por ejemplo pintar, picar o correr compulsivamente.)

Tales conductas representan un desafío para los proveedores de servicio dado que esta amenazada la seguridad física del cliente y de otros.

Las conductas desafiantes agresivas y destructivas normalmente crónicas y a menudo tiene una función comunicadora. Pueden representar un intento de protesta, atraer la atención, expresión de enojo, tristeza, miedo o confusión y también pueden indicar que se sienten físicamente enfermos. Son más frecuentes cuando los clientes tienen una baja tolerancia a la frustración, deterioro de la

comunicación, habilidades sociales pobres y soportes variables. La conducta de búsqueda de atención puede incluir quejas persistentes, gritos, preocupaciones corporales y actos dramáticos.

Pica: es comer de manera persistente sustancias no nutritivas como el papel, la suciedad, el pelo, etc.

Las estereotipias: son movimientos repetitivos primitivos y autoestimulatorios como mecer el cuerpo, mover la cabeza. Las estereotipias la pica tienden a presentarse en personas con retraso mental grave, con limitada movilidad, comunicación y habilidades sociales que están viviendo en ambientes empobrecidos. Algunos niños, sobre todo aquellos con retraso mental grave y trastornos del lenguaje, son hiperactivos, están siempre activos, impulsivos y destructivos con un tiempo de atención corto, pero después de la adolescencia la mayoría se vuelven apáticos y socialmente aislados.

Como es la conducta autoagresiva:

Es más común en varones con retraso mental grave incluye picarse la piel, morderse, arañarse, golpearse la cabeza, abofetearse, arrancarse el pelo, golpearse en el ojo y en el ano.

Este complejo de síntomas se solapa con la búsqueda de atención, la anulación de tareas, la aversión social y las funciones autoestimuladoras que pueden mantener estas conductas. Los factores físicos, mentales y ambientales también pueden contribuir al desarrollo y mantenimiento de conductas autoagresivas como por ejemplo: el dolor, el estreñimiento, la cólera, la ansiedad, la depresión, la baja estimulación, los cambios medio ambientales y del personal cuidador.

La conducta desafiante como contestación a un ambiente pobre:

El tratamiento actual puede estar caracterizado por un ambiente yermo con pocos materiales y actividades, niveles bajos de interacción social, pudiendo aparecer esas interacciones negativas cuando se demanda más bien lo positivo y favorable.

La conducta desafiante en relación con la enfermedad mental:

Las personas con retraso mental también pueden padecer una enfermedad mental que afecte su conducta.

Cuales son las maneras de actuar ante las conductas desafiantes?

Debe llevarse a cabo un análisis funcional completo del repertorio conductual. El análisis funcional proporciona una valoración comprensiva de las personas con retraso mental y conducta desafiante. Por ejemplo, si se nos informa que una persona está golpeando su cabeza contra los objetos, la primera acción que debe realizarse es un análisis funcional del problema. El análisis funcional no enfoca solamente el problema de conducta, intenta analizar la función de la conducta a partir de una investigación completa del contexto en que ocurre. Se registran los eventos previos y los inmediatamente después. Una vez recogidos los datos y ordenados, debe ser posible formular una hipótesis acerca del origen y la función crítica de la conducta y diseñar una intervención².

INFLUENCIA DE FACTORES BIOLÓGICOS:

- Hemorragia intracraneal.
- Retraso del crecimiento intrauterino.
- Encefalopatía hipóxico-isquémica.

² www.neurorehabilitación.com/, www.fortunecity.es/, www.psicopedagogia.com

- Microcefalia.
- Infecciones congénitas.
- Convulsiones neonatales.
- Toxicomanías maternas.

INFLUENCIA DE FACTORES AMBIENTALES

- Nivel socioeconómico bajo.
- Madre joven
- Maltrato
- Problemas vinculados a la persona que cuida al niño. (toxicomanía, R.M).

El R.M aunque a veces tiene rasgos autistas no es exactamente lo mismo.

El R.M también se asocia a otros problemas:

- Epilepsia.
- Deficit sensoriales.
- Daños motores.
- Prematuridad.
- Parálisis cerebral.
- Hiperactividad.

Siempre hay que tener en cuenta estos factores³.

Parálisis Cerebral

Parálisis cerebral es un término usado para describir un grupo de incapacidades motoras producidas por un daño en el cerebro del niño que pueden ocurrir en el periodo prenatal, perinatal o postnatal.

La definición de PCI más ampliamente aceptada y más precisa es la de un "trastorno del tono postural y del movimiento, de carácter persistente (pero no invariable), secundario a una agresión no progresiva a un cerebro inmaduro"(Fernández, E., 1988.)

Bajo el concepto de PCI encontramos diferentes tipos de patologías con causas diferentes, con pronóstico variable dependiendo del grado de afectación y extensión de la lesión en el cerebro. La lesión es cerebral por lo que no incluye otras causas de trastorno motor⁴

Se entiende una serie de afecciones relacionadas con el control del movimiento y la postura. Debido

³ www.psicopedagogia.com, www.lafacu.com

⁴ www.neurorehabilitación.com/, <http://www.rsui.edu/>, www.binass.sa.cr/

al daño de una o más de las partes del cerebro que controlan el movimiento, los niños con parálisis cerebral no pueden mover sus músculos en forma normal, la afección no empeora a medida que el niño crece.

Tienen otros problemas que requieren tratamiento, como por ejemplo retraso mental, problemas de aprendizaje, ataques repentinos y problemas de visión, audición y habla.

Existen tres tipos principales de parálisis cerebral, aunque en algunos casos el paciente puede tener síntomas de más de un tipo⁵.

Parálisis cerebral espástica: en la que los músculos están rígidos y dificultan el movimiento.

Parálisis cerebral discinética: afecta la totalidad del cuerpo. Se caracteriza por fluctuaciones en el tono muscular (que pasa de demasiado duro a demasiado blando) y a veces se asocia con movimientos descontrolados (que pueden ser lentos y retorcidos o rápidos y espasmódicos)

Parálisis cerebral atáxica: afecta el equilibrio y la coordinación. En algunos casos caminan con pasos inestables y tienen problemas con los movimientos que requieren una coordinación precisa, como la escritura⁶.

Causas de la parálisis cerebral infantil.

Entre las causas posibles se encuentran:

Las causas se clasifican de acuerdo a la etapa en que ha ocurrido el daño a ese cerebro que se está formando, creciendo y desarrollando. Se clasificarán como causas prenatales, perinatales o posnatales⁷.

Causas prenatales:

Infecciones durante el embarazo. Algunas infecciones contraídas por la madre, como rubéola, citomegalovirus y toxoplasmosis pueden producir daño en el cerebro y generar parálisis cerebral. Estudios recientes sugieren que las infecciones maternas que afectan el fluido amniótico, la placenta y el aparato urinario son una causa importante de parálisis cerebral en bebés nacidos a término y prematuros⁸.

Intolerancia de Rh. Esta incompatibilidad entre la sangre de la madre y la del feto puede producir daño en el cerebro y generar parálisis cerebral. Afortunadamente, la intolerancia de Rh por lo general puede prevenirse inyectando a una mujer Rh-negativo un producto sanguíneo llamado inmunoglobulina Rh cerca de la semana número 28 del embarazo y nuevamente después del nacimiento de un bebé Rh-positivo.

Otros defectos de nacimiento. Los bebés con malformaciones cerebrales, numerosas enfermedades genéticas, anomalías cromosómicas y otros defectos congénitos físicos tienen un riesgo mayor de padecer parálisis cerebral⁹.

1- Anoxia prenatal. (circulares al cuello, patologías placentarias o del cordón).

⁵ www.nacersano.org/, <http://www.tsbui.edu/>

⁶ www.nacersano.org/, <http://www.tsbui.edu/>, www.neurorehabilitación.com/

⁷ www.neurorehabilitación.com/

⁸ www.binasssa.ch/

⁹ www.nacersano.org/

- 2- Hemorragia cerebral prenatal.
- 3- Infección prenatal. (toxoplasmosis, rubéola, etc).
- 4- Factor Rh (incompatibilidad madre-feto).
- 5- Exposición a radiaciones.
- 6- Ingestión de drogas o tóxicos durante el embarazo.
- 7- Desnutrición materna (anemia).
- 8- Amenaza de aborto.
- 9- Tomar medicamentos contraindicados por el médico.
- 10- Madre añosa o demasiado joven¹⁰.

Causas perinatales.

El feto no recibe suficiente oxígeno. Por ejemplo, cuando la placenta no funciona en forma adecuada o se desgarra de la pared del útero antes del parto, es posible que el feto no reciba suficiente oxígeno.

Parto prematuro. Los bebés prematuros que pesan menos de 3 1/3 libras (1,5 kg) tienen hasta 30 veces más probabilidades de contraer parálisis cerebral que los bebés nacidos a término. Muchos de estos pequeños bebés padecen hemorragias cerebrales, que puede dañar tejido cerebral delicado, o la destrucción de los nervios que rodean las cavidades llenas de fluido (ventrículos) del cerebro.

Complicaciones durante el parto y nacimiento. Hasta hace poco tiempo, los médicos atribuían la mayoría de los casos de parálisis cerebral a la asfixia (falta de oxígeno) durante un parto difícil. Estudios recientes han demostrado que este factor sólo causa cerca del 10 por ciento de los casos.

Intolerancia de Rh. Esta incompatibilidad entre la sangre de la madre y la del feto puede producir daño en el cerebro y generar parálisis cerebral. Afortunadamente, la intolerancia de Rh por lo general puede prevenirse inyectando a una mujer Rh-negativo un producto sanguíneo llamado inmunoglobulina Rh cerca de la semana número 28 del embarazo y nuevamente después del nacimiento de un bebé Rh-positivo¹¹.

Son las más conocidas y de mayor incidencia, afecta al 90 % de los casos.

- 1- Prematuridad
- 2- Bajo peso al nacer.
- 3- Hipoxia perinatal.
- 4- Trauma físico directo durante el parto.
- 5- Mal uso y aplicación de instrumentos (fórceps).

¹⁰ www.neurorehabilitación.com/

¹¹ www.nacersano.org/

6- Placenta previa o desprendimiento.

7- Parto prolongado y/o difícil. •

8- Presentación pelviana con retención de cabeza.

9- Asfixia por circulares al cuello (anoxia).

10- Cianosis al nacer.

11- Broncoaspiración¹².

Causas posnatales

Parálisis cerebral adquirida. Cerca del 10 por ciento de los niños que padecen parálisis cerebral la adquieren después del nacimiento debido a lesiones cerebrales que tienen lugar durante los dos primeros años de vida. Las causas más comunes de estas lesiones son infecciones cerebrales (como meningitis) y lesiones en la cabeza¹³.

1- Traumatismos craneales.

2- Infecciones (meningitis, meningoencefalitis, etc).

3- Intoxicaciones (plomo, arsénico).

4- Accidentes vasculares.

5- Epilepsia.

6- Fiebres altas con convulsiones.

7- Accidentes por descargas eléctricas.

8- Encefalopatía por anoxia¹⁴.

Signos y síntomas.

convulsiones

contracciones musculares

dificultad para succionar o comer

respiración irregular

desarrollo retardado de las destrezas motoras, tal como alcanzar objetos, sentarse, rodar, gatear, caminar, etc.

retardo motor mental

¹² www.neurorehabilitación.com/

¹³ www.nacersano.org/

¹⁴ www.neurorehabilitación.com/

retardo mental

anormalidades del habla (disartria)

anormalidades visuales

anormalidades auditivas

contracciones espásticas progresivas de las articulaciones

rango limitado de movimiento

dientes en forma de clavija¹⁵

¿Que trastornos tienen relación con la parálisis cerebral?

Retraso mental: Dos tercios del total de los pacientes. Es lo más frecuente en niños con cuadriplejía espástica.

Problemas de aprendizaje

Anormalidades oftalmológicas (estrabismo, ambliopía, nistagmo, errores de refracción)

Déficit auditivos

Trastornos de comunicación

Ataques convulsivos: una tercera parte del total de los pacientes; se observa con más frecuencia en niños con Hemiplejía espástica

Deficiencia del desarrollo

Problemas de alimentación

Reflujo gastroesofágico

Problemas emocionales y de comportamiento (en especial, déficit de atención con hiperactividad, depresión)¹⁶.

Con gran frecuencia, en la Parálisis Cerebral a los problemas del movimiento se asocian otros de diversa índole y no de menor importancia. Se trata de problemas clínicos, sensoriales, perceptivos y de comunicación¹⁷.

¹⁵ www.nlm.nih.gov/mielineplus/

¹⁶ www.neurorehabilitación.com/

¹⁷ www.fortunecity.es/

La llegada de un niño minusválido es por lo general un choque y muchos encuentran muy difícil de aceptar los hechos, planear la atención y entretenimiento de manera constructiva. Con frecuencia se reprochan en algún grado y en tales casos son bastante frecuentes muy naturales los sentimientos de culpa, si bien por lo general bastante infundados. Parece como una mancha al nombre de la familia, un estigma y turbación a todos los implicados. Algunas veces, si bien raras, los padres encuentran difícil amar a su hijo incapacitado y sienten resentimiento y hostilidad hacia el mundo y a cualquiera que desee ayudarlos; por lo general se establece un lazo muy estrecho entre la madre y el hijo.

Es obvio que la madre se encuentra comprometida emocionalmente en grado extremo y suele ser incapaz de percatarse de que esto llevará al desastre; una vez que la madre ha aceptado el hecho cruel de que su hijo se encuentra serio y permanentemente minusválido, tiene que seguir una segunda fase de ajuste, que se refiere a las implicaciones a largo plazo con respecto a la vida de la familia, la alimentación, juegos, actividades sociales, educación, salud, prospectos de trabajo y matrimonio, es decir los aspectos de la vida de la familia entera quizá para muchas décadas.

La realidad de la minusvalía es el echo de que algunas cosas que el niño no hace ni podrá hacer nunca, es como caminar o escribir; esto no niega que muchas cosas puede hacer y que existen muchas habilidades sustitutas o alternativas que puede desarrollar con el apoyo, lo cual hará una gran diferencia para su vida. Los padres necesitan tanta ayuda como su hijo.

Los efectos de la minusvalía sobre la familia

Los padres en muchas áreas son confrontados por servicios diferentes, complejos, que se superponen y los azoran, como hospitales, clínicas, agencias locales, sociedades voluntarias, escuelas y así sucesivamente, de tal manera que aun para las necesidades relativamente simples como una silla de ruedas especial, tienen que establecer contacto con muchas oficinas diferentes. Lo que indica una enorme necesidad de coordinación a nivel nacional y local para que los padres conozcan con precisión a quien buscar para pedir ayuda.

La familia como una unidad.

Es importante considerar a la familia como una unidad, de tal manera que las necesidades del resto de la familia, el esposo, hermanos y hermanas, no sean desatendidas y el niño minusválido no debe convertirse en el centro de atención del hogar; es preciso enseñar a los hermanos a no ceder en ocasiones al niño incapacitado y cuanto mas desorden y agitación lleguen a darse el podrá tomar lo mejor.

Es importante no permitir que los demás niños se sientan responsables de él, en detrimento de sus propias intereses. La atención del niño minusválido debe ser una responsabilidad compartida entre los padres, hermanos, parientes y profesores, trapistas y médicos así como otros profesionales de la salud¹.

¹ Ágata H. Bowley, Leslie Gardner, El niño minusválido, guía educativa para el minusválido orgánico pág. 69-78.

Tratamiento.

Es evidente que el tratamiento que se lleva a cabo con el niño, para resultar eficaz, ha de contar necesariamente con la participación de los padres. Padres y familiares ha de comprometerse a continuarlo y reforzarlo.

Los padres deben de saber que estamos haciendo con los niños y para que e implicarse e lleno en ello. Ante todo tener presente que nos dirigimos a una boca ni a una cabeza, que no es un retraso mental o cualquier otra enfermedad, con unas determinadas capacidades y unas limitaciones que debemos conocer. En general se debe evaluar:

- La intención comunicativa.
- La comprensión.
- La terapia orofacial.
- Los medios expresivos.

Desarrollar la intención comunicativa.

Estructurando las actividades de la vida diaria que tiene relación con sus actividades básicas siguiendo un mismo orden un mismo lugar y habiéndolo siempre de la misma manera, y verbalizando y gesticulando lo que se hace, esto le ayuda a comprender que las cosas se repiten y que le permitan anticiparse a los acontecimientos.

Para ello valoraremos intención comunicativa como es:

- Como responde a mimos, caricias.
- Emite sonidos.
- Inicia conductas comunicativas.
- En que situaciones se comunica más.

Comprensión.

Por falta de experiencia, manipulación o movimiento los niños con parálisis cerebral o retraso mental, tienen dificultades para comprender conceptos, formas, tamaños, colores, espacios, por eso se les debe acercar al mundo, hay que darles la oportunidad de que experimenten al máximo, acercando los objetos, colocándolos en el campo visual, nombrándolos, escondiéndolos para buscarlos con el, apreciar distintos tamaños, formas texturas. Evaluaremos:

- ¿Comprende los gestos, palabras y oraciones o imágenes con las que nos comunicamos con el?

Terapia orofacial.

Consiste en enseñar al niño a controlar su zona oral de la mejor manera posible y favorecer movimientos implicados en el habla, para ello se trata directamente de:

- Se enseña la niño a deglutir, masticar y beber inhibiendo patrones anormales y estableciendo otros correctos. Se pretende que utilice su boca de forma adecuada y activa.
- Evitar la sialorrea. (escape de saliva)

Observaremos el estado de la boca y la funcionalidad en reposo y movimiento de :

- La mandíbula, lengua, labio, velo y palatino.
- El control sobre la actividades de deglución, succión y masticación.
- La respiración. Se observa el patrón respiratorio, si existe incoordinación, espasmos, bloqueos.
- La sensibilidad hay niños que no toleran que en la boca ninguna manipulación.
- La risa, el llanto , la tos. En estas 3 actividades el niño emplea la voz por lo que su manera de realizarlas nos va a orientar sobre el modo ñeque el niño puede fonar.
- Movimiento de cabeza y hombros: debemos de conocer si el niño es capaz de independizar los movimientos de la cabeza y los hombros de los del resto del cuerpo, ya que es fundamental para iniciar una terapia del habla.

Medios expresivos.

Se pretende avanzar con la comprensión del lenguaje y proporcionarle un medio expresivo (oral, gestual, grafico o combinado)¹.

La articulación de los fonemas que componen las palabras requieren de una gran destreza de los órganos bucales que intervienen en su producción. Por lo tanto, la imitación motora de gestos y movimientos bucofaciales frente al espejo, así como de ejercicios de masticar, deglutir, soplar y absorber, ayudan a dar a los órganos articulatorios la habilidad necesaria para una pronunciación correcta.

Los ejercicios de soplo, que puede considerarse como parte de la gimnasia respiratoria, pueden ayudar a la articulación de sonidos explosivos como "p, f, s, ch, t."²

Gestos.

El empleo de gestos ayuda a comprender, discriminar y memorizar la palabra, sobre todo las que suenan de forma parecida (homófonas) ya que por trastornos de la articulación o falta de experiencias vocálicas propias tienen dificultad para discriminar palabras.

Intervención educativa.

En pacientes como ellos es necesario que la intervención educativa comprende los siguientes puntos:

- Descubrir y conocer su cuerpo y el de los demás de forma global y segmentaria, para iniciarse en la construcción positiva de sí mismo.
- Desarrollar y utilizar sus posibilidades motrices, manipulativas y de coordinación visomotriz, para manejar y explorar objetos, realizar actividades de la vida cotidiana y resolver tareas.
- Adquirir coordinación y control dinámico general del propio cuerpo, en la medida de sus posibilidades intelectuales y motoras, la ejecución de tareas, actividades de juego y para la expresión de sentimientos.
- Iniciarse en el control de su propio comportamiento (rabieta, agresiones...)³

Reeducación en pinza.

El primer músculo interóseo dorsal responsable, en gran parte, de la estabilidad de la articulación metacarpofalángica del dedo índice en la prensión en pinza y sobre todo en la de llave.

El tratamiento debe abarcar actividades que comprenda ejercicios como colocar objetos en orificios de tamaño pequeño y sacarlos a continuación de ellos, el estampar, el atornillar tuercas o enroscar tapones de botella.

Puede recurrirse a vendar los demás dedos de la mano de manera gentil pero firme dirigiéndolos hacia la palma de la mano y forzándole a utilizar sus pulgares e índices. La liberación intencional se desarrolla normalmente al mismo tiempo que la prensión en pinza.

En primer lugar se enseña al niño a liberar sus dedos, colocándolo al principio unos cubos dentro de grandes envases y adquiriendo cada vez mayor prensión mediante el aprendizaje, hasta que llegue a colocar un cubo sobre el otro.⁴

¹ A. García Prieto, Niños y niñas con parálisis cerebral pág. 22-33

² Pedro Sánchez Escobedo, Compendio de educación especial pág. 76

⁴ Madonald, Terapia ocupacional. pág. 164, 416-425.

Como enseñar a mi hijo habilidades de autonomía.

Indicaciones generales.

Usar objetos concretos y experiencias para la enseñanza de conceptos.

Enseñar cada concepto muy lentamente, revisándolo con frecuencia.

A menudo repetir las instrucciones y práctica de cada tarea.

Mostrar con base en las habilidades existentes como extenderlas o modificarlas para realizar actividades nuevas.

Estructurar una guía de oportunidades para la transferencia y la generalización de conceptos.

Fragmentar los conceptos complejos en conceptos simples y usar frases cortas que faciliten la comprensión.

1. Independencia hasta donde lo permitan sus capacidades físicas y mentales.
2. Conciencia de la realidad.
3. Buenas relaciones interpersonales.
4. Madurez emocional razonable.
5. Habilidad para lograr metas apropiadas.¹

Cuando vaya a escoger una habilidad para enseñarla debe tener en cuenta que conforme el niño crece y se desarrolla algunas habilidades preceden naturalmente a otras.

En consecuencia nuestra próxima consideración al elegir una habilidad objetivo será saber que es lo que el niño ya sabe hacer y que es lo que debería estar preparado para aprender, por lo que vamos a elaborar una lista.

Habilidades de autonomía que hago yo por él.

1. _____
2. _____

Lo que él sabe hacer.

2. _____

Y así sucesivamente.

Para enseñarle a su hijo habilidades de autonomía es necesario que usted encuentre recompensas que el valore de forma suficiente, es decir que realmente le apetezcan conseguirlas.

Existen 3 tipos que han demostrado ser las más efectivas.

1. La alabanza y la atención.
2. Las chucherías comestibles favoritas.
3. Los juegos y los juguetes.

La alabanza y la atención.

Puede sonar curioso, pero la mayor recompensa que ud. Le puede ofrecer a su hijo es Ud. mismo y esto lo puede hacer en gran cantidad de formas: **alabanza jovial, sonrisas, abrazos, cualquiera de este tipo de cosas que a el le guste más.**

¹ Pedro Sánchez Escobedo. Compendio de educación especial, pág. 61-76

La alabanza y la atención.

Puede sonar curiosos, pero la mayor recompensa que ud. Le puede ofrecer a su hijo es Ud. mismo y esto lo puede hacer en gran cantidad de formas: **alabanza jovial, sonrisas, abrazos, cualquiera de este tipo de cosas que a el le guste más.**

Las chucherías, comestibles favoritas.

Cualquier cosa que suponga un "festín" para su hijo servirá como poderosa recompensa en la situación de aprendizaje: su caramelo favorito, trocitos de galleta o chocolate, helado, jugo, papas fritas etc. La lista será interminable y Ud. de hecho sabe mejor que nadie este tipo de cosas.

Los juegos y los juguetes favoritos.

Es posible que su hijo se entretenga jugando con cintas o arrugando papeles, oyendo la radio o haciendo rayas en un papel. En este caso como en el anterior, Ud. Conoce mejor que nadie a su hijo y sus intereses.

Piense sobre lo que le gusta o disgusta a su hijo con objeto de que pueda Ud. hacer una lista de recompensas a utilizar cuando le este enseñando la habilidad de autonomía que haya escogido.

Atención.

Una sonrisa

"Muy bien"

Un abrazo

Hacerle cosquillas.

Comida.

helado

papas fritas.

galletas.

Caramelos.

Actividades.

botar una pelota.

Jugar con el agua.

Escuchar música.

Pintar con tiza.

Posibles recompensas.

Hora.

Elija entre uno y unos breves periodos de tiempo (2 a 5 minutos.) a lo largo del día. Es posible que esto le parece muy poco tiempo, pero para empezar, el hacerlo con una sesión de enseñanza que dure solamente unos minutos, es más realista. Durante la sesión debe permitir que realice los ensayos necesarios del paso que esta enseñando. Elija una hora del día en que no este cansado y cuando las previsibles interrupciones diarias tengan menos probabilidad de ocurrir.

Lugar.

Para la enseñanza se debería escoger un lugar, un a habitación, en la que no sea fácil distraerse.

constancia.

Una vez que se ha decidido, o que se ha encontrado, un buen sitio para la enseñanza, se debería usar el mismo sitio de forma consistente, es decir que no se debería ir cambiando de lugar, con objeto de que el niño llegue a acostumbrarse al mismo y a lo que Ud. Espera de el en dicha situación.

Materiales.

La mayoría de las cosas que el niño tenga que aprender, requerirá que manipule determinados materiales. Por tanto otra forma de asegurarse de que el niño este experimentando éxito será consiguiendo que estos materiales sean interesantes y fáciles de manejar.

Instrucciones.

1. Colóquese a su lado. Asegúrese de que le puede ver y oír.
2. Póngase a su nivel. El niño debe de poder verle a Ud. La cara, cuando le este hablando, puesto que esto es a lo que usted quiere que preste atención. Si el niño esta sentado en el suelo, agáchese de forma que el pueda verle. Si esta sentado ante una mesa, siéntese también cerca de el, en lugar de estar de pie a su alrededor y sitúese frente a el en vez de ponerse detrás.
3. Llámelo por su nombre, antes de pedirle cualquier cosa, consiga su atención, llamándole por su nombre, como lo que el sabrá que le esta hablando a el.
4. Consiga el contacto ocular. Cuando Ud. diga su nombre y se vuelva hacia Ud. mírele directamente, póngale un dedo, con suavidad y firmeza en la barbilla y oriente su cara hasta conseguir que le mire.
5. Elija las palabras con todo cuidado. Utilice palabras familiares, sencillas, y cortas y frases concisas. Es mejor decirle "Toma el cubo " que decirle " Toma el cubo rojo que este encima de la mesa".
6. Utilice gestos, su hijo entenderá mejor y con más facilidad las palabras que Ud. Utilice, como por ejemplo: vamos a comer., siéntate en la silla, dame el cubo, etc.

Dímelo, demuéstremelo, guíame.

Dime algo cien veces y aún entonces, es posible que no entienda por completo lo que quieres que haga. Muéstrame lo que quieres decir – demuéstremelo con claridad y despacio- aunque sea solo una vez o dos y entonces estaré más cerca de la meta. Pero si lo haces conmigo. Poniendo tu mano sobre la mía y guiándome hasta el final, entonces ¡sí que lo haré!

Registro.

Los registros sirven para hacernos ver, como esta funcionando la cosa, si los registros nos dicen que el niño ha estado haciendo muy pocos progresos nos debemos plantear algunas preguntas con relación a nuestro programa.

1. ¿Estamos seguros de que entiende, sin ninguna duda lo que queremos que él haga? (¿puedo conseguir mejor su atención? ¿ puedo demostrárselo guiarlo mejor?)
2. ¿Es demasiado difícil este paso? (¿puedo encontrar un paso un poquito más fácil, para que lo aprenda antes que este?)
3. En relación con la recompensa ¿ la sigue queriendo todavía? (¿Podria encontrar algo que le apeteciera todavía más que esta?)

Advertencias para los programas y las actividades.

1. Busque y encuentre un lugar para enseñar que sea lo bastante tranquilo y en el que no hayas muchas distracciones.
2. Las instrucciones deben ser sencillas y claras para que el niño las entienda; guíelo en los pasos que sean en necesarios.
3. Demuestre a su hijo que es lo que quiere que haga (en pequeños pasos.)
4. Alábelo con entusiasmo e inmediatamente por todos los esfuerzos con los que consiga un éxito.

5. Recompense sus éxitos con algo que a le guste.
6. No recompense hay alguna conducta no deseada.
7. Avance al paso siguiente del programa una vez que se haya realizado con éxito el presente paso, las veces que sea necesario.
8. **Retroceda a un paso más fácil si falla de forma repetida en cualquiera de los pasos, o descomponga el paso de que se trate en otros más pequeños.**
9. Cuando le este enseñando a su hijo un nuevo paso haga que su hijo, después de este, haga los pasos que el ya se sabe. De esta forma siempre completará la tarea.
10. Límite la duración de las sesiones en relación con la capacidad de atención de su hijo, entre 5 y 10 minutos.
11. Termine siempre con un éxito con objeto de que su recuerdo de la sesión de aprendizaje sea placentero. Termine antes de que pueda quedarse frustrado.

Programa de ejercicios.

Ordenes sencillas con objetos.

Como preparar la escena.

Tenga a su hijo sentado ante una mesa. Asegúrese de que tiene las recompensas preparadas pero fuera de la vista.

No se olvide de alabarlo con entusiasmo y de recompensa cada intento realizado con éxito.

Ejercicio 1 Toma el cubo.

Paso 1.

Dígale: Víctor, “toma el cubo” acérquele el cubo con la mano y al principio guíele físicamente su mano para que tome el cubo. Conforme valla pasando el tiempo valla eliminando la guía hasta que empiece a tender la mano para buscar el objeto.

Paso 2.

Dígale: “Víctor toma el cubo”, mantenga el cubo en las manos delante de él, exigiéndole que poco a poco, tenga que ir tendiendo la mano más lejos para conseguirlo.

Paso 3.

Dígale: “Víctor toma el cubo”. Coloque el cubo en la mesa delante de él y no haga otra cosa más que señalar el cubo.

Asegúrese de que cada sesión termine con un éxito.

Una vez que su hijo ha aprendido a seguir esta orden, ya puede Ud. Enseñarle a seguir ordenes utilizando otros objetos tales como sombreros, un calcetín una cuchara o más.

Ejercicio 2 Imitación de hacer palmas.

Siéntese frente a su hijo directamente.

1. Dígale: “Víctor haz esto” al mismo tiempo que hace Ud. palmas.

Tómele las manos y haga palmas; dígame “ muy bien haz hecho palmas” y dele su recompensa.

El no ha hecho otra cosa, con a única excepción de dejar que Ud. Haga palmas por el, pero el puede ver que cooperar en esto consigue una recompensa.

Paso 2.

Dígale: “Víctor haz esto” y al mismo tiempo haga usted palmas.

Proporciónale menos ayuda, solo tóquele las manos para guiarle un poco y recuérdale que haga palmas.

Paso 3.

Dígale “Víctor haz esto”, y al mismo tiempo haz palmas. En esta ocasión no debe proporcionarle ayuda de ningún tipo, si no lo hace, espere unos segundos, llame su atención y demuéstrele otra vez. Si empieza a fallar en alguno de los pasos, de los con poca ayuda o con ninguna, vuelva hacia atrás hasta un paso más fácil y proporciónale más ayuda.

Una vez que ya aprendió bien, le puede enseñar a imitar otras acciones solo una cada vez siguiendo el mismo programa.

Dele ordenes: “Víctor haz esto”.

- ✓ Golpea la mesa.
- ✓ Ponte las manos sobre la cabeza.
- ✓ Levanta las manos por encima de la cabeza.
- ✓ Levanta las manos por encima de la cabeza y haz palmas.

El aprender a coordinar ojos, brazos, manos y dedos es esencial para realizar muchas habilidades básicas.

Ejercicio 3 Deshacer la pila de vasos.

Como preparar la escena.

Prepare todos los materiales que valla a usar.

Tenga preparadas las recompensas.

Alabe con entusiasmo en cualquier intento; guíe a su hijo en todas las actividades, proporcionándole toda la ayuda física que pueda necesitar, cuando ya sepa realizar la actividad, valla atenuando poco a poco la ayuda física hasta conseguir que sea capaz de hacerlo por si mismo.

Materiales necesarios.

Vasos de papel.

Actividad.

Coloque varios vasos, unos dentro de otros.

Utilice el brazo en un movimiento de barrido de lado a lado.

En cuanto los vasos han caído, alabe y recompense al niño. “Muy bien, has desecho la pila de vasos”.

Coloque otra vez los vasos y vuelva a tirarlos otra vez.

Ejercicio 4 Tomar y soltar objetos.

Materiales necesarios.

Varios objetos diferentes y una caja vacía.

Actividad.

Empiece con objetos de poco peso, lo suficientemente pequeños y que sean fáciles de tomar (por ejemplo una pelota blanda de goma, una esponja de baño redonda etc).

Coloque el objeto en la mano de su hijo, guíesela hacia la caja, quite su mano de la del niño y deje caer el objeto dentro de la caja.

Una vez que el niño ya sabe tomar y soltar el objeto sin su ayuda física, utilice otros objetos uno cada vez, de diferentes tamaños y consistencias.

Una vez que su hijo es capaz de tomar y soltar objetos (colocándolos dentro de la caja cuando Ud. se los coloca en las manos), coloque un objeto sobre la mesa para que él lo tome. Aquí otra vez, se debe empezar con objetos que sean fáciles de tomar. Ayúdele físicamente a tomar el objeto de la mesa, pero una vez que lo ha tomado, déjelo que lo coloque en la caja tal como ya lo ha aprendido.

Cuando ya ha dominado el tomar objetos de la mesa, mantenerlas en la mano y soltarlas luego, empiece a hacer que saque los objetos de la caja.

Ejercicio 5 Pintar con los dedos.

Materiales necesarios:

Crema de afeitar y colorantes vegetales.

Actividad.

Pinte con su hijo. Ayúdele a hacer un círculo con el dedo. Tomándole el dedo haga puntos, dentro del círculo, para simular los ojos, una nariz y una línea sonriente para simular una boca. ¡A pintado una cara!

Ejercicio 6 Meter objetos en una caja a través de un agujero.

Materiales necesarios:

Una caja de zapatos con un agujero de unos 5cm² hecho en la tapa. Varios objetos pequeños, como botones grandes, cubos pequeños, carretes de hilo sin hilo etc.

Actividad.

Haga que el niño deje caer los objetos a través del agujero de la tapa de la caja. Préstele cuanta ayuda sea necesaria.

Esta actividad exige un mayor control que el simple hecho de tomar el objeto y dejarlo caer.

Materiales necesarios.

Ejercicio 7 Coger objetos pequeños entre el índice y el pulgar(movimiento de pinza fina).

Materiales necesarios:

Manteca, miel, confitura, trocitos de galletas etc.

Actividad.

Ponga manteca, confitura o miel en los dedos del niño el índice y el pulgar. Apriételes el uno contra el otro un par de veces, entonces haga que el niño se los limpie lamiéndoselos. Haga esto varias veces para conseguir que se acostumbre a que su pulgar e índice trabajen juntos.

Ejercicio 8 Apilar anillos.

Materiales necesarios.

Anillos para apilar con su soporte. Utilice anillos de los mas grandes y mantenga los que no se van a usar fuera de la vista.(puede elaborar un soporte con un tablita y un palo pegado en medio, los anillos los puede elaborar con alambre grueso o en la maderería le pueden cortar los de una tabla en forma redonda, o de tela con algo más o menos pesado por dentro etc)

A) Quitar los anillos del soporte.

Ponga los anillos más grandes en el soporte. Con sus manos sobre las del niño, lleve una de sus manos (de las del niño)= hasta la base del soporte y la otra hasta que tome el anillo.

Poco a poco vaya aflojando su mano sobre la de el niño para que el lo valla haciendo cada vez más solo. Siga suministrándole cada vez menos guía física, pero sin olvidar en ningún momento que ésta es una tarea difícil de aprender y que el progreso será lento.

b) Poner los anillos en el soporte.

Colóquese sobre la mesa el anillo más grande de los 2 delante del niño. Diríjale y guíele para que tome y levante el anillo.

Con sus manos sobre las suyas, colóquese una de sus manos sobre la base del soporte de los anillos, para mantenerlo derecho y con su otra mano guíele físicamente para que ponga el anillo en el soporte.

Poco a poco vaya disminuyendo la ayuda de la misma forma que lo habías hecho para quitar los anillos del soporte. Alábele y recompénsele sin interrupción.

Ejercicio 9 Comer con cuchara.

Utilice un tazón de plástico y una toalla o un trapo que funcione como tal debajo del cuenco, para evitar que se resbale.

Prepara alimentos que se puedan comer con facilidad con cuchara, para las tres comidas si es posible, como ejemplos puede servir puré de papa, o hamburguesa en trozos, algún guiso lo suficientemente espeso, etc.

Siente al niño en una silla a altura suficiente para que pueda comer con comodidad. Si no tiene una silla lo suficientemente alta puede colocar algo en el asiento hasta que alcance la altura adecuada.

Parte 1.

1. De pie detrás de su hijo, coloque la cuchara en su mano y pongale su otra mano tomándolo el cuenco o plato hondo o tazón, y las de usted sobre las del niño, para guiarlo, a lo largo de la comida. Llene haciendo un movimiento como de pala excavadora, de derecha a izquierda a izquierda (si el niño es zurdo haga el movimiento de izquierda a derecha)
2. Lleve la cuchara hasta la boca del niño y déjele que se coma lo que hay en la cuchara. Dígame muy bien, estas comiendo con cuchara.
3. Vuelva poner la cuchara en el plato y déle tiempo para que se coma lo que hay en la boca.
4. Una vez que se haya comido 4 o 5 ve cucharadas, deje la cuchara en la mesa para que descanse.
5. Repita el programa anterior hasta terminar la comida y continúelo haciendo hasta que vea que el niño ha tenido un progreso y lo pueda llevar a cabo con menos ayuda.

Cuando el niño tenga un tanto más dominada la secuencia pase a la parte 2

Cuando su hijo domine un paso y sea capaz de realizar este nuevo paso 4 o 5 veces seguidas (5 comidas seguidas, habrá llegado el momento de avanzar al paso siguiente.

1. Con sus manos en las de su hijo, guíe la cuchara hasta la boca del niño. Quite su mano de encima de la suya. Permítale que se coma la comida que hay en la cuchara y que se saque la cuchara de la boca. Vuelva entonces a poner su mano sobre la del niño y guíele para volver a poner la cuchara en el plato. Dígame " muy bien estas comiendo con cuchara."
2. Quite su mano de la del niño cuando la cuchara este casi llegando a la boca. Permítale que se meta la cuchara a la boca, se coma lo que contiene y que lleva la cuchara un poco más lejos de la boca que en la ocasión anterior. Vuelva entonces poner su mano sobre la de él y guíe la cuchara en su viaje de vuelta al plato. Dígame "muy bien estas comiendo con cuchara."
3. Quite su mano de la del niño cuando la cuchara este más o menos a la mitad del Camino hacia la boca. Permítale que se lleva la cuchara hasta la boca, que se quede en al boca con lo que hay en la cuchara y que lleve esta la mitad del camino de vuelta hacia el plato. A esta altura vuelva a colocar su mano sobre la del niño y guíe la cuchara del vuelta la plato. Dígame " muy bien estas comiendo con cuchara"
4. Quite su mano de la del niño una vez que le ha guiado para tomar comida con la cuchara. Permítale que se lleva la cuchara hasta la boca, se quede en la boca la comida y devuelva el solo la cuchara al plato. Vuelva entonces a colocar su mano sobre la del niño y guíelo para que tome comida con la cuchara. Dígame " muy bien estas comiendo con cuchara."

Ahora su hijo ya domina todo el proceso con la excepción de la acción de colocar la comida dentro de la cuchara. Este es el paso más difícil de dominar. Cuando este atenuando su ayuda en relación con este movimiento, en lugar de quitar la mano de la de su hijo, vaya tomándola con un apretón cada vez mas flojo hasta conseguir guiarle la mano, en el citado movimiento, tocándosela apenas. Más adelante, cuando ya hay conseguido esto ultimo, coloque su mano en la muñeca del niño, después en el codo, guiándole cuanto sea necesario. Por fin quite su mano y la tarea habrá terminado.

Cuando este guiando a su hijo con su mano en la muñeca, puede hacerlo sentándose a su lado durante las comidas.

Ejercicio 10 Comer con tenedor.

El niño debe saber con cuchara antes de enseñarle a comer con tenedor.

Empiece con un plato de plástico en forma de tazón, lo cual hará que pinchar con el tenedor sea más fácil. Coloque debajo del plato la toalla, para evitar que resbale de la mesa.

Utilice comidas que se puedan cortar en trozos del tamaño suficiente para poderlos pinchar con facilidad. Ejemplos: salchichas, zanahorias, tortitas, etc. evite comidas como las papas o las hamburguesas que se desmenuzan al pinchar.

Primera parte del ejercicio.

Colóquese de pie detrás de su hijo y póngale un tenedor en la mano, fíjese en el dibujo para comprobar la posición correcta. En el caso de que esta posición sea demasiado difícil para su hijo o que no le resulte cómoda, seguramente será capaz de tomarlo de alguna otra forma y, a pesar de ello, todavía será capaz de aprender a comer con tenedor. Coloque la mano del niño sujetando el plato para que este no se valla moviendo de un lugar a otro.

Guíe al niño a lo largo de los siguientes pasos.

1. Coloque u su mano sobre la del niño y guíesela para que pinche un pedazo de comida con el tenedor.
2. Suéltela la mano mientras el se lleva al tenedor hasta la boca.
3. Una vez que el niño haya vuelto el tenedor al plato, coloque otra vez su mano sobre la de el y ayúdele a pinchar otro pedazo de comida.

Dígale "muy bien estas comiendo con tenedor" continué de esta forma hasta que haya terminado la comida.

4. Una vez que el niño ha conseguido dominar el uso del tenedor para pinchar con la ayuda física de Ud. Ha llegado el momento de ir atenuando su ayuda, ahora puede avanzar y pasar a la segunda parte.

En cada uno de los pasos siguientes debe insistir, sin pasar al siguiente, hasta que el niño pueda realizar cada uno de los pasos con facilidad durante 4 o 5 comidas seguidas.

1. Guíe a su hijo para que pinche la comida colocándole la mano en su muñeca.
2. Guíe a su hijo colocándole la mano en el antebrazo.
3. Guíe a su hijo colocándole la mano en el codo.
4. deje de poner la mano por completo y este preparada para ayudarle cuando sea necesario hasta que él sepa utilizar el tenedor sin ayuda con lo cual, ¡la habilidad esta terminada!

Ahora que su hijo ya sabe pinchar la comida con el tenedor en un cuenco, ya puede empezar utilizar un plato extendido.

Ejercicio 11 Quitarse los pantalones.

Como preparar la escena.

Empiece por pantalones cortos y calzoncillo con cintura elástica, puesto que son más fáciles de quitar que lo normales.

Igualmente empiece a trabajar una vez que el niño esta ya sin zapatos ya que ello facilita la tarea de quitarse los pantalones.

Si los pantalones tienen un botón, un cierre u una cremallera, lo debería quitar para facilitar las cosas al niño.

Empiece con el niño de pie, ya que es más fácil bajarse los pantalones de pie. Después quiteselos mientras el esta sentado en el suelo, en la cama o en una silla, da igual un sitio que otro, siempre que sea el que resulte mas fácil para el niño.

Siga en cada paso, dándole cada vez menos ayuda, hasta que el pueda realizar el paso con éxito, durante 4 o 5 sesiones de entrenamiento, sin su guía física. Entonces avance al paso siguiente.

Tenga preparadas las recompensas.

Primera parte.

1. Con el niño de pie. Ud. Le baja los pantalones hasta los tobillos, haga que se siente y saquéle la pata del pantalón de uno de los pies. Dígale "quítate los pantalones", coloque sus manos en los pantalones (las del niño) y guíele con las de usted para sacar los pantalones de la otra pierna y haga que se los de. Entonces dígale " muy bien te has quitado los pantalones. Y déle su recompensa.

Acuérdese de quitarle la pata del pantalón siempre del mismo pie en cada sesión ya que el seguir la misma rutina hará que su aprendizaje sea más fácil.

2. Estando de pie el niño, Ud. Le baja los pantalones hasta los tobillos y entonces hace que se siente. Dígale: "quítate los pantalones", colóquele las manos del niño en los pantalones y guíele para que saque los pantalones de uno de los pies. Déjele que se saque los pantalones del otro pie y que se los alargue a UD: Dígale: "muy bien te has quitado los pantalones" y déle su recompensa.

3. Estando de pie el niño, Ud. Le baja los pantalones hasta las rodillas y le coloca las manos a los lados del pantalón con los pulgares por dentro de la cintura. Dígale: "quítate los pantalones" y entonces coloque sus manos (las de Ud.) sobre las del niño y guíele mientras se los baja hasta las rodillas. Haga que se siente. Ahora el puede terminar la tarea dígale: muy bien te has quitado los pantalones y del al mismo tiempo la recompensa.

4. Cuando su hijo ya es capaz de quitarse los pantalones desde las rodillas sin su ayuda física, empiece a ayudarle a que se los quite a partir de la mitad del muslo, después de las caderas, y finalmente desde la cintura.

5. Poco a poco vaya ayudándole cada vez menos hasta que sea capaz de de quitárselos completamente solo y sin ningún tipo de ayuda física, una vez que UD. se los ha desabrochado. Y con esto habremos conseguido que aprenda la.

Ponerse los calcetines.

Utilice unos calcetines anchos., o sea que no le estén apretados.

Diéntese cerca de el en la cama, en el suelo o en una silla, lo mismo da un sitio que otro siempre que sea aquel en el que el niño este más cómodo.

Realice el programa con los 2 calcetines, por lo menos, una vez en cada sesión de aprendizaje,

Siga haciendo cada paso, proporcionándole al niño cada vez menos ayuda hasta que el puedas realizar el paso con éxito, durante 4 o 5 sesiones o las necesarias sin su ayuda física. Avance entonces al paso siguiente.

Tenga preparadas las recompensas para el niño.

Ejercicio 12 Ponerse los calcetines.

Utilice unos calcetines anchos, o seas que le estén flojos al niño.

Siéntese cerca del niño, en la cama en el suelo, en una silla, en el piso, donde le sea más cómodo al niño.

Realice el programa con los 2 calcetines, por lo menos una vez en cada sesión de aprendizaje.

Siga haciendo cada paso, proporcionándole al niño cada vez menos ayuda hasta que él pueda realizar el paso con éxito durante 4 o 5 veces seguidas sin ayuda física. Avance entonces al paso siguiente.

Tenga preparadas las recompensas para el niño.

Primera parte:

1. Estando el niño sentado, Ud. Le sube el calcetín hasta el tobillo y entonces le ayuda a que ponga sus pulgares por dentro del calcetín y que tire de él hasta que llegue a su sitio, proporcionándole toda la ayuda física que requiera. Dígame: "muy bien, te has puesto el calcetín."

2. Ud. Tira del calcetín hasta el talón, diciéndole: "ponte el calcetín" y ayudándole cuando sea necesario. Entonces dígame: "muy bien te has puesto el calcetín", al mismo tiempo que le da la recompensa.

3. Ud. Coloca el calcetín hasta que este no haya hecho más que sobrepasar los dedos del pie. Dígame: "ponte el calcetín", al mismo tiempo que le ayuda, si es necesario. Entonces dígame: "muy bien te has puesto el calcetín", al mismo tiempo que le da la recompensa que este utilizando.

4. Alárguele el calcetín en la mano y dirrúyale las manos hasta el pie, diciéndole: "ponte el calcetín" y ayudándole cuando sea necesario. Cuando ya tiene el calcetín en el pie, dígame: "muy bien te has puesto el calcetín" y al mismo tiempo déle su recompensa.

Acuérdese de que, en general, el progreso se produce de forma lenta y que ud. Le deberá ir proporcionando cada vez menos ayuda al mismo tiempo que sigue suministrándole instrucciones verbales y alabanzas.

Ejercicio 13 Ponerse los zapatos.

Como preparar la escena.

Utilice unos mocasines o unas sandalias (los tenis son demasiado complicados para atarlos y resulta difícil el manejarlos cuando se empieza a aprender)

Si utiliza zapatos con cordones, asegúrese de dejar los cordones sueltos por completo y de colocar la lengüeta de forma que no ocasione interferencias.

Siéntese cerca del niño, ya sea en la cama, en el suelo o en una silla, según cual de esos sitios sea el que resulte más fácil para el niño. Lleve a cabo el programa con los dos zapatos, por lo menos una vez en cada sesión de aprendizaje.

Tenga preparadas las recompensas.

Primera parte.

Ponga sus manos sobre de las del niño y guíele a lo largo de cada uno de los pasos siguientes.

1. ponga el zapato, con la suela hacia abajo, en la palma de la mano contraria y dígame: "ponte el zapato."
2. deslícele el zapato hasta que llegue por encima de los dedos del pie.
3. póngale el índice (del niño) de su otra mano (es decir, el de la mano izquierda si el que se esta poniendo es el izquierdo) en el talón y ayúdele a tirar el zapato hasta que haya sobrepasado por completo el talón citado.
4. hágale que se coloque este pie en el suelo y ayúdele a que se empuje para asegurarse de que el pie ha ido del todo a su sitio dentro del zapato. En este sentido, en el que el niño se ponga de

pie, puede ayudar a conseguirlo. Dígame: “muy bien te has puesto el zapato”, al mismo tiempo déle su recompensa por haber cooperado. Una vez hecho esto Ud. Le ata el zapato.

- cuando el niño ya es capaz de ponerse los zapatos, con éxito, con su guía física, ha llegado el momento de empezar a enseñarle paso a paso y avanzar a la parte 2 del programa.

Parte 2.

Lo primero es realizar los pasos 1, 2 y 3 de la parte 1 guiándole con sus manos.

Quite Ud. Las manos y hágale el paso 4 (empujar el pie dentro del zapato); dígame: “ponte el zapato” y guíele si es necesario.

Cuando el zapato ya está puesto, dígame: “muy bien te has puesto el zapato” y déle una recompensa especial por su éxito.

Una vez que el niño ha conseguido el éxito en el paso 4, (durante 4 o 5 sesiones) quite sus manos (las de Ud.) después del paso 2.

Ayúdele guiándolo, siempre que sea necesario en el paso 3 (tirar del zapato para que pase del talón, con el índice). Este es el paso más difícil, por lo que puede ser necesario dedicarle muchas sesiones antes de que el niño esté preparado para empezar con el paso siguiente.

Siga de esta forma quitando la ayuda de sus manos (las de Ud.) en el paso anterior, cada vez que el niño ha dominado uno, hasta que pueda ponerse los zapatos del todo sin ayuda física por su parte.

Al llegar a ese punto es posible que tenga Ud. Todavía que ir animándole durante cada paso, diciéndole: “ponte los zapatos”. Poco a poco vaya atenuando sus órdenes hasta que pueda realizar todos los pasos sin ninguna ayuda de usted.

Ejercicio 14. Ponerse una playera.

Empiece con una camiseta, ya sea interior o exterior, puesto que el que sea de manga corta hará más fácil la tarea que si la manga es larga.

Empiece con una camiseta que le está ancha al niño; quizá, para facilitar esto, se puede empezar con una de talla mayor que la que el necesita normalmente. La principio, evite los cuellos de cisne o similares.

Prepárele la camisa a su hijo, dejándola extendida encima de la cama, de cualquier otra superficie con la parte frontal hacia abajo y con la espalda enrollada hasta la mitad más o menos, ósea que quede hacia la mitad de la distancia que separa la parte baja del jersey de las mangas. Ya sabemos que esta no es la forma en que la gente aprende a ponerse los jerseys o camisetas, por lo que la principio, puede parecer que la cosa no está clara y que es una forma rara de hacerlo. Por ello inténtelo antes Ud. Mismo así como otros miembros de la familia para acostumbrarse al programa, antes de empezar a enseñarle al niño.

Siga practicando cada paso, proporcionándole cada vez menos ayuda, hasta que pueda completar el paso, con éxito, durante 4 o 5 veces seguidas, sin su guía física. Entonces puede avanzar al paso siguiente.

Tenga preparadas las recompensas, puede hacer una lista de ellas, como en los ejercicios anteriores. Primera parte.

- De pie, delante de su hijo, coloque sus dos brazos (los del niño) por dentro de la camiseta y hasta que lleguen a estar dentro de las mangas. Entonces levántele los brazos hasta por encima de la cabeza para que, la camiseta, se coloque en su posición con el cuello situado encima de la cabeza. Bájele los brazos con suavidad para que vayan a su sitio, lo cual hará que la camiseta, baje a lo largo de la cabeza. Dígame: “ponte la camiseta” y coloque sus manos (las del niño) en la parte del elástico de la camiseta con los pulgares doblados tomando la parte enrollada y guiándole en lo necesario. Entonces dígame: “muy bien, te has puesto la camiseta” al mismo tiempo déle la recompensa.

- Colóquelo los 2 brazos dentro de las mangas de la camiseta y levántelos por encima de la cabeza, diciéndole: “ponte la camiseta”. Guíele cuanto sea necesario para que baje los brazos hasta los lados. cuando ya lo hay hecho dígame: “muy bien te, has puesto la camiseta. Al mismo tiempo que le da su recompensa.
- Colóquelo los 2 brazos dentro del as mangas de la camiseta y a continuación dígame: “ponte la camiseta2, guíele cuando sea necesario para que levante los brazos por encima de la cabeza. Una vez que ha bajado los brazos y ha tirado de la camiseta hasta la cintura, dígame: muy bien te has puesto la camiseta” al mismo tiempo déle su recompensa.
- póngale la camiseta en uno de los brazos. Ayúdele a que tome la parte enrollada de la camiseta, por la parte baja, con la mano que ya tiene metida en la manga de la camiseta y dígame: “ponte la camiseta”. Guíele todo lo que haga falta para que meta el otro brazo. Una vez que ha terminado de ponerse solo la camiseta dígame: “muy bien te, has puesto la camiseta. Al mismo tiempo que le da su recompensa.
- Ud. le acerca la parte enrollada de la camiseta y le ayuda tomarla por la parte de abajo, diciéndole: “ponte la camiseta. Guíele, tanto como sea necesario, para que meta el brazo en su sitio. A continuación ayúdele a que suelte la mano de la camiseta y que tome otra vez con l mano que ya tiene metida en la camiseta. Ahora y puede terminar el solo de ponerse la camiseta. Dígame: “muy bien te has puesto la camiseta, al mismo tiempo que le da su recompensa. Este es el paso más difícil de dominar por lo que con toda seguridad, serán necesarias muchas sesiones que pasar a otro pasos.
- ponga la camiseta en la posición indicada al principio, es decir extendida en la cama con el lado frontal hacia abajo y dígame: “ponte la camiseta”. Ponga las manos del niño en la parte baja de la espalda y guíele para que la recoja o la enrolla hasta donde empiezan las mangas. Ahora ya puede terminar solo de ponerse la camiseta. Dígame: “muy bien, te has puesto la camiseta”, al mismo tiempo que le da su recompensa.

Ejercicio 15 Como ponerse los pantalones.

Como preparar la escena.

Empiece con unos pantalones cortos o calzoncillos que tengan cintura elástica, ya que estos son más fáciles de poner que lo pantalones largos.

Si los pantalones tienen un botón, algún tipo de cierre o cremallera, lo debe de desabrochar usted.

Hágale sentarse e para que meta los pies en las patas del pantalón y levantarse para que se los suba. Siga practicando cada paso, proporcionándole cada vez menos ayuda, hasta que sea capaz de realizar el paso durante 4 o5 sesiones de aprendizaje, sin que usted lo guíe físicamente. Cuando llegue a esto puede avanzar al paso siguiente. Tenga preparadas las recompensas.

Primera parte.

- Estando sentado el niño, Ud. le pone los pantalones en los pies y entonces le hace que se levante. Súbale los pantalones hasta las caderas. Después le coloca las manos (las del niño) a los lados del pantalón, con los pulgares metidos dentro del cintura y a continuación le dice: “súbete los pantalones”, al mismo tiempo que le guía las manos para que se los suba hasta la cintura. Una vez hecho esto le dice: “muy bien, te has puesto los pantalones” y déle su recompensa.
- Ponga al niño los pantalones de forma que le lleguen hasta la mitad de los muslos. Coloque las manos del niño a los 2 lados de los pantalones con los pulgares dentro de la cintura y dígame: “súbete los pantalones”. Guíele con las manos para que se los suba hasta las caderas y entonces

1. déjelo que termine solo de subirse los pantalones hasta la cintura. Dígale: “muy bien te has subido los pantalones” y déle su recompensa.
2. Siga actuando de la forma indicada más arriba, ayudando al niño después de haberle subido los pantalones hasta las rodillas, y más adelante hasta llegar a los tobillos.
3. Siéntese al lado del niño y póngale los pantalones en uno de los pies. Colóquele las manos (las del niño) en los pantalones y, con las de Ud. Sobre las de él, dígale:” ponte los pantalones”. Guíele para que ponga los pantalones en el primer pie. Quite las manos para que él pueda Ahora Ponerse los pantalones solo. Cuando el niño haya dominado este paso habrá conseguido superar la tarea y será capaz de ponerse los pantalones sin ayuda cuando Ud. Se los acerque para que lo haga.¹
4. Mientras el niño este sentado colóquele las manos en los pantalones diciéndole: “ ponte los Pantalones”. Guíele mientras se pone los pantalones en el primer pie. Quite las manos para que él pueda ahora ponerse los pantalones solo. Cuando el niño haya dominado este paso habrá conseguido superar la tarea y será capaz de ponerse de los pantalones sin ayuda cuando usted se los acerque para que lo haga.

Ejercicio 16 ejercicios de respiración para la fonación.

Muchos niños no pueden aprender los ejercicios de respiración sin embargo son un componente crucial para la fonación. En estos casos, es recomendable utilizar juguetes y desarrollar procedimientos especiales para facilitar los ejercicios. Para favorecer esto, se emplearan juguetes en los cuales es necesario insuflar una cantidad de aire, que usted ayudara al niño para indicarle que lo incremente o el se dará cuenta de que necesita soplar mas para producir otro sonido. La utilización de pipas con agua jabonosa para crear burbujas también ayuda y es muy divertido para los niños, puede hacer aros de diversos tamaños para que el se entretenga.

- Silbatos.
- Flautas.
- Bocinas de juguete.
- Burbuja elástica.
- Armónicas.
- Espanta suegras².

Ejercicio 17 ejercicio preparatorios para escritura.

Con su mano sobre la del niño, ayúdele a tomar el lápiz y realicen estas formas simples.

- Hacer trazos en papel lija.
- Trazar líneas cada vez más difíciles.
- Dibujar entre líneas, la distancia entre las líneas se reducirá gradualmente.
- Seguir una línea jugando a trenes, coches o a pescar.
- Hacer garabatos en una hoja de papel.
- Dibujar contornos, insertar figuras.
- Completar un contorno medio acabado.

¹Bruce L. Baker. Como enseñar a mi hijo. pág. 14,25-26,36-39,43, 54-55, 60, 63-65, 68-71, 82-85 88-96.

² Joseph R. Cautela, June Gordón, Técnicas de relajación, Manual práctico para adultos, niños y educación especial pág.91-92

Ejercicios de formación de letras.

Usted le mostrara la letra al niño y le ayuda a hacerla.

- Que el niño sienta la forma de la letra.
- Hay que tratar de conformar la letra como se debe escribir.
- La letra puede hacerse en plastilina.
- Tratar de hacer la letra en el aire con el niño.
- Dibujar juntos la letra³.

³ A. García Prieto, Niños y niñas con parálisis cerebral pág. 87

Descripción del caso.

"HAL" es un joven de 24 años que padece de retraso mental y parálisis cerebral, por causa de infección de meningitis tardía a los 3 meses de edad. Lo que cambio su vida para siempre y la de su familia, las secuelas de dicha infección le han ocasionado una dependencia completa del cuidador, por lo que la Lic. En enf. y Obstetricia tiene el compromiso de aunar todos aquellos cuidados que el requiera de manera personalizada y enfocada a contribuir en un aumento de la dependencia.

Actualmente sufre de las secuelas de la enfermedad lo que contribuye a varios padecimientos.

A la exploración presenta una cabeza en condiciones normales sin alteraciones ni masas anormales, el cabello es suficiente, esta bien implantado, grueso y no se observan infecciones ni o problemas de incontinuidad del cuero cabelludo. La cara, tiene simetría en los ojos, los cuales responden bien a los estímulos y a las pruebas del nervio oftálmico, común, patético y ocular externo, la implantación de cejas y pestañas normal, no se observan cicatrices en la cara, responde bien a las pruebas del quinto par craneal, así como al séptimo par craneal tanto en la cara como en la lengua, la nariz esta permeable, la boca tiene los labios rozados, las encías están bien dentro de lo que cabe, los dientes presentan sarro y carece de un diente frontal superior debido a que se aflojo la raíz y al causarle dolor le fue retirado, se encuentra en tratamiento odontológico, muerde bien y con fuerza. La lengua se encuentra bien, no tiene problemas de movimiento, responde bien a las pruebas del noveno par craneal. El pabellón auricular esta completo, no tiene masas anormales, responde bien a los sonidos.

Los músculos del cuello funcionan bien, responde adecuadamente a las pruebas del undécimo, par craneal la caja torácica no presenta signos o síntomas de importancia. Los brazos están continuos, se observan lesiones en la piel de tipo calloso a nivel de las manos debido a que se muerde, esto de predominancia izquierda, las uñas están maltratadas y cortas así como la piel que la rodea debido a que se come las uñas.

Abdomen: se palpa un abdomen fuerte, normolíneo, blando y depresible, sin masas anormales, la piel esta conservada, la vejiga urinaria se palpa en situación anatómica conservada. El bazo no se palpa. Tampoco hay evidencia de jordanos positivos.

La cadera esta bien, tiene movimientos normales, la piel de los lados esta maltratada en grado medio, debido al uso del pañal.

La columna vertebral esta integra, en su trayecto presenta una prominencia ósea en región dorsal, sin embargo parece propia, no causa dolor a la palpación ni tampoco cuando se arquea la espalda.

No se observan deformaciones.

Las piernas funciona bien, responden bien a los estímulos de sensibilidad tiene los reflejos normales, presenta una masa muy pequeña de aprox. 1 cm en la pierna izquierda que le duele a la palpación de color café. La piel esta un poco reseca.

En la planta piel el signo de Babinsky esta presente, la piel esta bien, los dedos también, están completos y sin deformaciones.

Sus músculos están en tono adecuado aunque a la palpación se notan un poco tensos debido a que le hace falta seguir con la rehabilitación, responde bien a los estímulos de sensibilidad nos e palparon masas musculares ni esqueléticas anormales, los huesos están continuos se palpan fuertes; tiene reflejos correctos. No hay presencia de movimientos involuntarios, tiene una coordinación afectada en sus movimientos finos, padece de inseguridad y titubeo en situaciones como bajar las escaleras solo, si no encuentra de que sostenerse. Se notan rasgos de rigidez ligera en la parte izquierda del cuerpo. Tiene una marcha atáxica cuando es de prisa, e inclina la caja torácica hacia delante; cuando es pasiva, tiende a arrastrar los pies.

En las pruebas de fuerza muscular obtuvo muy buenos resultados, no se pudo evaluar la función de flexión plantar, que es caminar sobre los talones, fuera de eso todo estuvo muy bien.

Su fuerza muscular se califica en 0 y 5. su sensibilidad es normal.

Sus signos viales son los siguientes:

Tensión arterial: 110 / 70.

Respiraciones por minuto: 22.

Temperatura: 36.5

Pulsaciones por minuto: 68.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INSTRUMENTO DE VALORACIÓN: NECESIDADES HUMANAS.



Ficha de identificación.

Nombre del paciente: HJL Edad: 24 años Peso: Kg. Talla: mts
Fecha de nacimiento: 17 sep 1978 Sexo: masculino Ocupación: -
Escolaridad: asiste a escuela especial Estado civil: soltero
Fuente de información: madre Fiabilidad(1-4): 4
Miembro de la familia/ persona significativa: padres Teléfono: 512132 64

1. Necesidad de Oxigenación:

Subjetivo: (información que proporciona el paciente / familiar)

Dificultad para respirar debido a: no presenta problemas para la oxigenación

Tos productiva /seca: Características de las secreciones:

Dolor asociado a la respiración: Fumador: Tiempo:

Cantidad de cigarrillos:

De acuerdo al estado emocional varía la cantidad de cigarrillos:

Objetivo:

Presencia de:

Diseña: Sin esfuerzo: con esfuerzo:

Tos productiva / seca:

Características de las secreciones: Hialinas:

Amarillo-Verdosas: Hemoptisis:

Otras: F. R. 22 T/A.: 110 / 70 mmhg F. C.: PVC:

Dolor asociado a la espiración o inspiración:

Tabaquismo: positivo o negativo. Síndrome de abstinencia:

Uso de O₂: Puntas nasales: Mascarillas: Ventilador:

Parámetros del ventilador:

Presencia de cánula endotraqueal / Traqueostomía:

Coloración de la piel, lechos ungueales y peribucal:

Palidez: Cianosis: Rubicundez: Otros:

Llenado capilar:

Resultados de laboratorio:

Gasometría Ph: Enzimas cardiacas:

2. Necesidad de Nutrición e Hidratación:

Subjetivo:

Dieta: normal

Habitual: variada, incluye en cantidades normales alimentos de los 5 grupos de alimentos.

Número de comidas: de 3 a 4 durante el día

Intolerancia alimentaria / alergias: a la leche sola, a los frijoles

Problema de masticación y deglución: presenta problemas para masticar alimentos blandos como la gelatina o la sopa aguada y se pasas los bocados muy grandes, anteriormente no masticaba bien los alimentos en general pero ha ido mejorando

Aumento de peso: no. Pérdida de peso: un poco, debido a que enfermo de diarrea

Realiza ejercicio: sale a caminar todas las tardes por lo menos 20 minutos

Uso de suplemento alimenticio: no Uso de fármacos: en ocasiones se le ministra sinoverase para ayudar a su flora bacteriana

Ingestión de sustancias que reducen el apetito: no

Otros:

Objetivo.

Dieta indicada: no tiene indicación medica de dieta especial, se considera normal

Coloración de piel: ictericia: --- Pálida: x Grisácea: -----

Estado de la piel: presenta una piel limpia, muy blanca, se observan zonas de resequedad, presenta lesiones de tipo calloso en ambas manos de predominancia izquierda a nivel de la articulación con la muñeca y en el dorso de las manos debido a que se muerde cuando pasa por un momento de desesperación. De igual manera presenta una piel maltratada a nivel de la cadera en ambos lados debido al uso del pañal.

Turgencia: adecuada Hidratada: se observa buena hidratación en general.

Seca: se observa sequedad en zonas como las piernas, las manos la espalda y la cadera en un grado medio.

Estado de mucosas: son totalmente permeables íntegras: si Hidratadas: si

Deshidratadas: ----- Constitución: endomórfica: Ectomórfica:

Características del cabello y uñas: el cabello de color oscuro, en cantidad suficiente bien implantado, grueso, sin problemas de hongos o infecciones en cuero cabelludo; en cuanto a las uñas presenta uñas muy cortas, con la piel de los dedos maltratada en esa área ya que se lleva mucho las manos a la boca y acostumbra morderlas.

Aspecto de dientes y encías: tiene encías aparentemente sanas que sangran al momento del aseo ya que es difícil realizarlo y se emplea fuerza de mas, tiene problemas de limpieza en los dientes, presenta sarro y caries. Los dientes están fuertes, muerden bien Adoncia: carece de un diente frontal superior que se retiró por que estaba flojo debido a que tenía la raíz enana(el medicamento que toma tiene repercusiones de este tipo en los dientes) Adantulla:

Afección y manifestación de tubo digestivo: presenta periodos de estreñimiento y de diarrea propios de su enfermedad, y también por que come cualquier cosa que le llame la atención, es decir padece de ansiedad por la comida y en ocasiones ingiere cosas del suelo; así mismo tiene muchos años tomando medicamentos

Parámetros de PVC:

Otros: en ocasiones toma sinoverase para ayudar a la flora bacteriana.

Fármacos específicos: toma carbamazepina de 10 mg, en dosis de pastilla y media por la mañana y pastilla y media (15mg) por la noche, indicada por neurólogo.

3. Necesidad de Eliminación.

Subjetivo:

Hábitos intestinales: Características de las heces: En ocasiones son firmes, duras y en ocasiones aguadas debido a l estreñimiento o la diarrea.

Orina: no valorable.

Antecedentes de afecciones renales, hemorrágicas u otras: Negativo

Uso de laxantes o sustancias que favorecen la orina o evacuación: no

Presencia de hemorroides: no Dolor al evacuar: no lo parece

Prurito: no lo ha observado. Sangrado: no lo ha observado

Dolor al orinar: no lo ha observado. Otros:

Objetivo:

Auscultación del abdomen: Características del abdomen: Estomas: Ruidos intestinales:

Palpación de vejiga urinaria:

Características de la orina:

Características de las evacuaciones:

Presencia de edema: Características del drenaje:

Resultados de laboratorio: no los tiene indicados.

E. G. O.:

Urea:

Creatinina:

BUN:

Osmolaridad

Coproparasitoscopico:

Coprocultivo:

Otros:

Fármacos específicos: ninguno en específico. En ocasiones toma para la diarrea según sea el caso, indicados por médicos o Lic. En Enf.

4. Necesidad de Termorregulación:

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: no tiene problemas.

Temperatura ambiental que le es desagradable: cualquiera.

Objetivo:

Temperatura corporal:

Características de la piel: Fría: se siente bastante fría en manos y pies. Caliente: Humedad:

Transpiración: poca.

Condiciones del entorno físico: su vivienda es adecuada, de loza, con piso de lozeta, ventanas y luz adecuadas, baño completo, duerme en cama, cuenta con ropa variada, cuenta con cocina adecuada, no hay asianmierno.

Otros:

Resultados de laboratorio: no tiene indicado.

Formula blanca:

Pruebas febriles:

Urocultivo: _____ Cultivo de secreciones: _____ Hemocultivo: _____

Otros:

Fármacos específicos:

5. Necesidad de Moverse y Mantener Buena Postura:

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: es bastante fuerte

Funcionamiento neuro – muscular y esquelético: camina bastante bien , se mueve con normalidad. no habla, solo emite sonidos, oye y mira bien.

Ejercicio, tipo y frecuencia: camina todos los días 20 minutos

Uso de prótesis y ortesis: ninguno.

Objetivo:

Nivel de conciencia: esta atento, entiende bastante bien, cumple ordenes simples, bastante conciente.

Estado del sistema neuro – muscular y esquelético (estado del sistema nervioso): sus músculos tienen un tomo adecuado, no se palpa flacidez, tienen un impulso nervioso adecuado, presenta sensibilidad a las pruebas, hay presencia de reflejos, en el sistema esquelético no se observan ni se palpan deformidades en general mas que una palpación acentuada de la columna vertebral a nivel de la columna lumbar, no se palpan masas anormales ni huesos mas largos o cortos.

Fuerza: tienen bastante fuerza. Motricidad: tiene una motricidad bastante normal para su afección, sin embargo presenta deficiencias en su coordinación y motricidad fina.

Sensibilidad: presenta sensibilidad normal. Postura: tiene una buena postura sentado, de pie también, con ligera inclinación hacia adelante cuando camina a prisa.

Ayuda para deambulación: ninguna. Sin embargo presenta marcha atáxica moderada.

Presencia de temblores: ninguno.

Como influyen las emociones en la movilidad y postura: no hay influencia.

Resultados de laboratorio:

Otros: padece de pie plano y utiliza plantillas así como zapatos de bota.

Patrón de rehabilitación específico de acuerdo al caso: no tiene uno en específico ya que se ausento de la escuela; la madre comenta que lo ha llevado a natación y a otras escuelas, espera pronto llevarlo a terapia al Instituto de Neurología.

Fármacos específicos: carbamazepina.

6. Necesidad de Descanso y Sueño:

Subjetivo:

Horario de descanso: toma una siesta pequeña por la tarde.

Horario de sueño: de 9-10 p.m a 8 a.m aprox. En ocasiones mas temprano o mas tarde. En ambos casos.

Alteraciones del sueño: en ocasiones no duerme bien, pasa gran parte de la noche despierto.

¿A qué considera que deba la alteración del sueño? Lo desconoce.

¿Se siente cansado al levantarse? En ocasiones se duerme durante el día, esta de mal humor, se muestra muy apático o muy adinámico.

Objetivo:

Actitud: esta animado pero tranquilo, juega Ansioso: hacia la tarde presenta ansiedad por que quiere salir, y también a la hora de la comida si es que ya es tarde y no lo ha hecho.

Angustiado: no Irritable: solo cuando tiene hambre y no come, y cuando no sale y esta aburrido así como cuando no ha dormido bien.

Ojeras: solo cuando no duerme bien Atención: es de lo mejor. Bostezos: presenta

Concentración: se concentra en sus juegos Apatía: presenta en ratos en los que no quiere estar contigo.

Cefalea: se ignora.

Respuesta a estímulos: normal

Otros: cuando enferma se acuesta o permanece acostado mas tiempo de lo normal, y presenta adinamia

Fármacos específicos:

7. Necesidad del Uso de Prendas de Vestir Adecuadas:

Subjetivo:

¿Elige su vestuario en formas personal? No es posible.

¿Necesita ayuda para vestirse o desvestirse? Para vestirse si, coopera un poco, para desvestirse no presenta problemas a menos que sean cierres o botones o cintas, es decir complicadas

¿Sus prendas de vestir incluyen accesorios completos? Si

¿Utiliza pañal? Si, en las noches a la hora de dormir se le retira.

Objetivo:

Capacidad psicomotora para desvestirse y vestirse: tiene problemas para vestirse solo, aunque levanta os brazos o las piernas según sea el caso, cuando no quiere algo se quita por si solo los zapatos de forma brusca, y la ropa como suéter o playera. Presenta problemas para abrocharse botones o cierres o cintas y viceversa.

Otros: no come solo alimentos que sean caldosos, los sólidos mas o menos, las galletas pan y alimentos así los toma y los come bastante bien, aunque los deshace

8. Necesidad de Higiene y Protección de la Piel.

Subjetivo:

Frecuencia de baño y aseo de cavidades: diario

¿Cuántas veces se lava los dientes al día? Una.

Aseo de manos, antes y después de comer: por lo regular si, aunque también se efectúa en otras circunstancias.

Después de eliminar: usa pañal.

¿Tiene creencias personales que limiten sus hábitos higiénicos?

Objetivo:

Aspecto general con relación a su higiene: se encuentra limpio, bien peinado, con ropa cómoda

Olor corporal: limpio y propio de su persona. Presencia de halitosis: en ocasiones cuando tiene infección estomacal

Higiene y características de la uñas: las uñas están limpias, pero están muy muy cortas

Estado del pelo y cuero cabelludo: se nota limpio, tiene gel, el cuero cabelludo se observa libre de infecciones, cicatrices, heridas o pérdida de cabello

Lesiones dérmicas: presenta lesiones de tipo calloso en ambas manos de predominancia

izquierda ya que se muerde las manos en momentos de desesperación, así como la piel que rodea las uñas, pues también se muerde las uñas

Úlceras por decúbito (presión): no Intervención quirúrgica: ninguna.

Micosis: no presenta en ninguna parte del cuerpo. Puntos de presión en salientes óseas:

Zona de injerto: Lesión por quemaduras (espesor): %S. C. Q.

Otros:

Fármacos específicos:

9. Necesidad de Evitar Peligros:

Subjetivo:

¿Vive solo o con su familia?: familia.

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes?: no le es posible entender.

En caso de ser afirmativo mencione cuales:

Hogar:

Trabajo:

Vía pública: Hospital:

¿Realiza controles periódicos de salud cada año?: lo llevan a consultas periódicas.

¿Como canaliza las situaciones de tensión en la vida diaria?:

Auto concepto, auto imagen:

Mencioné las causas que considera que le puedan provocar peligro:

Dificultad para:

Escuchar: escucha bien. Hablar: no puede hablar solo emite sonidos. Ver: adecuado.

Desplazarse: no tiene problemas para caminar.

Uso de aparatos ortopédicos:

Objetivo:

Afecciones corporales detectadas y grado de afección: ninguna.

Métodos invasivos:

Condiciones del ambiente de la unidad del paciente:

Iluminación: Ventilación:

Humedad del piso: Higiene:

Otros:

Fármacos específicos:

En cuando a evitar peligro la madre sabe que no debe dejar cosas peligrosas a su alcance, que debe tener las puertas y ventanas bien cerradas cuando necesita salir y dejarlo solo, también se cerciora del gas.

10. Necesidad de Comunicarse.

Subjetivo: Estado civil: soltero Años de relación: Vive con: su familia.

Causas de preocupación / estrés:

¿Manifiesta sus preocupaciones?:

¿A quien?: _____ Rol de la estructura familiar:

¿Comunica sus problemas debido a su afección o estado? :

¿Cuánto tiempo pasa solo? :

¿Tiene contactos sociales en la actualidad? :

Con que frecuencia:

Objetivo:

Habla claro: solo emite sonidos. Confuso: Dificultad de la visión:

Dificultad de la audición:

Comunicación verbal/ no verbal: es bastante cariñoso y efusivo, emite sonidos muchos, te habla con sus sonidos, y cuando no quiere algo te lo demuestra enojándose o te jala o te pellizca, de igual manera cuando quiere que vengas te jala, te abraza, se ríe.

Con la familia: de igual manera.

Otras personas significativas: hermana.

Otros.: _____

11. Necesidad de Vivir Según Creencias y Valores:

Subjetivo:

Creencias religiosas:

¿Sus creencias le generan conflictos personales?:

¿De que tipo?:

Principales valores personales:

¿Es congruente su forma de pensar, con su forma de vivir?:

¿Qué creencias tiene acerca de la vida y de la muerte?

Objetivo:

Hábitos específicos de vivir (grupo social o religioso):

¿Permite la exploración física? :

¿Tiene algún objeto indicativo de creencias o valores? :

¿Demanda la atención de algún guía espiritual? :

Otros: _____

12. Necesidad de Trabajar y Realizarse:

Subjetivo:

Fuentes de ingreso (jubilado, pensionado, otros):

¿Su ingreso le permite cubrir sus necesidades básicas? :

¿Qué actividades le hacen sentir útil y satisfecho? :

¿Cómo influye en su estado emocional, la incapacidad que presenta para trabajar?

Objetivo:

Estadio Emocional del Paciente: considero que sus cambios de humor son normales.

Calmado: si Ansioso: en ocasiones.

Enfadado: no Retraído: no Temeroso: no Irritable: en ocasiones. Inquieto: en ocasiones

Eufórico: en ocasiones.

Otras manifestaciones: se jala el cabello cuando se desespera, y se golpea la cabeza contra la pared cuando esta aburrido, o tiene hambre o esta desesperado por algo.

13. Necesidad de Jugar y Participar en Actividades Recreativas:

Subjetivo:

Actividades recreativas que realizan en su tiempo libre: juega, sale a caminar en ocasiones lo lleva de paseo a lugares cercanos.

¿cómo influyen los estados de estrés en el juego y la recreación? :

¿Participa en alguna actividad recreativa o lúdica?: en ninguna.

Objetivo:

¿Presenta alguna afección en el sistema neuro – muscular que le limite hacer actividades lúdicas o recreativas?: no propiamente. Puede salir a caminar que eso lo distrae mucho, puede nadar, ir a la escuela, en la que hace trabajos como de kinder. Juega a algunas cosas como con llaves o cinturones.

¿Rechaza las actividades recreativas?: no

¿Se observan cambios en el estado de animo al realizar actividades lúdicas o recreativas? : Sí. Se ríe, se nota que se divierte.

Otros: _____

14. Necesidad de Aprendizaje:

Subjetivo:

Grado académico: no tiene. Problema de aprendizaje:

Limitación cognitiva: retraso mental.

Tipo: moderado. Preferencias: leer: Escribir:

¿Conoce / utiliza, las fuentes de apoyo de aprendizaje?:

¿Desea aprender a resolver problemas relativos a su salud?

Otros: _____

Objetivo:

¿Presenta alguna afección del sistema nervioso que influya en su aprendizaje? Desde luego que sí, retraso mental y parálisis cerebral.

Estado de los órganos de los sentidos: se encuentran en buen estado.

¿Cómo influye su estado emocional para el aprendizaje?

Ansiedad: Dolor: Apatía:

Estado de memoria: Reciente:

Remota:

Otras:

Diagnósticos.

1. Alteración de la nutrición por problemas con la masticación eficiente relacionada con padecimiento neurológico manifestado por falta de masticación..
2. Resequedad de la piel relacionado a falta de lubricación manifestado por resequedad a la palpación.
3. Alteración de la integridad de la piel relacionada a falta de lubricación y uso de pañal condicionado por deficiencia mental manifestado por cicatrices en el área de cadera.
4. Alto riesgo de pérdida dental relacionado con déficit de auto cuidado e ingesta de medicamentos (carbamazepina 15 mg cada 12 hrs.) manifestado por sarro, y adoncia de diente frontal superior.
5. Alteración de la función digestiva normal, relacionados con el estado de hidratación y el movimiento, y padecimiento neurológico manifestado por alternancia de periodos de estreñimiento y diarrea.
6. Alteración de la necesidad de eliminación, relacionado con inadecuación en el patrón de control de esfínteres manifestado por incontinencia.
7. Alteración de la postura y marcha atáxica, relacionado a disfunción cerebelosa manifestado por inclinación ligera al caminar y caminata tipo marcha.
8. Alteración de la coordinación y motricidad fina relacionado con retardo psicomotor manifestado por imposibilidad para movimientos de pinza fina.
9. Alteración en la necesidad de descanso y sueño, relacionado con modificación de los horarios de sueño o asociado a problemas sistémicos. manifestado por irritabilidad, indiferencia, apatía y a veces ansiedad.
10. Alteración en la capacidad para vestirse / desvestirse, relacionado con el retardo psicomotor manifestado dependencia para llevarlo a cabo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

1.- Alteración de la nutrición por problemas con la masticación eficiente relacionada con padecimiento neurológico manifestado por falta de masticación..

Objetivos.

- ◆ Reducir el grado de dependencia.
- ◆ Mejorar el proceso de masticación.
- ◆ Evitar que se pase los bocados muy grandes.
- ◆ Ayudar a una mejor digestión.
- ◆ Evitar riesgos de ahogo.
- ◆ Establecer acciones específicas que ayuden a su independencia.

Intervenciones:

- ✓ Sentar al paciente con la cabeza estable de mirando al frente dándole pequeñas cantidades de alimentos en la punta de la cuchara, que succione, cerrarle suavemente los labios retirándole a cuchara.
- ✓ No permitir que la cabeza se incline hacia atrás y que siempre permanezca en buena posición fisiológica.
- ✓ Hacer que el paciente utilice sus labios para tomar el alimento.
- ✓ Tratar que el paciente tenga los labios cerrados o que ponga a trabajar la lengua para moer los alimentos.
- ✓ Poner el alimento en un lado de la boca y luego en el otro. Tratar de no ponerlo en el centro de ella.
- ✓ Cerrar la mandíbula levantando el maxilar, tratar suavemente la garganta en forma ascendente, permitiendo tocarse la garganta al deglutir.
- ✓ Permanecer de pie detrás del niño, tomar la mandíbula con una mano firmemente, mientras se mantiene una taza con la otra.

- ✓ Darle oportunidad al niño de mordisquear pedacitos de pan tostado o galletas o algo más o menos dolido, dárselo lentamente.
- ✓ Darle de beber líquido con absorbente.
- ✓ Alabarle cuando tenga éxito en masticar y tragar los alimentos.
- ✓ No regañarlo cuando se le caiga.
- ✓ No apresurarlo¹
- ✓ Procurar que los vegetales no estén demasiado cocidos.
- ✓ No sacar la cuchara de modo que le roce los dientes.
- ✓ En el momento de la alimentación darle ordenes sencillas como mastica y hacer mímica de esto con él.
- ✓ Proveerle de un babero correcto de acuerdo a su edad.
- ✓ Sentarlo a la mesa con los demás.
- ✓ Colocarle el plato en el lugar que él ocupe.
- ✓ Adecuarlo al uso de la cuchara o tenedor, esto se hace con alimentos sólidos como carne o huevo; se le toma la mano se le cierra tomando la cuchara y se mete en el plato haciendo un movimiento de recogida, con el tiempo el tomara l a cuchara, cabe decir que esto tarda en suceder, hay que ser pacientes.
- ✓ **Ejercicio no. 9 o 10 de enseñanza de habilidades básicas (comer con cuchara, comer con tenedor).**

¹ la pagina del retraso mental, www.wpaonline.com

Evolución clínica.

Reconoce le movimiento de excavadota del ejercicio, con ayuda lo consigue, ya que en la escuela a la que asistía se lo estaban enseñando, pero dejo de ir, y la habilidad se estanco.

Su masticación va mejorando, y también se integra más a la comida en la mesa, aunque toma todo.

2. - Resequedad de la piel relacionado a falta de lubricación manifestado por resequedad a la palpación.

Objetivos.

- ◆ Evitar lesiones en la piel.
- ◆ Mantener una piel sana.

Intervenciones.

- ✓ Mantener una piel limpia y seca después de lavarla.
- ✓ Efectuar la limpieza con productos suaves para la piel dentro de los márgenes de economía que tenga la familia.
- ✓ Prevenir las temperaturas extremas y humedad ambiental.
- ✓ Inspeccionar la piel en lo referente a ampollas, enrojecimiento, temperatura.
- ✓ Dar masaje en prominencias óseas 1 o 2 veces en el día según se pueda. En zonas enrojecidas no.
- ✓ Ingesta adecuada de líquidos.
- ✓ Ingesta adecuada de alimentos tanto como se pueda teniendo en cuenta la zona de vivienda, la economía y la disposición de los alimentos. Que sea lo más variada, lo que ayudara a una alimentación eficaz.
- ✓ Elevar las piernas para favorecer la circulación.
- ✓ Eliminar las prendas demasiado ajustadas como los calcetines, los zapatos, ropa interior².
- ✓ Lubricar después del baño y antes de acostarse una crema que contenga lanolina y no petrolato o en su defecto formar una mezcla de aceite mineral y lanolina, su costo es muy bajo y el beneficio es muy grande, lo puede usar toda la familia.
- ✓ Evitar que el pañal le quede muy justo.
- ✓ Efectuar el cambio del pañal cuando sea necesario.
- ✓ Evitar pegar cintas al panal que estén en contacto directo con la piel, como uniones entre las partes del pañal, con cintas adhesivas.

Evolución clínica.

Se ha cambiado al uso de pañales más cómodos y más grandes. También se lubrica con mayor frecuencia la piel, el estado de resequedad empieza a cambiar.

² Kim, Mc Parlan, Mc Lane. Diagnosticos de Enfermería, Pág.152-155, 190-197

3.- Alteración de la integridad de la piel relacionada a falta de lubricación y uso de pañal condicionado por deficiencia mental manifestado por cicatrices en el área de cadera.

Objetivos.

- ◆ Disminuir que se muerda las manos y las uñas. .
- ◆ Reducir los periodos de ansiedad y desesperación.
- ◆ Enfatizar en los cuidados de la piel de esa zona.

Intervenciones:

- ✓ Reducir los periodos de ansiedad del paciente cuando se traten por el paseo o por la comida.
- ✓ Lubricar la piel cuantas veces sea posible durante el día de esas zonas específicamente.
- ✓ Cortar los padrastrós de los dedos lo más cortos posibles para que el paciente no los pueda jalar con los dedos.
- ✓ Cuando lo sorprendamos con las manos en la boca decirle que eso no se hace, indicándole que es por las manos en la boca.
- ✓ Procurar estar al pendiente de esta situación.
- ✓ Usar una mezcla de glicerina, azúcar y limón para lubricar esta zona.
- ✓ Exfoliar esas zonas con una mezcla de miel y sal cada 3º día, de forma suave y gentil.

Evolución clínica.

Se ha lubricado con mayor frecuencia, aun no se ven cambios puesto que es difícil controlarlo. Su caminata es casi diaria a menos que algo pase.

4. Alto riesgo de pérdida dental relacionado con déficit de auto cuidado e ingesta de medicamentos (carbamazepina 15 mg cada 12 hrs.) manifestado por sarro, y adoncia de diente frontal superior.

Objetivo:

- ◆ Evitar la pérdida de más dientes.
- ◆ Mejorar la limpieza dental.

Intervenciones.

- ✓ Realizar la limpieza de los dientes 2 veces al día.
- ✓ Efectuarlo con una pasta para dientes sensibles, ya que algunas pastas tienen componentes muy agresivos para los dientes.
- ✓ Hacerlo de manera suave en los dientes de enfrente pero con firmeza y con un cepillo que no sea tan duro para evitar que se sangren las encías, procurando que sea un movimiento de arriba a bajo.
- ✓ En los dientes de atrás hacerlo de manera un poco más fuerte.
- ✓ Procurar que tome alimentos como la manzana que ayudan al aseo de los dientes.

Evolución clínica.

Los dientes frontales lucen más limpios, se ha reducido el sarro notablemente, ya que no se observan acumulaciones y también se ha empezado a retirar la placa de algunos dientes.

5.- Alteración de la función digestiva normal, relacionados con el estado de hidratación y el movimiento, y padecimiento neurológico manifestado por alternancia de períodos de estreñimiento y diarrea.

Objetivo:

- ❖ Fomentar unos hábitos intestinales regulares mediante la realización de ejercicio y aumento de la ingesta de fibra y líquidos.
- ❖ valorar y desarrollar un hábito intestinal a largo plazo.

Intervenciones.

- ✓ Valorar el hábito intestinal del paciente anotando el número de defecaciones , conocer cuáles son sus hábitos , valorar los signos o síntomas (Distensión y flatulencia abdominal , espasmos abdominales , heces duras y secas , esfuerzo excesivo , hemorroides dolorosas , incompleta evacuación intestinal , náuseas y vómitos y anorexia)
- ✓ Auscultar los ruidos intestinales para conocer la naturaleza de la actividad peristáltica.
- ✓ Recomendar medidas para promover una dieta equilibrada que favorezca la evacuación regular :

- ✓ Obtener los antecedentes de la dieta habitual del paciente.

Fomentar el consumo de alimentos con alto contenido en fibra como por ejemplo : fruta fresca con piel , salvado , nueces y semillas , panes y cereales integrales , frutas y verduras cocinadas , zumos , etc ...

Desaconsejarle los alimentos que posean un efecto diurético como el café , el té y el zumo de uva o los alimentos que contengan harinas y azúcares refinados .

Comentar las preferencias dietéticas con el paciente para y planificar las modificaciones en la dieta.

Fomentar que el paciente coma aproximadamente 800 gr. En frutas y verduras al día para promover las deposiciones regulares.

- ✓ Promover una adecuada hidratación del paciente e ingesta de líquidos.
- ✓ Fomentar la ingesta de al menos dos litros (de 8 a 10 vasos) a no ser que esté contraindicado
Identificar y acomodar las preferencias en los líquidos, siempre que sea posible.
Establecer un horario regular para la ingesta de líquidos.

Intervenciones en la diarrea.

- ✓ Eliminar los alimentos que irritan generalmente el tracto gastrointestinal como el picante y los alimentos muy condimentados.
- ✓ Alimentos que producen una respuesta alérgica conocida.
- ✓ Alimentos ricos en fibra ya que esto retrasa la recuperación.
- ✓ Interrumpir la alimentación de sólidos muy complejos en degradar como los carbohidratos, las carnes rojas, los alimentos altos en grasas.
- ✓ Aumentar la ingesta oral de líquidos para evitar la deshidratación, pero de manera que se administre poca cantidad y continuamente, ya que el peso del agua en cantidades grandes estimula el reflejo del estómago y produce más diarrea.
- ✓ Disminuir la ingesta de líquidos muy fríos o muy calientes, pues también le caen pesado al estómago.
- ✓ Eliminar de la dieta los alimentos que producen flatulencia como la papa, los frijoles, las lentejas, los garbanzos y aquellos demasiado ácidos como los tomates, la naranja.
- ✓ Anotar el color de las heces, la consistencia, volumen y número de evacuaciones, ya que esto nos permitirá diagnosticar de qué germen se trata.
- ✓ Enseñar al paciente el uso adecuado de la medicación para la diarrea.
- ✓ Lavarse muy bien las manos después de la evacuación³ en este caso después de cambiar el pañal.
- ✓ Hacer énfasis en la limpieza de los alimentos.
- ✓ Efectuar una forma segura de guardar los alimentos⁴, que el refrigerador este limpio y no están destapados los alimentos, que los alimentos que se guarden estén en buen estado y revisar continuamente el estado de los mismos. Si no se cuenta con el, cocinar lo que se vaya a comer ese día, taparlos después de haberse enfriado, ponerlos en un lugar que esta fresco, si se necesita guardar algo, meterlo en un toper o bolsa de plástico bien cerrado, y ponerlo en una cubeta con un poco de agua en el suelo, que este limpio, consumirlo lo más pronto posible.

Evolución clínica.

Se ha presentado solo un periodo de diarrea.

6.- Alteración de la necesidad de eliminación, relacionado con inadecuación en el patrón de control de esfínteres manifestado por incontinencia.

Objetivos:

- ◆ Ayudar a mejorar los patrones de eliminación.

Intervenciones.

- ✓ Establecer una rutina diaria para la evacuación :
 - Identificar el patrón de evacuación habitual antes de la aparición del estreñimiento, así como también para la micción.
 - Programar la hora ideal para la evacuación.

³ Lynda E. Cardenito. Diagnosticos de Enfermería. Pág. 205.

⁴ Kim, Mc Parlan, Mc Lane. Diagnosticos de Enfermería. Pág. 249

- Sugerir que intente hacer deposiciones una hora después de las comidas instruirle para que se quede en el servicio la cantidad suficiente de tiempo.
- Intentar estimular el entorno doméstico del paciente para la evacuación:
- Enseñar al paciente a asumir una postura óptima.
- Explicarle al familiar cómo la actividad física afecta a la evacuación diaria. Animarle para que realicen una deambulación regular, a no ser que esté contraindicada.
- Obtener los antecedentes farmacológicos y ver si los fármacos que ingiere producen estreñimiento como efecto secundario. Los principales fármacos que producen estreñimiento son: los anticolinérgicos, narcóticos, barbitúricos, tranquilizantes, antiácidos, excesivo uso de laxantes y enemas.

Evolución clínica.

Se le lleva al baño por la mañana, lo que hace difícil de la implementación del patrón eliminatorio, pues requiere de supervisión todo el día y en ocasiones no hay quien ayude a la madre al registro y a llevarlo al baño.

7.- Alteración de la postura y marcha atáxica, relacionado a disfunción cerebelosa manifestado por inclinación ligera la caminar y caminata tipo marcha

Objetivos*:

- ◆ Mejorar la marcha y la postura mediante ejercicios específicos para ello.

Intervenciones.

Estos ejercicios se realizarán en parejas, buscare la forma de acoplarnos al niño

- ✓ En el patio, o en lugar que tenga espacio como un parque cercano o la acera (sólo si es segura y ancha), trazar figuras en distintas direcciones.
- ✓ Describir figuras como círculos, cuadrados, triángulos, rectas, zigzag, letras.
- ✓ Dejarlo libremente.
- ✓ Caminar y correr en parejas libremente.
- ✓ Lo mismo pero, a una orden, dar vuelta en el lugar tomados de las manos, luego continuar caminado o corriendo.
- ✓ Como en el ejercicio anterior pero tomados de las 2 manos.
- ✓ Correr o caminar uno tras otros siguiendo distintos recorridos propuestos por el primero, que puede ser usted y el niño tomado de su cintura, con las manos de usted sobre las de él.⁵

⁵ A. García Prieto, Niños y Niñas con Parálisis Cerebral. Pág. 39

8. - Alteración de la coordinación y motricidad fina relacionado con retardo psicomotor manifestado por imposibilidad para movimientos de pinza fina*.

Objetivos.

- ◆ Mejorar por medio de ejercicios específicos la reeducación de la pinza fina.
- ◆ A la vez mejorar la coordinación con ejercicios específicos y aunando otros ejercicios que se mencionan para otros diagnósticos, ya que en conjunto tienen un mejor resultado.

Intervenciones.

- ✓ Efectuar el ejercicio de el capítulo de enseñanza de habilidades que se encuentra en el marco teorizo.

9.- Alteración en la necesidad de descanso y sueño, relacionado con modificación de los horarios de sueño o asociado a problemas sistémicos. manifestado por irritabilidad, indiferencia, apatía y a veces ansiedad.*

Objetivos.

- ◆ Mejorar los patrones de descanso y sueño.
- ◆ Establecer acciones que lo lleven a la relajación.

Intervenciones.

- ✓ Identificar los factores causales y concurrentes, como el estrés o la ansiedad o el hambre en lagunas personas es necesario que sientan el estomago lleno para poder conciliar el sueño, pero no de forma extrema pues esto también produce problemas para dormir y descansar adecuadamente.
- ✓ Evitar el ambiente extraño o ruidoso. Es decir reducir o eliminar si es posible las distracciones ambientales o interrupciones.
- ✓ Cerrar la puerta de la habitación.
- ✓ Cerrar las cortinas.
- ✓ Proporcionar música suave.
- ✓ Eliminar la iluminación permanente.
- ✓ Hacer uso de las luces tenues de noche o uso de lámparas en pasillos o encender la luz del baño si es que no optan por la oscuridad total.
- ✓ Disminuir la clase de estímulos como las conversaciones o la televisión.
- ✓ Aumentar las actividades del día si es posible.
- ✓ Establecer con la persona responsable un programa de para las actividades diarias como caminar, cuanto tiempo, rehabilitación, tiempo para los alimentos.
- ✓ Proporcionar medidas de comodidad para inducir el sueño. Como frazadas suficientes, una cama cómoda, limpia, bien tendida.
- ✓ Limitar las siestas en el día.
- ✓ Valorar con la familia, madre, responsable la rutina habitual de irse a la cama. Y ajustarse a ella tan estrictamente posible como se pueda.
- ✓ Intentar con el baño por la noche como medida relajante⁶.
- ✓ Ministran los medicamentos un poco antes de dormir para que no se interrumpa el sueño.

⁶ Lynda E. Cardenito. Diagnósticos de Enfermería, Pág. 205

- ✓ Si los medicamentos son del tipo de carbamazepina como en este caso, se pueden administrar una hora antes de dormir para que al llegar la hora de dormir ya estén surtiendo efecto.
- ✓ Procurar una ventilación adecuada. Ya sea frío o calor.
- ✓ Instruir al familiar y al joven en técnicas de relajación.
- ✓ Disminuir la ingesta de líquidos antes de ir a la cama.
- ✓ Implementar asistir al baño antes de acostarse.
- ✓ Evitar la actividad física poco antes de ir a la cama.

Evolución clínica.

No se registro periodo de insomnio.

10.- Alteración en la capacidad para vestirse / desvestirse, relacionado con el retardo psicomotor manifestado dependencia para llevarlo a cabo.*

Objetivos.

- ◆ Fomentar y favorecer la independencia lo máximo posible.
- ◆ Mejorar la calidad de vida de la persona, familia y cuidador.

Intervenciones.

- ✓ Llevar a cabo cualquiera de los ejercicios no. Que aparecen en el capítulo de enseñanza de habilidades que se encuentra en el marco teórico.

11.- Déficit de recreación.

Objetivo.

- ◆ Favorecer las actividades de entretenimiento.
- ◆ Reducir el riesgo de estrés.
- ◆ Evitar que se presente periodos de ansiedad, desesperación, enojo.

Intervenciones.

- ✓ Los ejercicios para la postura y marcha del diagnóstico 4 se llevan a cabo en parejas, para volverlo recreativo y atractivo para el niño, se puede emplear música alegre al momento de llevarlos a cabo. La actitud también deberá ser divertida, acompañada por risas y movimientos que diviertan al niño; como dar la vuelta rápida o hacerlo de modo sorpresivo etc.
- ✓ Al enseñarle conceptos como casa, perro, gato, pato etc; Buscar algún juguete sonoro que emita estos sonidos así le llamara más la atención y le parecerá divertido.

Evolución clínica.

Muestra alegría y emoción, emite gritos, cuando se realizan los ejercicios con el y la música.

13. Alteración de la comunicación manifestado por incapacidad para articular palabras*

Objetivo.

- ◆ Fomentar la fonación.
- ◆ Mejorar la comunicación en base a lo que se tiene.
- ◆ Ejercitar la mano dominante para la preparación de la escritura.
- ◆ Enseñar conceptos simples.

Intervenciones.

- ✓ Ejercicios de respiración.
- ✓ Hacer uso de gestos.
- ✓ Nombrar a las cosas correctamente.
- ✓ Acercamiento físico.
- ✓ Ejercicios de escritura adaptados.
- ✓ Atención al llanto, risa, gritos etc.
- ✓ Conseguir muñecos de peluche pequeños (medianos) para enseñar animales.
- ✓ Fabricar cubos, triángulos, círculos etc, de materiales duros para enseñar conceptos (se pueden fabricar con materiales que se encuentren en casa).
- ✓ Fabricar con telas , relleno o cualquier material disponible figuras de colores para enseñarlos.
- ✓ Fabricar con telas o materiales de desecho o cosas que ya no se usen, cuadros de 10 x 15 cm aprox. Con sensaciones táctiles, lija (áspero) blando, duro, liso, suave, peludo, y enseñárselos.

* no se valoraron por la naturaleza del padecimiento, ya que estos diagnósticos necesitan mucho tiempo para que arrojen resultados.

Comentarios derivados del seguimiento del caso.

Los diagnósticos que se han evaluado son aquellos en los que se necesita de poco tiempo relativamente para que arrojen resultados y puedan ser valorados; sin embargo la mayoría de los diagnósticos están basados en las necesidades que enfrenta el paciente tanto de rehabilitación como biosociales, por que lo no podemos esperar en resultado en poco tiempo. los problemas que presenta son arduos de abordar, se requiere de ayuda extra de familiares, en este caso no es posible del todo lo de cierta manera obstaculiza llevar a cabo las intervenciones por parte de la familia. Por ello este trabajo aborda de manera sencilla y práctica una terapia en casa que sea lo mas completa y que requiera de poco tiempo de realización para que se efectúe, pues la persona que más esta con el y quien se encarga de el, es la madre, por lo que también se debe encargar de todo lo de demás referente a la casa, lo que la ha llevado a un fuerte desgaste en todos ámbitos. Cuenta con poco apoyo en cuanto al cuidado del joven, el familiar que lo brinda lo hace de calidad. Sin embargo, la madre y el familiar siguen buscando escuelas y opciones para el, pues se esta conciente de que necesita regresar a la escuela.

El coopera bastante bien para las actividades, tomando en cuenta que ya a asistido a escuela por lo que eso representa una ventaja en el plan de cuidados.

También es bastante entendido, reconoce cuando ha hecho algo que no debe y lo regañan por ello; entiende ordenes sencillas que ya tiene bien identificadas.

En el seguimiento del caso, observo que es necesario se realicen estudios en los que ayuden a determinar en que edad se encuentra cronológicamente (aprox.) ello ayudaría a plantear intervenciones encaminadas más específicamente a su desarrollo de acuerdo a la edad.

Es importante remarcar el aspecto motor de la rehabilitación, trabajar mucho en ello, ya que muchas funciones como el habla son motoras y como se valla trabajando el área motora, se irán desarrollando por añadidura, sin esperar, claro esta, que el resultado se vea pronto.

Otro aspecto importante es el de recreación, ya que en el mercado no existen juguetes creados para entretener a niños así, cuando se observa con que se entretiene se pueden crear en casa o pedir ayuda, pero si hace falta algo que ayude a desarrollar el juego y la concentración de manera más estudiada.

Es bastante comunicativo, es muy expresivo, la madre refiere que cuando salen a la calle se porta muy mal, por que grita, emite sonidos y se emociona cuando ve gente o cuando se le acercan, la madre lo atribuye a que esta muy nervioso; es importantísimo crear un conciencia en la gente sobre este tema, pues es la manera que el y otros niños encuentran para comunicarse. También es cariñoso y es capaz de demostrar de manera muy clara que quieren que lo abracen (jala la mano de la persona hacia su cuello) pero mucha gente no se la acerca por que es brusco y presenta pinza gruesa así que lo hace de manera tosca y los asusta.

Algunos problemas fisiológicos no cambiarán por que son parte de su enfermedad, pero si llegaran a ser menos frecuentes.

El haber trabajado con el me deja una gran satisfacción, un enorme respeto a el, a su madre, y a toda la gente que esta en medio de una situación, un grandísimo cúmulo de valiosísimas experiencias y de conocimientos que no sabia que iba a adquirir, pero sobre todo me deja una profunda tranquilidad de saber que estoy haciendo para ayudar a la gente que tiene este problema.

La información que aquí se muestra no es fácil de adquirir, pues aún no se han preocupado por estudiar más a fondo, para ayudar a reducir riesgos, evitar que más personas sigan sufriendo y ayudar a quines están ya en esto. Las condiciones económicas también juegan un papel importante, las comunidades no cuentan con servicios suficientes ni economía para vivir adecuadamente. Es por ello que yo atribuyo a que la mayoría de estos casos se encuentran entre gente pobre, que vive mal y que no tiene recursos para llevar a sus hijos a escuelas que son bastante caras y que además se encuentran lejos. Pero también es cierto que podemos hacer algo en casa y la prueba es este trabajo.

Declaración de los derechos de las personas con retraso mental

(Proclamados por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de diciembre de 1971)

La Asamblea General,

Consciente de la obligación de los Estados Miembros de las Naciones Unidas, contraída en virtud de la Carta, de adoptar medidas conjunta o separadamente, en cooperación con la Organización, para promover niveles de vida más elevados, trabajo permanente para todos y condiciones de progreso y desarrollo económico y social,

Reafirmando su fe en los derechos humanos y las libertades fundamentales y en los principios de paz, de dignidad y valor de la persona humana y de justicia social proclamados en la Carta,

Recordando los principios de la Declaración Universal de Derechos Humanos, los Pactos Internacionales de derechos humanos y la Declaración de los Derechos del Niño y las normas de progreso social ya enunciadas en las constituciones, las convenciones, las recomendaciones y las resoluciones de la Organización Internacional del Trabajo, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y otras organizaciones interesadas,

Subrayando que en la Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social se ha proclamado la necesidad de proteger los derechos de los física y mentalmente desfavorecidos y de asegurar su bienestar y su rehabilitación,

Teniendo presente la necesidad de ayudar a los retrasados mentales a desarrollar sus aptitudes en las más diversas esferas de actividad, así como de fomentar en la medida de lo posible su incorporación a la vida social normal,

Consciente de que, dado su actual nivel de desarrollo, algunos países no se hallan en situación de dedicar a estas actividades sino esfuerzos limitados,

Proclamo la presente Declaración de Derechos del Retrasado Mental y pide que se adopten medidas en el plano nacional o internacional para que sirva de base y de referencia común para la protección de estos derechos:

1. El retrasado mental debe gozar, hasta el máximo grado de viabilidad, de los mismos derechos que los demás seres humanos .
2. El retrasado mental tiene derecho a la atención médica y al tratamiento físico que requiera su caso, así como a la educación, la capacitación, la rehabilitación y la orientación que le permitan desarrollar al máximo su capacidad y sus aptitudes.

3. El retrasado mental tiene derecho a la seguridad económica y a un nivel de vida decoroso. Tiene derecho, en la medida de sus posibilidades, a desempeñar un empleo productivo o alguna otra ocupación útil.

4. De ser posible, el retrasado mental debe residir con su familia o en un hogar que reemplace al propio, y participar en las distintas formas de la vida de la comunidad. El hogar en que viva debe recibir

asistencia. En caso de que sea necesario internarlo en un establecimiento especializado, el ambiente y las condiciones de vida dentro de tal institución deberán asemejarse en la mayor medida posible a los de la vida normal.

5. El retrasado mental debe poder contar con la atención de un tutor calificado cuando esto resulte indispensable para la protección de su persona y sus bienes.

6. El retrasado mental debe ser protegido contra toda explotación y todo abuso o trato degradante. En caso de que sea objeto de una acción judicial, deberá ser sometido a un proceso justo en que se tenga plenamente en cuenta su grado de responsabilidad, atendidas sus facultades mentales.

7. Si algunos retrasados mentales no son capaces, debido a la gravedad de su impedimento, de ejercer efectivamente todos sus derechos, o si se hace necesario limitar o incluso suprimir tales derechos, el procedimiento que se emplee a los fines de esa limitación o supresión deberá entrañar salvaguardas jurídicas que protejan al retrasado mental contra toda forma de abuso. Dicho procedimiento deberá basarse en una evaluación de su capacidad social por expertos calificados. Asimismo, tal limitación o supresión quedará sujeta a revisiones periódicas y reconocerá el derecho de apelación a autoridades superiores.¹

¹ <http://www.discapnet.es/>

BIBLIOGRAFÍA.

- Ann Marriner Tomey. (1999) "Modelos y teorías en enfermería" 4ª ed, Hartcort Brace.
- Carmen Fernández, Gloria novel, (1999) "El proceso de atención de enfermería. Estudio de casos. Marco conceptual De V. Henderson". Masson Salvat Enfermería
- Sánchez A: Molinero, "Surgimiento del diagnostico enfermero."
- H. Yura M.B. Walsh. (1965) "El proceso de enfermería. Valoración, implementación y evaluación."
- Patricia Iyer (1989) "Proceso y diagnostico de enfermería". Mc Graw Hill Interamericana
- B. Kozier (1999) "Fundamentos de enfermería". Mc Graw Hill Interamericana
- Kim, Mc Ferland, Mc Lane (1993) "Diagnósticos de enfermería." Mc Graw Hill Interamericana
- B. Kozier, G. Erb, K. Blais "Manual clínico de fundamentos de enfermería" 5ª Ed. Mc Graw Hill
- Joyce Ánge, "Guía clínica de enfermería" 2ª ed. Mosby.
- Luis Martín Abreu "Semiología medica y técnica exploratoria"
- Juan Suros Batllo "Fundamentos del diagnostico y exploración física"
- McDoanld (1972), "Terapéutica ocupacional" Salvat 515pag.
- Pedro Sanchés Escobedo (1997), "Compendio de educación especial" Manual moderno pag. 240
- Bruce L. Baker (1978), "Como enseñar a mi hijo" Hijos de Minuesta, Toledo España, pag.111.
- Joseph R. Cautela, June Gordón (1988) "Técnicas de relajación: Manual práctico para adultos, niños y educación especial" Roca, pag. 125.}
- Silvia Marcotela, (1992) "Inventario de habilidades básicas" 209 pag.
- Ágata H. Bowley, Leslie Gardner, (1985) "El niño minusválido, guía educativa para el minusválido orgánico" Continental, 263 pag.

FUENTES ELECTRÓNICAS.

http://www.personal.redestb.es/a_sanguesa/modelos.htm

www.cathlab.com.ae/enfermeria/procesodeaten.htm

<http://terra.es/personal/duenas/pae.htm>

www.enfermeria21.com

<http://tone.udea.edu.co/revista/sep99/proceso.htm>

www.sepsiquiatria.com

<http://escuela.med.puc.cl/Departamentos/neurocirugia/protexne.html>

www.mmhs.com/clinical/adult/spanish/neuro/exam.htm

www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/adult_neuro_sp/exam.cfm

google.com.mx/searchs?q=eac

www.sefinterguias.com

www.drscope.com

Anexos.

INVENTARIO DE HABILIDADES BASICAS.

Área de coordinación visomotriz.

Subárea de coordinación de motora gruesa.

La subáreas de coordinación motora gruesa evacua la capacidad del niño para manejar su cuerpo de manera integral y coordinada, al realizar movimientos diversos y al manejar objetos.

La subárea contiene cinco categorías y sus correspondientes reactivos e incisos de acuerdo a la siguiente tabla.

Categorías.	Num. Reactivos	Num. Incisos	Puntuación máxima.
A. Desplazamiento.	12	24	28
B. Equilibrio estático.	4	8	9
C. Equilibrio de recuperación.	5	6	8
D. Movimientos coordinados.	13	19	26
E. Actividades de integración motriz.	5	7	9
Total.	39	64	80.

La primera categoría evalúa la capacidad del niño para desplazarse en diferentes direcciones al utilizar de forma coordinada brazos y piernas mientras realiza actividades tales como caminar, correr y saltar.

La segunda evalúa la capacidad del niño para mantenerse en una posición y controlar su cuerpo por medio del uso de pies y brazos.

La tercera evalúa no solo la capacidad para mantener su cuerpo en una sola posición, sino también para recuperarlo después de un movimiento. Se implica aquí el uso de brazos y piernas.

La cuarta categoría evalúa un conjunto de habilidades que involucran tanto el manejo coordinado de todo el cuerpo, como las destrezas que incluyen la relación ojos-brazos- pies.

La quinta categoría evacua las habilidades motrices funcionales, comunes en el medio cotidiano del niño.

Materiales.

Para la evaluación de esta área se necesita de un espacio grande como un patio, y los siguientes materiales:

- ♦ Línea recta trazada en el piso de 2 metros de largo por 10 cm de ancho.
- ♦ Línea en forma de escuadra de las mismas dimensiones.
- ♦ Línea curva en forma de s de 3mts. De largo por 15cm de ancho.
- ♦ Una silla grande.
- ♦ Una cuerda de 2 mts de largo.
- ♦ Un cuadrados trazado en el piso de 40x40 cm.
- ♦ Dos líneas rectas trazadas en el piso de 40 cm separado por una distancia de 30 cm
- ♦ Una pelota grande de 25 cm aprox. de diámetro.
- ♦ Una pelota chica de 8 cm aprox. de diámetro.
- ♦ Un juego de bolos.
- ♦ Una cubeta grande de 90 cm de diámetro.

- ♦ Una canasta de básquetbol situada a 1.5 mts de altura del piso (la puede sustituir por un aro colocado en la pared colocado a esa distancia.)
- ♦ Dos vehículos infantiles como un triciclo y un carrito.
- ♦ Un columpio o una resbaladilla, (puede llevar al niño al parque.)
- ♦ Una bolsa mediana que contenga ropa.
- ♦ Una charola mediana 30x40cm aprox. de plástico.
- ♦ Un vaso de plástico.
- ♦ Un globo.
- ♦ Tres juguetes atractivos. Los que usted note que le gustan a su hijo.

Forma de aplicación.

Para la evaluación de esta subárea proporcione la instrucción correspondiente. Si no hay respuesta haga una demostración y diga: "ahora hazlo tu", si le niño no realiza la tarea proporcione ayuda o instigación, según sea el caso.

Categorías y reactivos.

Desplazamiento.	Punt. Máx.	
1. Camina	2	()
a) en posición erecta y con la vista al frente.		_____
b) alternando el movimiento de los brazos.		_____
2. camina hacia delante y sigue la dirección de Una línea trazada en el piso.	4	()

Señale la línea y diga camina surgiendo la rayita ("fíjate bien no te salgas del caminito".)

a) línea recta.		_____
b) línea en forma de escuadra (vuelta hacia la derecha).		_____
c) línea en forma de escuadra (vuelta hacia la izquierda).		_____
d) línea curva en forma de s.		_____
3. camina hacia atrás.	2	()

Señale la línea y ahora diga " camina hacia atrás Siguiendo la rayita".

a) libremente (sin seguir la línea)		_____
b) siguiendo la dirección de la línea recta trazada en el piso viendo por donde camina.		_____
4. sube escaleras.	4	()
a) con ayuda de otra persona		_____
b) apoyándose en el barandal o pared.		_____
c) sin ayuda.		_____
d) alternando el movimiento de los pies.		_____
5. baja escaleras.	4	()
a) con ayuda de otra persona.		_____
b) apoyándose en el barandal o pared.		_____
c) sin ayuda.		_____
d) alternando el movimiento de los pies.		_____

6. corre.	2	()
Diga "ahora vamos a correr hasta donde el... A ver quien gana"		
a) alternando el movimiento de los brazos.		_____
b) flexionando las rodillas.		_____
7. camina sobre las puntas de los pies a una distancia de 1 m.	1	_____
"diga ahora vamos a caminar sobre las puntas de los pies para vernos mas altos."		
8. corre sobre las puntas de los pies a una	1	()
"diga ahora vamos a correr hasta llegar al... pero lo vamos a hacer con las puntas de nuestros pies a ver quien llega primero." distancia de 3 mts.		
9. camina sobre una viga colocada a 5cm de altura del suelo, a una distancia de 1.50m que indique distancia máxima.	4	()
Diga "ahora vamos a caminar arriba de esta tablita, hazlo con cuidado."		
a) con un pie en la viga y el otro en el piso apoyándose con otra persona o en la pared.		_____
	Punt. Máx.	
b) con un pie en la viga y otro en el piso sin apoyo adicional.		_____
c) con ambos pies en la viga, apoyándose en otra persona o en la pared.		_____
d) con ambos pies en la viga, sin apoyo adicional.		_____
10. Se desplaza una distancia de 2 m saltando hacia adelante con ambos pies.	1	()
Diga " vamos a saltar como las ranitas hasta llegar al... A ver quien gana."		
11. se desplaza una distancia de 1 m saltando hacia atrás, con ambos pies.	1	()
Diga "ahora las ranitas van a saltar hacia atrás. Hazlo con cuidado, fijate hasta donde tienes que llegar saltando."		
12. se desplaza una distancia de 1 m saltando	2	()

hacia delante, con un solo pie.

Diga "vamos saltar con nuestros pies a ver quien llega primero al..."

- a) pie derecho.
- b) pie izquierdo.

Equilibrio estático.

1. se para en un solo pie apoyándose durante unos segundos.

2

(_____)

Diga " el que dure mas tiempo con un pie arriba gana este juego vamos a empezar a contar 1,2..."

Levante el pie correspondiente. Realice por lo menos 2 ensayos correspondientes.

- a) Pie derecho.
- b) Pie izquierdo.

2. se para en un solo pie durante 2 segundos Sin apoyo adicional.

2

(_____)

De la misma instrucción que en reactivo anterior, realice por lo menos 2 ensayos con cada pie.

- c) Pie derecho.
- d) Pie izquierdo.

3. se para sobre las puntas de sus pies Durante 2 segundos.

2

(_____)

Diga "vamos a paramos de puntitas para vemos mas altos a ver quien dura más así 1,2..."

4. se mantiene de pie sobre una viga colocada a 5cm de altura del piso.

4

(_____)

Vamos a subir esta tablita el que dure más tiempo gana.

- a) Con un pie en la viga y el otro en el piso, Apoyándose en otra persona en la pared.
- b) Con un pie en la viga y otro en el piso sin apoyo
- c) Con ambos pies en la viga apoyándose en otra persona O en la pared.
- d) Con ambos pies en la viga. Sin apoyo adicional

Equilibrio de recuperación.

1. salta 2 ()

Diga "ahora vamos a bajar las escaleras con los dos pies al mismo tiempo a ver quien lo hace mejor.

- a) De un primer escalón hacia le frente.
- b) De un segundo escalón hacia el frente.

2. salta para alcanzar un objeto colocado a medio metro del altura. 1 ()

presente un juguete atractivo par el niño a la altura indicada y diga "quieres el... (nombre del juguete) alcánzalo y te lo presto.-2 indique el número máximo de saltos y la altura que alcanzo.

3. salta con ambos pies de un mismo lugar. 1 ()

Presente un cuadro pintado en el piso y diga "Ahorita la ranita va saltar dentro de esta casita" Indique el número de saltos continuos.

4. salta por encima de una cuerda 2 ()

Amarre la cuerda a la parte inferior de un mueble, extiéndala y diga " vamos a saltar sin pisar la cuerda. En el caso de que el niño n o pueda saltar la altura indicada, baje la cuerda r indique la altura máxima que alcanzo y especifique si lo hizo con ambos pies al mismo tiempo o alternándolos.

- a) Colocada al ras del piso.
- b) Colocada a 10 cm del piso

5. salta longitudes mayores de 10 cm 2 ()

Diga " vamos a saltar de aquí para aca (señale dos líneas paralelas pintadas en el piso que estén a una distancia de 30 cm entre si,) sin pisar las rayitas a ver quien gana. Indique si lo hizo con ambos pies al mismo tiempo o Alternándolos y la distancia máxima que salto.

- a) Sin carrera.
- b) Con carrera.

Movimientos coordinados.

1. se acuesta en el piso. 1 ()

Diga" ahora vamos a rodar hasta... a ver quien gana.

2. rueda sobre si mismo 2 veces continuas. 2 ()
- a) Hacia el lado derecho. _____
- b) Hacia le lado izquierdo. _____

3. Se para después de acostarse en el piso. 1 ()

Diga " arriba, vamos a ver quien se para mas rápido."

4. se sienta en el piso 1 ()

Diga vamos a cantar una canción, que te parece si nos sentamos en el piso para estar mas cómodos.

Cante y motive la niño(en esta situación se evaluará en forma paralela algunos aspectos de la subárea de imitación.

5. se hinca en el piso. 2 ()

Coloque un colchoncito en el piso y diga:
Vamos a llevar tu coche por la carretera etc.,
Vamos a hincarnos en el piso.

- c) Con ayuda de otra persona. _____
- d) Sin ayuda. _____

6. se esube a una silla. 2 ()

- e) Con ayuda de otra persona. _____
- f) Sin ayuda. _____

7. lanza una pelota. 3 ()

Diga "aviéntame la pelota, aviéntasela a...,
Ahora hacia arriba."

- a) Hacia el frente. _____
- b) Hacia arriba. _____
- c) En dirección a la persona o al sitio que se le indica. _____

8. atrapa con la manos una pelota que se le lanza desde una distancia mínima de 1 mt. 6 _____

Diga " en este juego gana el que no deje que la pelota se Caiga"

- a) Pelota grande que va dirigida directamente hacia sus _____

Manos.

- b) Pelota grande que va dirigida al lado derecho de su cuerpo
- c) Pelota que va dirigida al lado izquierdo de su cuerpo
- d) Pelota chica que va dirigida a sus manos
- e) Pelota chica que va dirigida al lado derecho de su cuerpo
- f) Pelota chica que va dirigida al lado izquierdo de su cuerpo

9. pateo una pelota. 4 ()
Diga "vamos a jugar futbol, el que meta mas goles va a ganar, pateo la pelota hacia arriba, hora alcánzala y mete un gol.

- a) Hacia el frente.
- b) En dirección a la persona o sitio que se le indique.
- c) Hacia arriba.
- d) En movimiento.

10. elude objetos que se dirigen a el. 1 ()

11. envía rodando una pelota chica en la dirección que se le indica. 1 ()

Coloque sobre el piso un juego de bolos o grupo de Objetos que funcionen como tales.
Diga " es este juego tenemos que tirar l las figuras con esta pelota fijate como lo hago yo, el que tire todas las figuras será el ganador."
Haga la demostración realice varios ensayos.

12. bota una pelota en el piso 3 veces continuas. 1 ()

Diga " este jugo se llama básquetbol, primero botamos la pelota en el piso y después la lanzamos para adentro de la cubeta canasta_ el que meta mas canastas ganara."
Haga la demostración, realice varios ensayos.

13. Encesta una pelota. 2 ()

- a) En una cubeta colocada en el piso a un metro de distancia del niño.
- b) En una canasta de básquetbol colocada a 1.5 mt Y un metro distnacia del niño.

Actividades de integración motriz.

1. empuja muebles medianos o vehículos infantiles a una distancia de 2 mts. 1 ()

2. jala muebles medianos o vehículos infantiles mediante Una cuerda una distancia de 2 mts. 1 ()

3. camina cargando objetos. 3 ()

- a) Pequeños (que pueda cargar con una sola mano) _____
- b) Voluminosos (livianos que no sean mas grandes que el tórax del niño) _____
- c) Superpuestos (unas charola con un vaso de plástico vacío encima) _____

4. utiliza juegos mecánicos y vehículos infantiles. _____

Coloque al niño en situación en la que disponga de los materiales necesarios
Y pregunte, ¿quieres subirte al...?

Si el niño lo intenta y presenta dificultad para subir, proporcionele ayuda
La menor ayuda posible lograr que use los juguetes.

- a) Con ayuda de otra persona. _____
- b) Sin ayuda. _____

5. sube y baja vehículos (automóvil, camión) 2 ()

Si no se presenta la oportunidad para evaluar
Este reactivo pregunte a los padres o los familiares.

- a) Con ayuda de otra persona. _____
- b) Sin ayuda. _____

Guía de observación.

Los puntos mocionados a continuación deberán detectarse en el transcurso de la evaluación de esta subárea, por lo que el evaluador deberá seguir con atención la realización de las actividades que aquí se incluyen.

1. Deficiencias de la locomoción.
 - a) Arrastra los pies.
 - b) Tropezada al caminar
 - c) Camina muy lentamente
 - d) Zigzaguea al caminar.
2. Movimientos involuntarios.
 - a) De cabeza.
 - b) De piernas
 - c) De brazos.
 - d) De tronco.
3. Deficiencias de la resistencia.
 - a) Se cansa al correr.
 - b) Se cansa al caminar.
 - c) Se cansa al saltar.
 - d) Se cansa al hincarse.
4. Alteraciones posturales.
 - a) Camina encorvado.
 - b) Camina arqueado a los lados.
5. Alteraciones en el sistema músculo esquelético.

- a) Flacidez muscular.
- b) Tensión muscular.
- c) Rigidez ósea.

6. Constitución física.

- a) Obesidad.
- b) Raquitismo.
- c) Irregularidades en brazos, piernas, manos, dedos etc.

Subárea de coordinación motora fina.

Esta área tiene como fin evaluar la capacidad del niño para manejar partes específicas del cuerpo, consta de 4 categorías.

categoria	Núm. Reactivos.	Núm. Incisos.	Puntuación máxima.
A. Actividades integrales.	10	0	10
B. Movimientos de precisión	4	15	15
C. Movimientos básicos.	7	22	22
D. Tareas de preescritura.	5	32	32
total	26	69	79

La primera categoría integra movimientos de naturaleza funcional las cuales son comunes a situaciones del hogar y de la escuela, si el niño responde correctamente a todos los incisos se dará por evaluada esta área pero si no, se evaluará las siguientes.

En la segunda categoría se muestran actividades escolares.

En la tercera categoría se evalúan movimientos aislados simples que requieren del manejo de objetos.

En la cuarta categoría, tareas de preescritura, es decir movimientos asociados a la escritura. Los 2 primeros reactivos integran componentes de los reactivos restantes por lo que si el niño responde bien a los incisos correspondientes se dará por acreditado los siguientes reactivos de esa categoría.

Materiales.

- Un frasco mediano con tapa giratoria.
- Un frasco con palillos, con orificio pequeño que contenga 30 palillos.
- Una jarra con agua y un vaso de plástico.
- Plastilina flexible.
- Un sacapuntas portátil.
- Una goma de borrar.
- Cinco cubos medianos, de madera o acrílico (3x3 aprox.)
- El dibujo de un niño y el recorte de alguna prenda de ropa adecuada a su tamaño.
- Un frasco de pegamento que salga a presión. 10 cuentas de madera o plástico de 5mm (aprox.) de longitud con orificio pequeño.
- Una agujeta con puntas endurecidas y un nudo en el extremo.
- Unas tijeras.
- El dibujo del entorno de un payaso con sombrero cónico. En papel.

Para las habilidades de preescritura se requieren:

- Un lápiz.
- Un crayón.
- El dibujo del contorno de una figura sencilla (casa, manzana, árbol, carita)
- Líneas y figuras trazadas en una hoja de tamaño esquila, enmicada.

Línea recta vertical.
Línea recta horizontal.
Línea recta diagonal.

- Curva abierta hacia la derecha.
- Curva abierta hacia la izquierda.
- Curva abierta hacia arriba.
- Curva abierta hacia abajo
- Curva mixta (arriba y abajo)
- Figura sencilla formada por líneas rectas (casa)
- Figura sencilla formada por líneas curvas (carita).

En caso de sé necesaria la evaluación de toda el área también ser requerirá de:

- Cinco platos chicos de plástico (10 cm de diámetro aprox.)
- 5 cubos chicos de madera o acrílico (1.5 cm aprox.)
- Un tablero de bajo relieve para una solo figura geométrica (círculo, cuadrado, triangulo)
- Un tablero para pijas.
- 20 pijas.
- 5 crayones en cu caja.
- Un hilo plástico de 2mm de grosor y 25 cm de largo.
- 10 cuentas de madera o plástico con orificio grande (8mm aprox.)
- Hojas tamaño carta con el dibujo de :

Líneas rectas (5mm de grueso y 17 cm de largo)

Líneas curvas (5mm de grueso) con forma de semicírculo.

Una figura sencilla formada por líneas rectas cuadrado o contorno de una casa.

Una figura sencilla formada por líneas curvas (carita o manzana)

- Una pelota chica de 6 cm de diámetro aprox.
- Una matraca.
- Un teléfono.
- Una tuerca y un tornillo (atomillados)
- Una caja de 15x15 cm aprox.
- Una pañuelo desechable.
- Un tubo de papel higiénico.
- Un muñeco llorón flexible.
- Un timbre de boton.
- Hojas blancas con el dibujo de líneas paralela, con figuras sencillas en los extremos.

Líneas:

Rectas verticales.

Rectas horizontales

Rectas diagonales.

Curvas abiertas a la derecha.

Curvas abiertas a la izquierda.

Curvas abiertas hacia abajo.

Curvas abiertas hacia arriba.

- Hojas tamaño esquila enjicadas con el dibujo punteado de:

Rectas horizontal.

Curvas abierta a la derecha.

Curvas abiertas hacia arriba.

Curva mixta (arriba y abajo)

Figura sencilla formada por líneas curvas (carita o manzana).

Forma de aplicación.

Inicialmente proporcione la instrucción correspondiente a cada reactivo. Si no hay respuesta realice la demostración de la tarea y diga: "fíjate como lo hago yo ahora hazlo tu" si el niño no responde proporcione la ayuda mínima necesaria para instigar la ejecución de la tarea, especifique hasta que punto el niño fue capaz de realizar la tarea y que tanta ayuda requirió.

Categorías y reactivos.

Actividades integrales.

Punt. Máx.

- | | | |
|---|---|-------|
| 1. abre o cierra frasco con tapa giratoria. | 1 | _____ |
| 2. inserta 15 palillos en un orificio pequeño. | 1 | _____ |
| 3. sirve de una jarra con agua en un vaso sin derramar | 1 | _____ |
| 4. hace tres palitos con platilina. | 1 | _____ |
| 5. saca puntas a un lápiz con un sacapuntas portátil | 1 | _____ |
| 6. utiliza una goma y borra toda una línea. | 1 | _____ |
| 7. pega un recorte en el espacio correspondiente en una figura con pegamento líquido. | 1 | _____ |
| 8. forma un collar con 10 cuentas de madera en una agujeta | 1 | _____ |
| 9. recorta papel siguiendo el contorno de una figura sencilla formada por líneas rectas y curvas. | | _____ |

Movimientos de precisión.

- | | | |
|--|---|-------|
| 1. Apila objetos. | 3 | () |
| a) Platos de plástico. | | _____ |
| b) Dados grandes. | | _____ |
| c) Dados chicos. | | _____ |
| 2. Inserta objetos. | 3 | () |
| a) Figuras en su bajo relieve. | | _____ |
| b) Pijas en un tablero. | | _____ |
| c) Crayones en su caja | | _____ |
| 3. Ensarta objetos. | 4 | () |
| a) Objetos de orificio grande con hilo de plástico. | | _____ |
| b) Objetos de orificio pequeños con hilo de plástico. | | _____ |
| c) Objetos de orificio grande con agujeta. | | _____ |
| d) Objetos de orificio pequeño con agujeta. | | _____ |
| 4. Recorta papel. | 5 | _____ |
| a) Libremente. | | _____ |
| b) Siguiendo líneas rectas. | | _____ |
| c) Siguiendo líneas curvas. | | _____ |
| d) Siguiendo el contorno de una figura sencilla Formada por líneas rectas. | | _____ |
| Siguiendo el contorno de una figura sencilla | | _____ |

formada por líneas curvas.

Movimientos básicos.

- | | | |
|---|---|-----------|
| 1. manipula objetos con una sola mano
(sosteniéndolo con una mano por 10 seg) | 3 | (_____) |
| a) Pelota. | | _____ |
| b) Cubo de plástico. | | _____ |
| c) Vaso de plástico. | | _____ |
| 2. Manipula objetos con los dedos de una mano | 3 | (_____) |
| a) Pijas. | | _____ |
| b) Palillos. | | _____ |
| c) Recortes de papel. | | _____ |
| 3. Manipula de forma adecuada objetos giratorios. | 3 | (_____) |
| a) Matraca. | | _____ |
| b) Tuerca y tornillo. | | _____ |
| c) Teléfono. | | _____ |
| 4. Toma objetos colocados a diferentes
Distancias y en diversas posiciones. | 4 | _____ |
| a) Al frente a 10 cm de distancia del borde de la mesa. | | _____ |
| b) Al frente a 60 cm de distancia del borde de la mesa. | | _____ |
| c) Al lado derecho. | | _____ |
| d) Al lado izquierdo. | | _____ |
| 5. Coloca objetos dentro de recipientes. | 3 | _____ |
| a) 5 dados en una caja. | | _____ |
| b) 10 pijas en un frasco. | | _____ |
| c) Un pañuelo desechable en un tubo. | | _____ |
| 6. Extrae objetos. | 3 | (_____) |
| a) 5 dados de una caja. | | _____ |
| b) 10 pijas de un frasco. | | _____ |
| c) Un pañuelo desechable de un tubo. | | _____ |
| 7. Presiona objetos para producir un reefecto. | 3 | (_____) |
| a) Un muñeco o algo hasta que suene | | _____ |
| b) Un tubo hasta que salga el pegamento. | | _____ |
| c) Un timbre hasta que suene. | | _____ |
| Tareas de preescritura. | | |
| 1. Ilumina. | 4 | (_____) |
| a) Toma correctamente el lápiz o crayón. | | _____ |
| b) Garabatea en el papel. | | _____ |
| c) Con trazo uniforme. | | _____ |

- d) Sin pasar el contorno de una figura. _____
 e) Rellena todo el espacio dentro de una figura. _____
2. Copia líneas y figuras. 10 ()
- a) Recta vertical. _____
 b) Recta horizontal. _____
 c) Recta diagonal. _____
 d) Curva abierta hacia la derecha. _____
 e) Curvas abiertas a la izquierda. _____
 f) Curvas abiertas hacia abajo. _____
 g) Curvas abiertas hacia arriba. _____
 h) Curva mixta (arriba y abajo) _____
 i) Figura sencilla formada por líneas rectas (casa). _____
 j) Figura sencilla formada por líneas curvas (carita). _____
3. traza entre líneas paralelas. 7 ()
- a) Recta vertical. _____
 b) Recta horizontal. _____
 c) Recta diagonal. _____
 d) Curva abierta hacia la derecha. _____
 e) Curvas abiertas a la izquierda. _____
4. remarca entre líneas y figuras. 5 ()
- a) Recta vertical. _____
 b) Recta diagonal. _____
 c) Curvas abiertas a la izquierda. _____
 d) Curvas abiertas hacia abajo. _____
 e) Figura sencilla formada por líneas rectas (casa). _____
5. traza líneas y figuras uniendo puntos. 5 ()
- a) Recta horizontal. _____
 b) Curva abierta hacia la derecha. _____
 c) Curva abierta hacia arriba. _____
 d) Curva mixta (arriba y abajo) _____
 e) Figura sencilla formada por líneas curvas (carita). _____

Área personal-social.

Subárea de auto cuidado.

La subárea de auto cuidado evalúa aquellas destrezas que le permiten al niño satisfacer de manera independiente las necesidades básicas de la vida diaria, tales como hacer uso del retrete, asearse, vestirse, desvestirse y alimentarse.

Consta de 4 categorías.

Categoría.	Núm. Reactivos.	Núm. Incisos.	Puntuación máxima.
A. Control de esfínteres.	2	7	7
B. aseo personal.	5	24	24
C. Desvestido-vestido.	2	16	16
D. Habilidades de alimentación	2	8	8
Total.	11	55	55

La primera categoría determina las destrezas asociadas a comunicar la necesidad del uso del retrete.

La 2° evalúa las habilidades que permiten indicar que el ni.-o es autosuficiente para mantener cuidado de su persona en relación con partes específicas del cuerpo (manos, cara, dientes, nariz, pelo)

La 3° evalúa vestido-desvestido, la habilidad del niño para quitarse y colocarse prendas diversas.

La última categoría, habilidades de alimentación, autosuficiencia del niño en cuanto al uso de utensilios de alimentación así como la habilidad para ingerir alimentos sólidos y líquidos.

Materiales.

- Un vaso.
- Una cuchara.
- Un plato.
- Alimento semisólido (flan, gelatina o similar.)
- Líquido para beber.

También se solicitará que el niño traiga puestas las siguientes prendas de vestir.

- Una prenda superior cerrada.
- Un prenda superior abierta.
- Pantalones.

También se deberán solicitar utensilios de aseo personal, como:

- Un cepillo de dientes y una crema dental.
- Un peine o un cepillo para el cabello.

Forma de aplicación.

Las instrucciones que se darán al niño para la evaluación de esta subárea están implícitas en la tarea.

Control de esfínteres.

Punt. Máx.

1. avisa que quiere ir al baño.
(con señas o verbalmente.
a) Con señas o gestos
b) Verbalmente.

2

(_____)

2. realiza las tareas relacionadas con el uso del retrete.	5	()
a) Baja las prendas necesarias (pantalón y/ o calzón)		_____
b) Toma la posición adecuada para orinar.		_____
c) Orina dentro de la taza.		_____
d) Se sube las prendas necesarias.		_____
e) Acciona la palanca del agua.		_____
 Aseo personal.		
1. realiza el aseo de manos	7	()
a) Abre la llave.		_____
b) Se moja las manos.		_____
c) Toma el jabón.		_____
d) Se enjabona.		_____
e) Se enjuaga.		_____
f) Cierra la llave.		_____
g) Se seca las manos.		_____
2. realiza el aseo de manos.	4	()
a) Se moja la cara.		_____
b) Se enjabona.		_____
c) Se enjuaga la cara.		_____
d) Se seca la cara.		_____
3. realiza el aseo de dientes.	6	()
a) Toma el cepillo correctamente.		_____
b) Pone pasta en el cepillo.		_____
c) Cepilla los dientes.		_____
d) Cepilla muelas.		_____
e) Se enjuaga la boca.		_____
f) Escupe el agua.		_____
4. Aseo de nariz.	2	()
a) Se limpia la nariz con el pañuelo.		_____
b) Exhala sobre el pañuelo.		_____
5. realiza tareas de peinado.	5	()
a) Toma el peine correctamente.		_____
b) Se peina del lado derecho.		_____
c) Se peina de lado izquierdo.		_____
d) Se peina hacia atrás.		_____
e) Se peina adelante.		_____

Desvestido y vestido.

1. realiza tareas de vestido.

7

- a) Se quita prendas superiores.
- b) Se quita prendas inferiores.
- c) Se quita calcetines.
- d) Se quita zapatos.
- e) Baja cierres.
- f) Desabotona.
- g) Desamarrar agujetas.

2. realiza tareas de vestido.

9

()

- a) Discrimina derecho y revés de las prendas.
- b) Discrimina parte delantera y trasera de las prendas.
- c) Se pone prendas inferiores.
- d) Se pone prendas inferiores.
- e) Se pone calcetines.
- f) Se pone zapatos.
- g) Sube cierres.
- h) Abotona.
- i) Amara agujetas.

Habilidades de alimentación.

4

1. realiza las actividades necesarias para alimentarse.

- a) Permanece sentado mientras se alimenta.
- b) Utiliza cuchara.
- c) Utiliza vaso.
- d) Utiliza servilleta.

2. se alimenta correctamente.

4

()

- a) Bebe sin derramar el líquido.
- b) Ingiere alimentos diversos en forma correcta (sin ensuciar el lugar donde come, sin escupir etc)
- c) Mastica alimentos sólidos con la boca cerrada.
- d) Traga antes de introducir el bocado.

Subárea de socialización.

Permite determinar que capacidad posee el niño para relacionarse con otras personas y materiales de manera adecuada en situaciones diversas.

La característica más sobresaliente de la subárea consiste en que esta dividida en 2 secciones.

La primera incluye los aspectos conductuales positivos (socialmente aceptados o demandados) que es importante que el niño posea. La segunda se refiere a un conjunto de conductas negativas (socialmente inaceptables), que resulten incompatibles con la socialización del niño.

Categorías.	Núm. Reactivos.	Núm. Incisos.	Puntuación máxima.
A. Adaptación a diversas situaciones de evaluación.	2	4	4
B. Responsividad a la interacción social.	4	4	6
	4	4	6

C. Aproximación espontánea a otras personas.	3	6	6
D. Capacidad para involucrarse en actividades sin perturbar.	3	10	10
E. Participación en actividades grupales.			
Total.	16	28	32

La primer categoría explora la capacidad del niño pasar adaptarse a situaciones novedosas tanto en espacios como con personas.

La segunda evalúa la habilidad del niño para responder a iniciativas sociales provenientes de adultos y niños.

La tercera determina la capacidad del niño para iniciar por sí mismo una interacción con otras personas en diversas situaciones.

La cuarta evalúa las habilidades del niño para compartir de manera socialmente captable en distintas circunstancias.

Forma de aplicación.

Par la evaluación de esta área no se programa un espacio o tiempo determinado para la toma de datos. Se requiere de la observación constante de la conducta del niño a lo largo de todo el periodo de evaluación. Por lo que el orden no debe tomarse de directriz para recabar datos con excepción de la primera categoría, y la categoría de conductas incompatibles se deberá llenar y describir al final de la evaluación. Deberá de hacerse de forma concisa y objetiva.

Sección I.

Adaptación a la situaciones de evaluación.

Punt. Máx.

1.se adapta con facilidad a una situación individual.

2

(_____)

describa laceración del niño al retirarse los padres, (si llora o no cuando estos se van, si se perca de su ausencia), así como de la actitud hacia el evaluador aceptación, rechazo, etc

a) Con relación al escenario.

b) Con relación al evaluador.

2. Sé adapta con facilidad a una situación grupal en la que estén presentes niños y adultos.

2

Describa la actitud inicial del niño frente a las personas que lo rodean (si accede o se niega a permanecer en el mismo lugar que ellas, si acepta o rechaza su contacto físico, etc).

a) Niños.

b) Adultos.

Responsividad a la interacción social.

1.responde a cualquier forma de interacción social por ejemplo saluda cuando se le saluda, sonríe, etc,) proveniente de niños o adultos.

2

c) Niños.

d) Adultos.

- | | | |
|---|---|--------|
| 2. responde al contacto físico de otras personas
(permite que lo conduzcan llevándolo de la mano,
acepta que lo acaricien, etc.) | 1 | () |
| 3. responde de forma positiva al elogio social
(se entusiasma, sonríe, etc.) | 1 | () |
| 3. responde a invitaciones explícitas de niños o adultos, | 2 | () |
| 4. ya sea aceptándolas o rechazándolas. | | |

Invítelo a tomar algún alimento, haga que un niño lo invite a jugar, etc.

- a) Niños. _____
b) Adultos. _____

Describa si por ejemplo, el niño responde mecánicamente o si es expresivo, si le gusta el contacto físico o lo rechaza, si muestra preferencia por el contacto con la figura masculina o femenina etc.

Aproximación espontánea a otras personas.

Punt. Máx.

- | | | |
|--|---|--------|
| 1. Inicia cualquier forma de interacción social
por ejemplo saluda, se despide, o sonríe a otros,
se acerca a las personas, las toca, etc) | 2 | () |
| a) Niños. _____ | | |
| b) Adultos _____ | | |
| 2. expresa verbalmente o con ademanes sus deseos,
preferencias o necesidades (ejemplo. pide agua,
solicita ir al baño, etc) | 1 | () |
| 3. invita a otros a jugar. | 2 | () |

Arregle condiciones para que haya otros niños jugando en el área de juego.

- a) Niños. _____
b) Adultos¹ _____

¹ Silvia Marcotela. Inventario de habilidades básicas pág. 55-107