

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL  
DISTRITO FEDERAL  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM**

NOMBRE DE LA OPCIÓN

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

TÍTULO DEL TRABAJO

**REZAGO EN EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ FINO  
EN UNA GEMELA MENOR DE DOS AÑOS**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

**NANCY TRINIDAD NIEVES**

DIRECTORA DE TRABAJO ESCRITO

**LIC. ENF. MARÍA ESTHER JIMÉNEZ SANTANA**

**CIUDAD DE MÉXICO, 2018**



SECRETARÍA DE SALUD

Dirección de Educación e Investigación  
Subdirección de Formación de Recursos Humanos para la Salud  
Escuela de Enfermería



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TRABAJO ESCRITO

LIC. MANOLA GIRAL DE LOZANO  
DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACIÓN  
Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS DE LA UNAM  
P R E S E N T E.

Me permito informar a usted que el trabajo escrito: Rezago en el desarrollo Psicomotriz  
Fino en una Gemela Menor de Dos años

Elaborado por:

1.	<u>TRINIDAD</u>	<u>NIEVES</u>	<u>NANCY</u>	Núm. de cuenta:	<u>412504764</u>
2.					
3.					
	Apellido paterno	Materno	Nombre	Núm. de cuenta	

Alumna (s) de la carrera de: Licenciado en Enfermería y Obstetricia  
Reúne (n) los requisitos para su impresión.

Ciudad de México a 06 de agosto 2018

Nombre y firma del Asesor

Nombre y firma de la  
Directora Técnica de la Carrera



Ma Esther  
Lic. Enf. María Esther Jiménez Santana

Silvia Vega  
Lic. Enf. Silvia Vega Hernández

Secretaría de Salud del Distrito Federal  
Institución  
Escuela de Enfermería  
DIRECCIÓN  
CLAVE 3095



SECRETARÍA DE SALUD

Dirección de Educación e Investigación  
Subdirección de Formación de Recursos Humanos para la Salud  
Escuela de Enfermería

## AGRADECIMIENTO

Antes que nada quiero empezar agradeciendo a Dios por haberme dado la vida y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad y por otorgarme esta familia tan hermosa que tengo.

A mis padres por haberme dado la oportunidad de tener una excelente formación y educación en el transcurso de mi vida, por ser unas personas muy especiales en mi corazón

Gracias a mi madre Candelaria que siempre ha estado en el momento preciso por extenderme su mano, por convertir los malos pasos en momentos de reflexión, por escucharme y siempre tener algo que decirme, por ser mi cómplice en tantas travesuras y por estar a mi lado cuando más lo necesito.

A mi padre Juan quien me enseñó a valorar los resultados de un gran esfuerzo, a conocer el precio de tener una gota de sudor en la frente, por adquirirme el don de la paciencia y la reflexión, por apoyarme en cada una de mis metas a cumplir y por exigirme más de lo que yo podía dar.

A cada uno de mis hermanos: Pedro, Joel, David, por su apoyo y su comprensión a lo largo de mi vida. Por su confianza, su paciencia y haber compartido conmigo alegrías, travesuras y tropiezos de los cuales salí triunfadora, por haberme permitido estar y formar parte de sus vidas.

A mi esposo Dionicio por dejarme compartir su vida con la mía, por brindarme su amor, cariño y confianza, por saber aguantarme, perdonarme y por no dejarme caer en las situaciones más difíciles.

Al tesoro más grande que tengo en mi vida que son mis dos pequeñas Jennifer y Yeimy, por haber transformado mi vida radicalmente, por devolverme la felicidad y dibujar todos los días una gran sonrisa en mi rostro, por alimentar de amor mi corazón, y por deleitar mis oídos escuchando esas vocecitas diciéndome Mama, porque son mi razón de ser, la fuerza que necesito día a día para salir a delante y brindarles una mejor forma de vivir, las amos mis pequeñas princesas, mi vida es hermosa porque existen ustedes

A cada uno de mis profesores, pero en especial a la profesora Lic. Enf. María Esther quien me hizo ver las dimensiones que conlleva la realización de un Proceso Atención de Enfermería y que fortaleció cada uno de mis conocimientos,

por haberme dedicado tiempo y apoyo incondicional sin su ayuda no hubiera podido concluir el presente (PAE).

Ala Escuela de Enfermería de la Secretaria de Salud del Distrito Federal con estudios Incorporados a la UNAM porque gracias a ella descubrí todo un mundo dentro de sus aulas, conocí mis fuerzas y debilidades, porque me permitió conocer a personas, por darnos cobijo, un temple, una formación y por darnos los conocimientos para afrontar esta vida y vivirla a plenitud.

## INDICE

I	INTRODUCCIÓN	1-4
II	JUSTIFICACIÓN	5-7
III	OBJETIVOS	8
IV	METODOLOGÍA	9
V	MARCO TEÓRICO	
5.1	ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN DISCIPLINAR	10-15
5.2	El cuidado como Objeto de Estudio	16-22
5.3	Teorías de Enfermería	23-26
5.4	Modelos	27-28
5.5	Modelo de Virginia Henderson	29-32
5.6	Cuidados básicos según el modelo de Virginia Henderson	33
5.7	Metaparadigma	34-35
IV	EL PROCESO DE ENFERMERÍA COMO HERRAMIENTA METODOLÓGICA PARA DAR CUIDADO	36
6.1	Valoración	36
6.1.1	La valoración tiene como objetivo	37
6.1.2	Para la recolección de datos se necesita	37
6.1.3	Tipos de datos	38
6.2	Etapa diagnóstica	38-39
6.2.1	Los pasos de esta etapa	40
	Formulación de problemas, Diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes.	40
6.2.2		
6.2.3	Tipos de diagnósticos	41
6.3	Etapa de planeación	41
6.3.1	Objetivos del plan de cuidados	42
6.3.2	Elaboración de las actuaciones de enfermería	42
6.4	Etapa de ejecución	43
6.5	Etapa de evaluación	44
6.5.1	El proceso de evaluación consta de dos partes	44-45
VII	PROCESO ATENCION ENFERMERIA ORIENTADO AL NEURODESARROLLO INFANTIL	46
7.1.	Desarrollo neurológico	47
7.1.1	Desarrollo embriológico	48-50
7.1.2	Signos tempranos de alarma	51
7.2	Proceso del desarrollo neurológico	52
7.2.1	Desarrollo motor grueso	52

7.2.2	Desarrollo motor fino	52
7.2.3	Desarrollo sensorial	53
7.2.4	Desarrollo visual	53
7.2.5	Desarrollo Auditivo	54
7.2.6	Desarrollo del tacto, gusto y olfato	54
7.2.7	Desarrollo del lenguaje	55
7.3	Teorías del desarrollo infantil	56
7.3.1	Teorías del desarrollo psicosexual Freud (1856-1939)	56
7.3.2	Teoría del desarrollo psicosocial de Erikson (1902-1994)	57
7.3.3	Teoría del desarrollo cognitivo de Jean Piaget	58-59
VIII	DESARROLLO DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA	
8.1	Ficha de identificación	60
8.2	Presentación del caso clínico	60
8.3	Antecedentes no patológicos	61
8.4	Antecedentes biológicos	61
8.5	Exploración Física cefalocaudal	62
8.6	Datos demográficos	63
8.7	Familiograma	63-64
8.8	Antecedentes patológicos	
8.8.1	Enfermedades comunes de la infancia	65
8.9	Inmunizaciones	66
8.10	Valoración de las 14 Necesidades	67-73
8.11	Análisis de las 14 Necesidades	73
8.12	Conclusión de los diagnósticos de enfermería	74
8.13	Jerarquización de Necesidades	75
8.14	Diagnóstico de enfermería	76-83
8.15	Jerarquización de necesidades con la evaluación del desarrollo infantil (EDI)	84
8.16	Plan de Atención de Cuidados con el Método PES	85-90
X	MARCO LEGAL	91
9.1	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	91
9.1.1	Artículo 1°	91
9.1.2	Artículo 4°	92
9.2	Ley General de salud	93
9.2.1	Artículo 1°	93
9.2.2	Artículo 2°	93
9.3	Atención materno infantil	93
9.3.1	Artículo 61°	93
9.3.2	Artículo 62°	94

9.3.3	Artículo 63°	94
9.3.4	Artículo 64°	94
9.3.5	Artículo 65°	95
9.4	NORMAS OFICIALES MEXICANAS	95
	Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio, de la Persona Recién Nacida.	95
9.4.1	Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud.	96
9.4.2	Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la Atención a la Salud del Niño.	97
9.4.3	Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA2-1993, Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente.	98
9.4.4	Criterios y Procedimientos para la prestación del servicio. Decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros en México	99
9.5		
9.5.1	Los deberes de las enfermeras para con las personas	100
9.5.2	Los deberes de las enfermeras como profesionistas	101
9.5.3	Los deberes de las enfermeras para con sus colegas	102
9.5.4	Los deberes de las enfermeras para con su profesión	102
9.5.5	Los deberes de las enfermeras para con la sociedad	103
9.6	Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México	103
9.7	Derechos de la Infancia y Adolescencia en México.	104
9.7.1	El derecho a la supervivencia y al desarrollo	105
9.7.2	Desarrollo infantil temprano en México	105
9.7.3	Salud materna e infantil	106
9.8	Carta de los Derechos Del Paciente	106-109
X	Conclusiones	110-111
XI	Bibliografía	112-116
XII	Anexos	117-128

## I.-INTRODUCCIÓN.

El presente Proceso Atención de Enfermería (PAE) muestra la importancia de las principales funciones de los procesos de desarrollo cerebral, las características del desarrollo neurológico normal en las diferentes áreas: motora gruesa y fina, lenguaje, sensorial y socialización; es por ello que fue aplicado a dos gemelas lactantes menores de dos años de edad, con la finalidad de valorar el neurodesarrollo en sus diferentes áreas cognoscitivas.

En el ámbito de la enfermería, el cuidado del desarrollo neurológico del niño es una nueva cultura que impacta en la forma de administrar y organizar los cuidados de enfermería, los cuales se deben basar en una filosofía que abarque los conceptos de interacción dinámica entre recién nacido, familia, el ambiente y con intervenciones dirigidas a proteger el sistema nervioso central de los recién nacidos prematuros y enfermos. Los profesionales de la enfermería deben comprender que cada niño es un ser humano único, que requiere de una valoración completa que es un deber ético y moral el tener una mirada crítica sobre la práctica diaria

Este trabajo está estructurado en 4 capítulos, que nos ayudaran a entender en forma concreta la trascendencia que tienen los cuidados de enfermería en la atención de los recién nacidos prematuros y la vigilancia de su desarrollo neurológico normal.

En el **capítulo 1** se encontrará el Marco Teórico en donde se desarrolla la Enfermería como Profesión disciplinar, la cual se sintetiza en conocimientos científicos, la disciplina que debe sustentarse en un marco filosófico y epistemológico. Conoceremos el cuidado como objeto de estudio en donde se menciona que la enfermería es una profesión orientada a cuidar; como lo

menciona Florencia Nightingale<sup>1</sup>, “el cuidado”, es el elemento de la atención de la salud propio de la enfermería.

En este mismo capítulo se citarán las diversas teorías de enfermería, porque la evolución de la enfermería radica en la génesis de las teorías. Ann Marriner<sup>2</sup> las define como un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, mediante el diseño de las interrelaciones específicas entre los conceptos para describir, explicar y predecir dicho fenómeno. Esta autora también define los modelos conceptuales como la idea que se explica a través de la visualización simbólica y física.

De tal forma que este PAE se fundamenta en el Modelo de la Dra. Virginia Henderson debido a que se basa en las necesidades humanas y desarrolla una definición de la enfermería, en la cual otorga un rol complementario/suplementario en la satisfacción de las 14 necesidades de la persona, a través de los cuidados básicos de enfermería, también legitima y clarifica la función de la enfermera como profesional independiente en sus actividades asistenciales, docentes, investigadoras y gestoras. Se comprende el metaparadigma de enfermería, el cual se basa en la búsqueda de aspectos comunes de la práctica y contiene cuatro constructos: la persona, la salud, la sociedad/ambiente o contexto y la enfermería.

La herramienta metodológica que se utiliza para el cuidado de enfermería aplicado a las gemelas lactantes menores de dos años es PAE el cual está enfocado en las intervenciones propias de enfermería, ya que por su carácter metodológico es indispensable para la interacción la enfermera, el paciente y brinda una serie de capacidades, habilidades , destrezas y técnicas en su aplicación.

---

<sup>1</sup> Sandra Luévano Ford. Aventuras del Pensamiento, El arte del Cuidado de Enfermería de Florencia Nightingale, Facultad de Enfermería y Nutriología/Universidad Autónoma de Chihuahua, Enero-Marzo 2008 pág. 1-3

<sup>2</sup> Ann Marriner Tomey, Martha Raile A. ;Modelos y teorías en enfermería ; Historia y filosofía de la ciencia, Séptima Edición; 2011

En el **capítulo 2** se cita el Proceso Atención de Enfermería y se describen las cinco etapas: La valoración, el diagnóstico, la planeación, la ejecución, y evaluación. Mismo que se define como el sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de la persona, mediante la identificación de necesidades de salud, así como su jerarquización a fin de satisfacerlas con mayor eficacia al proporcionar cuidados de enfermería; incluye la planificación, la administración de los cuidados y la evaluación de los resultados, ya que su objetivo es construir una estructura que pueda cubrir la problemática del paciente, individualizando sus necesidades; identificando necesidades reales y potenciales; establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios y actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

En el **capítulo 3** se presenta el marco de referencia del desarrollo neurológico desde la etapa embrionaria hasta su plena madurez, entendiendo como neurodesarrollo al proceso pre-programado, secuencial, continuo, ordenado, universal y repetitivo que se manifiesta por medio de conductas o habilidades específicas, siempre y cuando exista una relación adecuada entre la estructura y la función cerebral. **Ávila**<sup>3</sup>, para comprender el proceso del desarrollo neurológico del sistema motor grueso, motor fino, sensorial, visual, auditivo, lenguaje. Así mismo, se retomaron las teorías de Sigmund Freud (Teoría del Desarrollo Psicosexual); Erik Erickson (Teoría de la Evolución Psicosocial de la Conducta) y Jean Piaget (Teoría Cognitiva).

Posteriormente se desarrollan cada una de las etapas del PAE enfocadas en el caso clínico aplicado a las gemelas de dos años , manifestando antecedentes Heredofamiliares, Antecedentes no Patológicos, Biológicos y Exploración Física Cefalocaudal. Como instrumento de valoración se aplicaron las 14 necesidades del Modelo Virginia Henderson. También se utilizó la Prueba de Exploración Neurológica para Niños Menores de Cinco Años y la Prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI) que tienen como objetivo la identificación y el diagnóstico temprano de las discapacidades para realizar la referencia oportuna al

especialista, dar un seguimiento adecuado del niño con discapacidad y brindar a la familia un adecuado soporte.

Para la intervención de enfermería se realizó la jerarquización las necesidades alteradas en la valoración de las 14 necesidades con base a la taxonomía NANDA, NOC y NIC, se plantearon diagnósticos de enfermería, como también se elaboraron Planes de Cuidados de Enfermería PLACE. Así mismo, para resultados que arrojaron la Prueba de Exploración Neurológica para Niños Menores de Cinco Años y la Evaluación del Desarrollo Infantil de rezago en el desarrollo del sistema motor fino, lenguaje y social, se elaboraron los diagnósticos con formato PES debido a que no se encontraron etiquetas NANDA y se implementó un plan de cuidados tradicional.

El **capítulo 4** hace referencia al marco legal en el que se abordan las políticas públicas vigentes a la legislación del desarrollo infantil contenidas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y La Ley General de Salud, los cuales se enfocan en promover acciones de desarrollo infantil, desarrollo integral de los niños y la niña, particularmente en materia de salud, alimentación y educación, a través de la implementación de acciones coordinadas dirigidas a fomentar el desarrollo de capacidades para ofrecer a los niños y niñas prácticas de crianza saludables, estimulación temprana y reforzar la acción comunitaria en el desarrollo infantil, la educación inicial y atención materno- infantil, también se hace mención de los documentos normativos como son las Normas Oficiales Mexicanas más relevantes en el tema, el Decálogo del Código de Ética para Enfermeras y Enfermeros de México, los Derechos de la Infancia y Adolescencia en México y la Carta de los Derechos del Paciente.

## **II.-JUSTIFICACIÓN.**

En México, los niños y niñas de 0 a 5 años de edad se encuentran en mayor desventaja en comparación con los otros grupos de población infantil, dado que son quienes reciben el menor porcentaje del gasto público y presentan el menor nivel de desarrollo humano. En ese sentido, existe una mayor equidad tomando en cuenta las necesidades de la infancia, permite atender de forma temprana y oportuna a la población con mayores carencias, evitar la acumulación de rezagos a lo largo de la vida, promover el goce efectivo de los derechos y fomentar la igualdad de oportunidades.

El 4 de diciembre de 2014 se publicó la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, la cual establece, por primera vez en la historia del país, la creación de un Sistema Nacional de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. En 2015, UNICEF distribuye la tarjeta Mejorando el Desarrollo de mi Hija o Hijo, una sencilla herramienta para padres y madres que los guía sobre el desarrollo físico, mental y emocional que debe tener todo niño entre los 0 y los 5 años.

Los primeros años de los niños y niñas determinan, en gran medida, cómo serán sus vidas en el futuro; por ello, todos los esfuerzos y programas dirigidos a la primera infancia deben garantizar el cumplimiento pleno de sus derechos. De acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social CONEVAL, en 2014, un 63.2% de las y los niños de menos de 6 años vivían en hogares con niveles de ingreso insuficientes para acceder a los bienes y los servicios indispensables para satisfacer sus necesidades. Esta realidad era aún más complicada en los municipios de alta y muy alta marginación, donde una de cada 10 personas era un niño o niña menor de 6 años. La fuerte dispersión poblacional en los municipios más marginados complica sustancialmente la atención de las niñas y los niños que habitan en éstos. El aislamiento que se vive en zonas rurales, así como la falta de servicios (desde agua y caminos

pavimentados, hasta servicios de desarrollo infantil temprano) provoca que algunas de las familias más pobres no tengan la posibilidad de afrontar los costos de trasladarse a cabeceras municipales o comunidades más pobladas donde pueden acceder a éstos. Tomando en consideración ese panorama, en colaboración con la Fundación IDEA, realizamos un estudio para identificar y analizar aspectos como la oferta de servicios de desarrollo infantil temprano que recibe la población más pobre en el país. Analizamos las condiciones efectivas de acceso, pertinencia y satisfacción de los programas públicos que los atienden y, en especial, cómo son recibidos por la población que vive en siete de los municipios con menor Índice de Desarrollo Humano (IDH).<sup>3</sup>

En México, como en el resto de América Latina, existen lineamientos para vigilar el desarrollo infantil y para capacitar a los promotores de salud, sin embargo, no existen estadísticas epidemiológicas sobre la vigilancia que llevan a cabo en esta población. Los datos oficiales disponibles son ambiguos y no aportan información en torno al neurodesarrollo, sólo consideran algunas discapacidades en niños de 0 a 14 años, como la motriz, visual, auditiva, mental, de lenguaje, de autosuficiencia, de atención y aprendizaje. Se estima que 1.6% sufre alguna o varias de esas discapacidades, y cuando la población infantil es de habla indígena aumenta a 2.8%.<sup>4</sup>

Cabe mencionar que, en el 2014, según los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), hay en México cerca de 120 millones de personas. De ellos, casi 7.2 millones reportan tener mucha dificultad o no poder hacer alguna de las actividades básicas por las que se indaga (personas con discapacidad), alrededor de 15.9 millones tienen dificultades leves o moderadas para realizar las mismas actividades (personas con limitación) y 96.6 millones de personas indican no tener dificultad para realizar dichas actividades.

---

<sup>3</sup> Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) México, informe Anual 2015

<sup>4</sup> Dr. Abelardo Ávila Curiel, Mtra. Marsela A. Álvarez, Vigilancia Epidemiológica del Neurodesarrollo Infantil en Comunidades Marginales de México Prueba de Tamiz para Evaluar el Neurodesarrollo Infantil; nov. 2013

De acuerdo con los datos de la ENADID 2014, los tipos de discapacidad más frecuentes a nivel nacional son: caminar, subir o bajar usando sus piernas (64.1%) y ver, aunque use lentes (58.4 por ciento) y en el extremo opuesto se ubica la dificultad para hablar o comunicarse (18 por ciento). entre la población infantil (0 a 14 años), destaca el porcentaje de quienes tienen dificultades para hablar o comunicarse (45.6%) y para bañarse, vestirse o comer (37.4 por ciento). Finalmente, entre los jóvenes (15 a 29 años) con discapacidad, las dificultades para ver (44.6%) son las más frecuentes.

La discapacidad puede afectar a cualquier persona de muchas maneras durante su ciclo de vida, y las causas que la provocan también son diversas. Existen personas con discapacidad que la tienen desde el nacimiento y otras que la adquieren durante su vida, ya sea por accidente, enfermedad, proceso de envejecimiento o un hecho violento. Disponer de datos sobre el origen de la discapacidad es importante para la implementación de políticas públicas a favor de este sector de la población. Por cada 100 personas con discapacidad, 41 la adquieren por enfermedad, 33 por edad avanzada, 11 por nacimiento, nueve por accidente, cinco por otra causa y uno por violencia.

Tradicionalmente el hablar alguna lengua indígena se considera un factor de vulnerabilidad. De manera que la población con discapacidad, al poseer esta característica, puede verse doblemente vulnerable. Por ello, resulta importante conocer las dimensiones que alcanza el número de personas que comparten estas características. En 2014, la prevalencia de la discapacidad entre la población de 3 años y más hablante de lengua indígena del país es de 7.1%, lo que la ubica por encima de la prevalencia observada entre el total de la población (6.0 por ciento).<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía; Estadísticas a propósito del día internacional de las personas con discapacidad; diciembre 2015

### III.-OBJETIVOS.

#### General

Implementar un Proceso Atención de Enfermería con base al modelo de Virgínea Henderson en 2 lactantes gemelas menores de 2 años, con antecedentes de prematuréz de 36 semanas de gestación (SDG), dirigido a desarrollar y potencializar las funciones cerebrales de las menores mediante tecnologías de estimulación temprana a fin de prevenir problemas posteriores en su desarrollo.

#### Específicos

- Valorar el crecimiento y desarrollo biológico, psicológico y social de gemelas menores de 2 años, con antecedentes de prematuréz de 36 semanas de gestación (SDG), con base al modelo de las 14 necesidades de Virgínea Henderson y las Pruebas de Exploración Neurológica para Niños Menores de Cinco Años y la de Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI)I.
- Identificar las necesidades y/ o problemas que pudieran estar alteradas específicamente en su desarrollo neurológico de manera oportuna a fin de prevenir cualquier complicación.
- Estructurar un plan de cuidados de enfermería que nos permita dar respuesta a las necesidades identificadas mediante el diseño de diagnósticos de enfermería con el fin de implementar intervenciones tomando como referencia la taxonomía NANDA, NOC, NIC.
- Evaluar cada una de las etapas de dicho Proceso de Atención de Enfermería basado en la Estimulación Temprana en lactantes menores de 2 años.

#### **IV. METODOLOGIA**

Se selecciona la opción de titulación de trabajo escrito con replica oral, mediante la elaboración de un Proceso Atención de Enfermería (PAE) en el que se plantea el tema del neurodesarrollo en el lactante, por lo que se eligen dos lactantes gemelares menores de dos años.

Se da inicio con un marco teórico en donde se efectúa los antecedentes relevantes de la enfermería, así como la disciplina profesional, también encontraremos el desenvolvimiento del neurodesarrollo en sus diferentes áreas cognoscitivas. Posteriormente se desarrollan las diversas etapas del modelo sistemático con el instrumento de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson, donde se ponen en práctica los conocimientos teóricos y prácticos. Cabe referir que dicha valoración fue respaldada por el instrumento de Valoración Neurológico (EDI) Evaluación Desarrollo Infantil.

Al identificar las necesidades alteradas estas se priorizaron para dar continuación con la elaboración de diagnósticos de enfermería con apoyo de la taxonomía NANDA, NOC, se lleva a cabo la implementación de un plan de intervenciones de enfermería con el NIC. Así mismo se modifican los diagnósticos para enfocarlos en la valoración EDI ya que dicho instrumento va acorde con el neurodesarrollo.

Anteriormente se da lugar al marco legal, al término de este PAE se procesa la información obtenida durante el desarrollo del estudio, y se integra en un solo documento para la revisión general del trabajo, se realiza una revisión más por parte del personal docente de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud del Distrito Federal con estudios incorporados a la UNAM., se recaban firmas para la autorización de impresión y empastado del trabajo, se hace entrega de ejemplares a la biblioteca Central de la UNAM, quedándose un ejemplar en la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud del Distrito Federal con estudios Incorporados a la UNAM.

## CAPITULO 1

### V. MARCO TEÓRICO.

#### 5.1 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN DISCIPLINAR

La primera vez que aparece la noción de “**necesidades humanas básicas**” fue durante el seminario internacional realizado México en 1974 patrocinado por UNCTAD (United Nation Conference on Trade and Development) y por el UNEP (United Nations Environmental Program) llamado también “Declaración de Cocoyoc”. En la cual el concepto de necesidad humana cambio en el sentido de desarrollo de los seres humanos y no del desarrollo de países o producción de bienes materiales.

A partir de ese evento surgen algunas teorías sobre las necesidades básicas, entre estas esta la teoría de la jerarquía de necesidades humanas de Abraham Maslow, son “impulsos que surgen instigados por un estado de tensión del sujeto frente a una carencia específica”; por lo que cuando faltan bienes para cubrirla y para su superación, se impone al sujeto prioridades para continuar su vida individual; dentro de estas necesidades se encuentran: las necesidades fisiológicas o básicas como alimento, abrigo, agua, descanso, sexo; necesidad de seguridad del “yo”; necesidad de pertenencia; y necesidad de libertad e Independencia. Desde la Antropología es “aquello que es condición necesaria para la existencia del ser humano, condición necesaria para que una sociedad exista a través del tiempo.”<sup>6</sup>

En salud, necesidad es un estado de enfermedad percibido por el individuo y diagnosticado por el médico, es la perturbación de la salud y del bienestar. Cuando nace una necesidad se constata una diferencia entre una situación óptima

---

<sup>6</sup> Aposta revista de ciencias sociales ISSN 1696-7348 Disponible: <http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/monpuiglob.pdf>nº 54, Julio, agosto y septiembre 2012

(de acuerdo a los valores sociales de un momento histórico determinado) y la situación observada en la actualidad (diferencia que se desea reducir) en consecuencia, la atención integral de las necesidades del ser humano, aislada o colectivamente, está sujeta a una viabilidad que depende tanto del contexto sociocultural como de los factores situacionales y emocionales.

En enfermería, como en toda profesión social es necesario conocer y reconocer la relación que existe entre el conocimiento de los hechos (conocimiento propositivo) y el conocimiento involucrado en las actividades de la práctica para esta disciplina, por lo que la satisfacción de las necesidades del ser humano es de vital importancia ya que de ello depende su supervivencia; entendiendo como **“necesidad”** a la deficiencia o ausencia de salud determinada a partir de criterios biológicos que conducen a la toma de decisiones de prevención, control, tratamiento y erradicación.<sup>7</sup>

Con base en lo anterior, la profesión de enfermería debe responder a las necesidades del ser humano, cuestionarse sobre la naturaleza, alcance y objeto de conocimiento, teniendo siempre en mente el saber que utiliza para cuidar y el cuerpo de conocimientos propios de su profesión, razón por la cual, la disciplina debe sustentarse en un marco filosófico y epistemológico.

En lo que respecta al primero, la palabra filosofía literalmente significa **“amor a la sabiduría”**, se deriva de la combinación de los sustantivos griegos “philia”, que significa amor, y “sophia” que quiere decir sabiduría. Definida de esta manera, la filosofía es una ciencia que integra a la lógica, la ética, la estética, la metafísica y la epistemología. En enfermería, la filosofía se entiende como la **“investigación de las causas y las leyes que sustentan la realidad”**, indaga la naturaleza de

---

<sup>7</sup> Krmptotic, Claudia (2000): El Concepto de Necesidad y Políticas de Bienestar; Espacio editorial; Bs. As.; Argentina

las cosas sobre la base del razonamiento lógico, y no de métodos empíricos. Ann Marriner<sup>8</sup>.

Se ha señalado que la filosofía se distingue de las demás ciencias por sus fines como lo es la búsqueda de las razones fundamentales de todo aquello que es susceptible de ser conocido. Las ciencias se benefician de la filosofía esencialmente por que esta rige sus métodos a través de la lógica y la ética. Si bien es cierto que existen diferencias entre los fines específicos de la filosofía y los de las distintas ciencias, tanto la filosofía como las ciencias comparten la meta de incrementar los conocimientos de la humanidad.

En el caso de la disciplina de enfermería “sirve para recordarle a la profesión su sistema de creencias, guiarla en la obtención de metas éticas dentro de la educación, practica e investigación y dirigir el desarrollo de la base teórica de la práctica”. Por otra parte, se ocupa de algunos problemas fundamentales del ser humano en torno a la indagación por comprender el procedimiento correcto del razonamiento, la certeza de la verdad, la comprensión de la realidad, la verdad absoluta, la divinidad del ser humano, el mundo y la búsqueda de la forma correcta de vivir. Aspectos esenciales reunidos en torno a la lógica, la ontología, la cosmología, la psicología filosófica y la ética o filosofía moral, vinculados directamente en el ejercicio cotidiano de la profesión.

Con respecto a la **Lógica**, le sirve para comprender la función o el acto del razonamiento que constituye el elemento crítico de la mente, debido a que es considerada como la fuente de capacidad que tienen los seres humanos para aprender.

La Ontología o “ciencia de **“Ser”**”, piedra angular de la disciplina ya que el sujeto del cuidado es el Ser como la persona y quien los proporciona, es el Ser-persona-enfermera(o).

---

<sup>8</sup> Ann Marriner Tomey, Martha Raile A.; Modelos y teorías en enfermería; Historia y filosofía de la ciencia, Séptima Edición; 2011

La **Cosmología** se encarga de los cuerpos como seres reales materiales, con o sin vida. Entendiendo como cuerpo a la sustancia material que se extiende en el espacio en varias dimensiones, en el caso de enfermería, esta se ocupa de los cuerpos vivos, sin embargo, el elemento entorno del metaparadigma incluye a todos los seres materiales e inmateriales, Rogers<sup>9</sup> considera que la **Psicología fisiológica** del “hombre y el medio ambiente intercambian materia y energía en forma constante” siendo esta la esencia del proceso de la vida que evoluciona irreversiblemente y en una dirección a lo largo del tiempo y del espacio”.

En cuanto al problema de la **ética y filosofía moral** en la perspectiva de la disciplina de enfermería, se considera como parte fundamental de su práctica profesional, los cuestionamientos constantes ¿qué es lo correcto o lo incorrecto? ¿qué es el Ser y el Deber Ser?, cotidianamente se presentan cuando tiene que enfrentar la toma de decisiones al llevar a cabo las tareas que les corresponden, Curin<sup>10</sup> considera que la enfermería es un arte moral y afirma que **“el propósito final de la enfermería es el bienestar de otros seres humanos”**.

Con relación al desarrollo del marco epistemológico, la palabra epistemología proviene (del griego, episteme, “conocimiento”, logos, teoría) rama de la filosofía que trata de los problemas filosóficos que rodean a la teoría del conocimiento; Ann Marriner<sup>1</sup> define al conocimiento como la “consciencia o percepción de la realidad adquirida a través del aprendizaje o la investigación”. Su estudio se inicia en el renacimiento como una de las revoluciones científicas más importantes del siglo XVII. La epistemología también es considerada como la primera etapa de la filosofía, su competencia es el estudio del concepto del conocimiento. Mario Bunge la define como la teoría del conocimiento científico; estudia el origen y carácter del conocimiento, se ocupa de la definición del saber y de los conceptos relacionados, de las fuentes, los criterios, los tipos de conocimiento y el grado con

---

<sup>9</sup> José A. Morán. Instituto Bilingüe Ágora, Filosofía y Ciencias Políticas. 15/11/2009. Pág., 01-22

<sup>10</sup> Severino Rubio Domínguez. ENEO-UNAM. Antología Fundamentación Teórica para el cuidado; división de educación continua y desarrollo profesional; Enero 2005. Pag.69-83

el que cada uno resulta cierto; así como la relación exacta entre el que conoce y el objeto conocido.

Con respecto al desarrollo del conocimiento de enfermería, Newman, Sime y Corcoran-Perry<sup>3</sup>, establecen que esta disciplina se distingue por ser una área o propiedad específica de investigación que representa una creencia compartida entre sus miembros y su razón de ser, su importancia social está definida por su núcleo del cual deriva su sistema de creencias, valores y compromiso social, la naturaleza de sus servicios y su área de responsabilidad para el desarrollo de su conocimiento en particular. Para Durán, es "**el estudio del cuidado de la experiencia o vivencia de la salud humana**", está integrado por el desarrollo científico general del cual recibe influencias, de los modelos generales de la ciencia, de la ontología, y de la metodología.

Con base en lo anterior, del desarrollo del conocimiento de enfermería ha surgido su marco epistemológico, el cual se define como el conocimiento que se genera a partir del desarrollo de su núcleo disciplinar descrito por Valenzuela<sup>11</sup> como “el cuidado de las personas, familia y comunidad, vistas desde un punto de vista contextual”, en respuesta a las necesidades de la práctica profesional. Esta evolución ha ayudado a esclarecer su significado como disciplina profesional, en este sentido su núcleo se ha ido conformando y fortaleciendo paulatinamente a través de la investigación científica, integrando por los elementos que a continuación se mencionan:

- a) La perspectiva: Definida por la naturaleza de enfermería como una ciencia humanística que contempla los aspectos de la práctica de la enfermería, las relaciones de cuidado que se desarrollan entre los usuarios y las enfermeras/os y la perspectiva de salud y bienestar.

---

<sup>11</sup> Sandra Valenzuela Suazo; Fundamentos Teóricos de enfermería, segunda edición; 2009

- b) El dominio: Conformado por los conceptos y los problemas más importantes de la disciplina; los procesos de valoración, el diagnóstico y la intervención; los instrumentos para la valoración y los diseños y las metodologías de investigación propias de la disciplina.
- c) Las definiciones y conceptos aceptados por la enfermería: Según Meleis<sup>12</sup>, están relacionados con el manejo de los fenómenos del dominio y a su vez, se sustentan en las teorías de enfermería, cuyas fuentes fundamentales son la práctica integral, el paradigma biomédico, la experiencia de las enfermeras(os), los roles, las ciencias básicas, el Proceso de Atención de Enfermería, los diagnósticos y las intervenciones.
- d) Los patrones de conocimiento: Contemplan los patrones de comprensión; perspectivas del conocimiento (empírica, de orientación de género feminista y teórico-crítica); patrones de teorización (teorías clínicas, teorías conceptuales y teorías empíricas), y formas de conocer propias, constituyen los fundamentos ontológicos y epistemológicos de la disciplina que deben generarse y probarse por diversos medios de indagación científica.

Jacqueline Fawcett y Margaret Newman<sup>13</sup> (1991) plantearon que el núcleo de la disciplina de la enfermería, o núcleo paradigmático, podría enmarcarse en la declaración: **"la enfermería es el estudio del cuidado de la experiencia o vivencia de la salud humana"** manifestando que esta declaración incluye los conceptos comúnmente identificados con la enfermería.

---

<sup>12</sup> Meléis A I. Enfermería Teórica: Desarrollo y progreso, teorías de las transiciones; 2013; disponible en [http://teoriasenfermeras.blogspot.mx/2013/06/teoria-de-las-transiciones\\_1.html](http://teoriasenfermeras.blogspot.mx/2013/06/teoria-de-las-transiciones_1.html)

<sup>13</sup> Villalobos M.M Duran; Marco Epistemológico de la Enfermería; Octubre (2002). Bogota Colombia. Disponibles en <https://sites.google.com/site/portafolioenfermeriaucr/epistemologia-de-la-enfermeria>

Por otra parte, Bárbara Carper<sup>6</sup> propuso cuatro formas o patrones de conocimiento propias de la enfermería empírica o ciencia de la enfermería: el Empírico cuyas expresiones son la teoría científica, los modelos para la práctica, la explicación y predicción de hechos; el Ético o conocimiento moral de la enfermería, caracterizado por expresiones de teorías éticas, códigos, normatividades y estándares; el Personal expresado de sí mismo y el del ser a quien se da cuidados y el Estético o el arte de la enfermería que se manifiesta por el acto artístico.

Para Fawcett<sup>6</sup>, los conceptos del metaparadigma de enfermería surgen con base en la búsqueda de aspectos comunes de la práctica, en los cuales se han identificado cuatro constructos: la persona, la salud, la sociedad/ambiente o contexto y la enfermería. En el primero, la persona es vista como sujeto de adaptación o receptor del cuidado de enfermería. La familia, como el colectivo, grupos o comunidades que engloban el concepto de persona. El segundo se refiere al ambiente que representa el escenario donde se crece, interactúa y se desarrolla la persona y en el que se reconocen los componentes sociales, culturales, espirituales, físicos y psicológicos. El tercero es la salud considerada como la representación de la calidad de vida, el cuarto la enfermería cuya la finalidad es la acción como proceso dinámico.

## 5.2 El cuidado como Objeto de Estudio

El término **cuidado** proviene del latín **cogitare** que quiere decir **pensar**. Cuidar para Collière<sup>14</sup> es un acto de vida que representa una variedad de actividades dirigidas a mantener y preservar la vida y permitir que ésta continúe y se reproduzca. menciona que la enfermería es una profesión orientada a cuidar, “**to care**” y curar “**to cure**”, siendo su responsabilidad abogar por el bienestar del paciente como un ser humano integral, con inclusión de sus necesidades biológicas, físicas, psicológicas, sociales, económicas y espirituales. Para

---

<sup>14</sup> Esp. Card. Lic. Carolina Ortega Vargas. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, Vol. 10, Núm. 3 septiembre-diciembre 2002 pág. 88-89.

Florencia Nightingale<sup>15</sup>, “**el cuidado**”, es el elemento de la atención de la salud propio de la enfermería, reconoció que el propósito de la enfermería no se limitaba a cuidar a los enfermos en los hospitales, sino que también ayudar a la gente a vivir.

A lo largo de la historia de la humanidad en la lucha por la supervivencia del hombre siempre ha habido una persona (la mujer) que ha cuidado a los niños, enfermos, heridos. Colliere afirmaba que desde tiempos remotos, los hombres se han preocupado de asegurar la continuidad de la vida del grupo y perpetuar la especie, organizando las tareas para asegurar la cobertura de una serie de necesidades: alimentación, protección de intemperies, defensa del territorio, salvaguarda de los recursos y de las enfermedades, en este sentido, la práctica de los cuidados tiene el objetivo de *"asegurar el mantenimiento y la continuidad de la vida"*<sup>16</sup>

Históricamente el cuidado es el más antiguo de los oficios, en el devenir del tiempo, la mujer ha tenido un papel preponderante como cuidadora en las actividades de alimentar, proteger del frío y calor, movilización etc. en un concepto más amplio del cuidado *representa una serie de actos para asegurar la satisfacción de una serie de necesidades indispensables para la vida, con el objetivo de hacer retroceder a la muerte,*" utilizándose métodos elementales para responder a las necesidades de los individuos.<sup>17</sup>

El hombre primitivo tuvo que adaptarse al medio para cubrir sus necesidades básicas y perpetuar la especie, a través del tiempo, fue configurando una organización social para las actividades del cuidado, los cuales comenzaron a

---

<sup>15</sup> Sandra Luévano Ford. Aventuras del Pensamiento, El arte del Cuidado de Enfermería de Florencia Nightingale, Facultad de Enfermería y Nutriología/Universidad Autónoma de Chihuahua, enero-marzo 2008 pág. 1-3

<sup>16</sup> Colliere, M.F Promover la Vida, Paris, Ed: Interditions, 1982, p.24.

<sup>17</sup> Riopelle, L. "Evolution des soins infirmiers à travers des âges", enIndividualisation des soins Infirmiers, Québec: Ed. McGraw-Hill, 1982, Pág.2)

ejercerse mediante un plan estructurado y con los medios que tenían a su alcance, principalmente en torno a la alimentación como un medio de supervivencia del grupo y de la especie a través del conocimiento de las condiciones naturales del entorno y la regularidad de los fenómenos climatológicos en un concepto de ayuda de las sociedades primitivas.

Durante esta etapa nace de manera incipiente la enfermería, la cual estuvo a cargo de la mujer, quien a partir de las propias experiencias de su cuerpo, saberes transmitidos de madres a hijas y del empirismo adquirido por la observación, fue cuidando una serie de enfermedades a partir de regímenes y de extractos de plantas que se administraban de diferentes maneras (vahos, enemas, gargarismos, cataplasmas, infusiones, etc).<sup>18</sup>

En la Edad Media, a partir de una estructuración social nueva denominada sistema feudal, la gente se agrupaba alrededor de los castillos y los monasterios para defenderse de las invasiones, surgieron las enfermedades favorecidas por la mala nutrición y las condiciones de insalubridad; estos se convirtieron en centros de cultura y de asistencia a los enfermos, en cada monasterio existía un hospital con salas de hombres a cargo de hombres y sala de mujeres a cargo de mujeres, sin embargo, poco a poco los monjes y monjas fueron desplazando a las mujeres que siempre habían prodigado los cuidados de Enfermería y dio comienzo que Collière denominó etapa de la "*Mujer Consagrada*".

A partir de esta época se pierden las prácticas y rituales que durante siglos habían sido útiles y según el pensamiento de los religiosos a cargo de los hospitales, la atención a la salud giraba en torno al *valor del aspecto espiritual* (dualismo cuerpo alma), no obstante a la enseñanza de la Medicina que se impartía en los monasterios y las escuelas catedralicias (Salerno Siglo XI), hasta el inicio en las

---

<sup>18</sup> Domínguez, C. La Enfermería a Catalunya, Barcelona, Ed.Rol, 1981, pág 44.

Universidades en el Siglo XIII, sin embargo, para ejercer como enfermera/o no se exigía ninguna formación, la *vocación* se consideraba suficiente.

Durante Renacimiento se hicieron grandes descubrimientos en todos los campos especialmente en Medicina; no así para la Enfermería que entra en un período de oscurantismo debido a la *Reforma protestante* que se desarrolló a lo largo del Siglo XVI, trayendo como consecuencia la desaparecieron las órdenes religiosas y quedando los cuidados de Enfermería en manos de personas sin preparación, que trabajaban 48 horas seguidas, cobraban salarios de miseria y daban atención de ínfima calidad al enfermo.

Posteriormente el problema de la asistencia a los enfermos fue retomado por las nuevas órdenes religiosas, como la fundada por *San Juan de Dios* (1495-1550), quien delimitó las funciones de los enfermeros y la de las "Hermanas de la Caridad" fundada por *San Vicente de Paul* (1576-1660) quien es considerado como el precursor de la Enfermería moderna ya que exigió a las religiosas que cuidaban a los enfermos además de leer y escribir, recibieran clases impartidas por médicos sobre los rudimentos de Enfermería. A partir del Siglo XVI se inició la organización de los cuidados destinados a los partos y se editaron los primeros escritos dirigidos a mujeres (comadronas y parteras). La primera casa para la formación de enfermeras a las que él denominaba "Diaconisas" surgió durante el período de 1780-1845.<sup>19</sup>

La Enfermería como profesión científica, inicio con Florence Nightingale (1823-1910) quien dirigió una casa de salud en Londres para institutrices enfermas en donde incorporó medidas sencillas como agua caliente en las habitaciones, timbre para llamar cuando fuera preciso, ascensores, búsqueda de un trabajo tras el alta, además de elevar de forma significativa los cuidados prestados.

---

<sup>19</sup> Molina. Historia de la Enfermería, Buenos Aires, Intermédica 1973, pág. 45.

Debido a su éxito en la casa de salud durante la Guerra de Crimea, en 1854, el ministro de la Guerra de Londres, le confió la asistencia de los soldados heridos, transcurrido un año logró bajar el índice de mortalidad del 40% al 2%, aplicando medidas de limpieza de las salas, cambio del suministro de agua y sistema de desagüe, instalación de una lavandería y una cocina dietética y compra del material básico necesario como jabón, mantas, peines, cubiertos etc., además de registrar en informes todas sus actuaciones.

Sin embargo, el mayor logro de Florence Nightingale fue haber comprendido la importancia de la formación sistemática de las enfermeras. Uno de sus postulados deja claro lo que es una verdadera profesión: **"No vale la intuición sin educación, lo mismo que se tiene por charlatán al que cura sin haber estudiado, hay que rechazar a la enfermera sin educación específica"**. En su libro *"Notes on Nursing"* considerado como el primer modelo conceptual de Enfermería describe el concepto de paciente, el objetivo de los cuidados y una aproximación de las intervenciones.

Así mismo, inicio la participación de la Enfermería en la investigación; sus conocimientos de estadística en la interpretación de datos y la práctica de la salud. Escribió sobre las elevadas tasas de mortalidad en los hospitales, cuestionó el porqué de las defunciones y porque las tasas variaban de un hospital a otro. Sus estudios, concebidos desde el punto de vista epidemiológico, permitieron conocer los factores asociados a las variaciones de las tasas de morbilidad, mortalidad y restablecimiento de la salud. Tomando como fundamento los datos obtenidos de sus estudios logró persuadir a los gobiernos que modificaran sus sistemas de servicios de salud.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> Nightingale, F. Notas sobre Enfermería: Qué es y qué no es. Barcelona: Ed. Salvat 1990

A mediados del siglo XX enfermeras investigadoras iniciaron a esclarecer la naturaleza de la enfermería entre las que se encuentran.<sup>21</sup>

Virginia Henderson fue una de las pioneras con el Modelo de “las 14 necesidades” en donde abordó la dimensión psicológica de la relación terapéutica enfermera-paciente. Marriner<sup>1</sup>

Hildegard Peplau<sup>3</sup> creó un modelo orientado principalmente a la enfermería psiquiátrica, tomó como sustento las bases teóricas psicoanalistas, de las necesidades humanas y del concepto de motivación y desarrollo personal.

Martha Elizabeth Rogers afirmaba que “el proceso vital del hombre es homeodinámico, en donde sus principios proponen cómo sería el proceso vital y predicen la naturaleza de su evolución”; el principio de helicidad describe un desarrollo en forma de espiral bajo un modelo continuado, irrepetible e innovador; el de resonancia, el modelo cambia con un desarrollo que va desde la baja a la alta frecuencia; tiene grados variables de intensidad y el principio de integración pone de relieve el proceso mutuo y continuo de la persona y su entorno. Marriner<sup>1</sup>

Madeleine Leininger elaboró el modelo “Cuidados transculturales: Teoría de la Diversidad y la Universalidad” en el cual, sus componentes son útiles para realizar las valoraciones clínicas y que estas que sean lógicas a la cultura. Sus enfoques coinciden en que el objeto de la práctica en enfermería es el cuidado (to care), en contraste con el objeto de otras profesiones de la salud orientadas a curar (to cure). Marriner<sup>1</sup>

Las teóricas antes mencionadas y las que faltaron por mencionar han contribuido menormente al desarrollo de la disciplina con conocimientos derivados de la ciencia y del arte a fin de considerar al cuidado como el objeto de estudio en constante evolución con las siguientes características:

---

<sup>21</sup> Venegas, R.C. Régimen Hospitalario para indios en la Nueva España, Instituto Nacional de Antropología e Historia

- La naturaleza del cuidado es la conservación y mantenimiento de la vida y la restauración de la salud, dejando de lado el eje de trabajo que anteriormente se tenía como área que daba sustento al arte de la misma, el cual consideraba el uso de las manos como elemento indispensable para su ejecución de las técnicas y procedimientos.
- Los sujetos de cuidado son el individuo y los grupos sanos o con alguna alteración de la salud.

Cabe mencionar en este apartado que aplicar un modelo de cuidados aporta importantes beneficios, ya que muestra de forma más clara la filosofía e ideología; ayuda a desarrollar y mantener la identidad de la profesión; contribuye en el debate teoría/práctica, propiciando un mayor acercamiento entre ambas partes a través de la investigación y se fomenta el debate teórico, llena de contenido el trabajo asistencial.

En función actualidad, los cuidados constituyen la dimensión social de la enfermería, Collière<sup>22</sup> señala que su importancia radica en “situar en el contexto del proceso de la vida y de la muerte al que se enfrenta el hombre y los grupos humanos en el desarrollo de su existencia”. en este contexto, la actuación de la enfermera(o) es brindar cuidados de vida, de lo cotidiano, como un acto inherente al ser humano para lograr el bienestar de la mente y el cuerpo de las personas que cuidan (enfermeras y/o enfermeros) y a las que se les otorgan los cuidados (individuo, familia y comunidad). En virtud de lo anterior, la salud y la curación comprenden el contexto profesional y la misión de la enfermera(o) y su razón de ser para la sociedad.

---

<sup>22</sup> S. Rodríguez Jiménez, M. Cárdenas Jiménez. Enfermería Universitaria, Una mirada fenomenológica del cuidado de Enfermería, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F. agosto 2014: Pág. 145-153

### 5.3 Teorías de Enfermería

La evolución de la disciplina radica en la génesis de las teorías, entendiendo por teorías al intento estructurado de organizar la realidad, Ann Marriner<sup>1</sup> define las teorías en enfermería como un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, mediante el diseño de las interrelaciones específicas entre los conceptos para describir, explicar y predecir dicho fenómeno. Son el resultado de la indagación para la definición de los conceptos como salud, promoción de la salud, comodidad, sanar, recuperación, movilidad, descanso, cuidado, fatiga, cuidado familiar entre otros. Su desarrollo se va generando de acuerdo a la comprensión activa del fenómeno que está ocurriendo; tienen como finalidad instrumentar la acción de la práctica y hacer que las intervenciones que realiza la enfermera(o) estén sustentadas en el desarrollo del conocimiento de la disciplina.

En este sentido, Janet W. Griffith<sup>23</sup> escribió sobre la pertinencia de los procedimientos teóricos en la práctica de enfermería, debido a que ésta se basa en la integración y aplicación de los conocimientos de las ciencias naturales y las conductas humanísticas, ya que estas cambian y evolucionan a través de la investigación, proporcionan nueva información de manera dinámica. Así mismo, considera importante que la enfermería se apoye en modelos y teorías de otras disciplinas como las Ciencias Exactas, la Sociología, la Psicología etc. debido a que estos sistemas sirven de guía en la observación y clasificación de los individuos, analizan el contexto en que se desarrollan y son utilizados como marco de referencia en las etapas del Proceso Atención de Enfermería.<sup>23</sup>

También consideró que es de suma importancia definir los términos de **“teorías”**, **“marcos de referencia o estructuras teóricas”** y **“modelo conceptual”** debido a

---

<sup>23</sup> Janet W Griffith; Paula J Christensen Proceso de atención de enfermería: aplicación de teorías, guías y modelos

que, según su criterio, se usan indiscriminadamente, para lo cual los definió de la siguiente manera:

1. Concepto: Abstracción que trae consigo nociones, pensamientos o ideas generales de nombres o categorías de objetos, personas o eventos intangibles y descriptivos que los individuos interpretan de acuerdo a su percepción y experiencia. Los conceptos usados en enfermería incluyen la salud y la enfermedad, la tensión y la adaptación, la familia y la comunidad, el ambiente y la sociedad, los planes de atención del paciente y su evaluación.
2. Principios: Son reglas o leyes que se han comprobado mediante la investigación, definen la interrelación entre dos o más conceptos y constituyen la regla para hacer generalizaciones, se utilizan para explicar acciones o conductas, algunos principios que se aplican en enfermería son por ejemplo la técnica aséptica que se cita como razón científica para justificar las estrategias que se van a utilizar.
3. Modelos conceptuales: Son un conjunto de conceptos, ideas o teorías que se interrelacionan, es una representación abstracta de la realidad que no puede ser probada, razón por la cual un modelo conceptual no puede ser una teoría ya que no puede ser probada la interrelación de los conceptos un ejemplo de modelo en enfermería es el de Autocuidado de Dorothy Orem. El Proceso Atención de Enfermería también puede considerarse como un modelo debido a que se equipara a una teoría de sistemas.
4. Marcos de referencia: Son estructuras que están relacionadas con los conceptos que describen o explican específicamente los fenómenos, no están sujetos a comprobación, la diferencia básica entre teorías y estructuras o marcos de referencia teóricos es que las teorías están sujetas a comprobación.

Una vez definidos, es importante destacar que la enfermería al igual que otras profesiones utiliza el método científico con diferentes marcos teóricos para obtener información, buscar conocimientos nuevos y dirigir sus acciones a través del Proceso Atención de Enfermería que es una adaptación del método científico a su práctica profesional.

El uso de los enfoques teóricos y el método científico le sirven a la profesión para guiar y respaldar el Proceso Atención de Enfermería, obtener datos, analizar las normas de salud de los pacientes, acertar en la identificación de los problemas y elegir las estrategias para implementar las actividades. Sin embargo, para la correcta aplicación se deben comprender los aspectos específicos de cada teoría, las hipótesis subyacentes, la definición de cada concepto y sus interrelaciones, ya que una interpretación errónea puede guiar a una aplicación de un modelo equivocado para la situación específica de un paciente.

En función de lo anterior, para la selección del método apropiado se debe considerar el estado de salud de la persona y su situación anímica junto con las técnicas y los procedimientos, para elegir la estructura o modelo específico se deben hacer los siguientes cuestionamientos:

1. ¿Cuál teoría coordina en forma más adecuada? y ¿cuáles son las variables de interés para el profesional de enfermería?

En las preguntas, la clave está en identificar las variables de interés en la situación en la que encuentra el paciente y que estas se ajusten a un enfoque teórico específico. Ejemplo: Para una pareja que está esperando un hijo el modelo de una familia en desarrollo es el más apropiado.

2. ¿Cuál variable o concepto de la teoría que puede modificarse para mejorar el estado de salud del paciente y su situación?

La clave es identificar el marco teórico que se enfoca a mejorar el estado de salud del paciente y su situación. Ejemplo: El modelo evolutivo de Erikson basado en

conductas psicosociales es el más útil para los niños que manifiestan problemas de conducta.

3. ¿Es el cambio en el estado de salud del paciente suficientemente significativo para desarrollar un plan de acción basado en la teoría? y ¿si la teoría apoya el interés del cambio y dirige el curso de las estrategias?

Para contestar estas interrogantes el modelo a elegir es el de adaptación de Roy, ya que éste dirige las estrategias para ayudar al paciente a adaptarse a las alteraciones fisiológicas debido a que el individuo, la familia y la comunidad presentan particularmente una situación de salud.

Con fundamento en lo anterior, la enfermera debe de poseer conocimientos profundos de los enfoques teóricos para seleccionar el más apropiado. Debe de saber que las teorías son útiles para describir, explicar y predecir las interrelaciones de los conceptos, que se clasifican en tres categorías: Las Grandes Teorías que son sistemas complicados que exigen mayor especificación y fragmentación de sus enunciados para poderlas comprobarlas y verificarlas. Teorías de Nivel Medio que poseen un planteamiento más limitado, que tienen un espacio restringido que no permiten definir conceptos resumidos pero que pueden explicar situaciones complejas de la vida real y las Microteorías que son menos complejas y más específicas, definidas como un conjunto de enunciados teóricos, generalmente hipótesis relativas a fenómenos concretos. Marriner<sup>1</sup>

Tener conocimientos sobre los marcos de referencia teóricos que estos son más amplios que las teorías y que están definidos con menos precisión y muestran las interrelaciones de los conceptos; saber que los modelos conceptuales se componen de conceptos similares entre sí, pero sus relaciones precisas son indefinidas, no obstante todos en su conjunto le ayudan a identificar y clasificar los fenómenos y aplicarlos en el Proceso Atención de Enfermería para dirigir la valoración, organizar los datos, analizar y conducir la implementación.

Finalmente, la profesión de Enfermería en la actualidad está utilizando sistemas y modelos conceptuales para organizar el conocimiento, comprender el estado de salud del paciente, las familias y los grupos humanos a fin de guiar su práctica profesional en la interpretación de los fenómenos del proceso salud-enfermedad e implementar estrategias apropiadas en la resolución de las necesidades y/o problemas en el cuidado que se les brinda.

A continuación, se presenta un cuadro en el cual se muestra de manera resumida la clasificación de las teorías y modelos de enfermería según Marriner<sup>1</sup> que incluyen los aspectos más relevantes de sus postulados retomados de la autora a fin de contextualizar los conceptos antes mencionados.

#### **5.4 Modelos**

Los Modelos Conceptuales; Definidos por Marriner<sup>1</sup> como “la idea que se explica a través de la visualización simbólica y física”; se utilizan para facilitar el razonamiento basado en los conceptos y las relaciones entre ellos y ayudan a planificar el proceso de investigación ya que muestran de forma más clara la filosofía e ideología de la teórica en cuestión; ayuda a desarrollar y mantener la identidad de la profesión; contribuye en el debate teoría/práctica, propiciando un mayor acercamiento entre ambas partes a través de la investigación, fomenta el debate teórico y llena de contenido el trabajo asistencial.

La relación de los modelos con las teorías según Fawcett<sup>6</sup>, ofrece una perspectiva profesional de la práctica, debido a que esta se sustenta en un modelo, el cual se desarrolla bajo ciertas premisas básicas que le imprimen características específicas a la práctica; favorecen el desarrollo de guías, investigación, docencia y gestión del cuidado. En la administración, promueven una estructura sistemática de las situaciones relacionadas con el cuidado. En la investigación, facilitan la organización del conocimiento y guían el problema a estudiar, la metodología e

instrumentos a utilizar. En la docencia ofrecen los términos específicos para hacer más operativos los conceptos centrales de la disciplina y guiar el cuidado.

Se puede afirmar que los modelos conceptuales son el marco genérico de referencia que se articula con otros niveles de teorías. En ellos se encuentran interpretaciones sobre los conceptos y relaciones de interés de la disciplina como la idea de persona, salud, ambiente y enfermería (metaparadigma), permiten compartir el conocimiento, mantener el eje de la acción en la persona, estructurar un pensamiento y lenguaje propio para extender y refinar el conocimiento de enfermería a través de la práctica y de la investigación, fortalece el conocimiento empírico, enriquece el desarrollo ético y personal y genera un compromiso con la profesión.

### **5.5 Modelo de Virginia Henderson**

Con fundamento en lo anterior, y para fines de este trabajo se tomó como referencia el Modelo de la Dra. Virginia Henderson debido a que se basa en los Modelos de las necesidades humanas, en la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada. En su libro *The Nature of Nursing* (1966), Virginia Henderson ofreció una definición de la enfermería, donde otorga a la enfermera un rol complementario/suplementario en la satisfacción de las 14 necesidades de la persona, a través de los cuidados básicos de enfermería, también legitima y clarifica la función de la enfermera como profesional independiente en sus actividades asistenciales, docentes, investigadoras y gestoras, al tiempo que ayuda a delimitar su área de colaboración con los restantes miembros del equipo de cuidados.

Parte importante es la conceptualización que tiene sobre la función autónoma de la enfermera, en el trabajo independiente que realiza y controla, la colaboración con otros profesionales del equipo de salud, en la aplicación y seguimiento del

programa terapéutico, ya sea para la mejora de la salud, la recuperación de la enfermedad o el apoyo a la muerte y la consideración que tiene la persona como centro del sistema, otorgándole un papel activo en su proceso de salud, en donde los integrantes del equipo deben considerarla como la figura central y comprender que ante todo, están “atendiéndole”.

A continuación, se exponen los componentes esenciales del Modelo de Henderson, su enfoque, su orientación y su fundamento filosófico:

#### Asunciones filosóficas

- La enfermera tiene una función propia, ayudar a individuos sanos o enfermos y a compartir actividades con otros profesionales como miembro del equipo de salud.
- Cuando la enfermera asume el papel del médico, abandona su función propia. La sociedad espera el servicio de la enfermera más que la de ningún otro profesional.
- La persona es un todo complejo, con 14 necesidades básicas. La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla. Cuando una necesidad no está satisfecha, la persona no es un todo y requiere ayuda para conseguir su independencia.

#### Proposiciones

- La persona es un ser integral, una unidad con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí. La persona y la familia forman una unidad.
- El entorno es el conjunto factores y condiciones externas, entre ellas las relaciones con la familia y la comunidad. Las condiciones del entorno son dinámicas y pueden afectar la salud y el desarrollo. Las personas maduras pueden ejercer control sobre el entorno, aunque la enfermedad puede obstaculizar dicho control.

- La enfermería es un servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas. Requiere de conocimientos básicos de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas para ayudar al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas.
- La salud es el máximo grado de independencia que permite la mejor calidad de vida, un estado en el cual la persona puede trabajar, desarrollarse y alcanzar el potencial más alto de satisfacción en la vida, satisface las 14 necesidades básicas. La persona necesita independencia para poder satisfacer las necesidades básicas por sí misma, o cuando esto no es posible, con la ayuda de otros. Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.

#### Elementos

- Objetivo de los cuidados: Es ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades básicas. La persona que presenta un déficit, real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades básicas, o aún sin presentarlo, tiene potencial de desarrollo.
- Papel de la enfermería: Suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o ayudarle a lograr la independencia (hacer con ella), desarrollando su fuerza, conocimientos y voluntad para que utilice de forma óptima sus recursos internos y externos.
- Enfermera como sustituta: Compensa lo que le falta a la persona cuando se encuentra en un estado grave o crítico. Cubre sus carencias y realiza las funciones que no puede hacer por sí misma. En este período se convierte, filosóficamente hablando, en el cuerpo del paciente para cubrir sus necesidades como si fuera ella misma.
- Enfermera como ayudante: Establece las intervenciones durante su convalecencia, ayuda al paciente para que recupere su independencia, apoya y ayuda en las necesidades que la persona no puede realizar por sí misma.

- Enfermera como acompañante: Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro más del equipo de salud, supervisando y educando en el autocuidado.
- Fuente de dificultad: También denominada área de dependencia, alude a la falta de conocimientos, de fuerza (física o psíquica) o de voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas.
- Intervención de la enfermera: El centro de intervención de la enfermera son las áreas de dependencia de la persona, la falta de conocimientos (saber qué hacer y cómo hacerlo), de fuerza (por qué y para qué hacerlo, poder hacerlo) o de voluntad (querer hacerlo). El modo de la intervención se dirige a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad. El grado en el cual las enfermeras ayudan a los pacientes a adquirir independencia es la medida de su éxito. Cuando la independencia es inalcanzable, la enfermera ayuda a la persona a aceptar sus limitaciones o su muerte, cuando esta es inevitable.
- Consecuencias de la intervención: Es la satisfacción de las necesidades básicas, bien sea supliendo la autonomía o desarrollando los conocimientos, la fuerza y la voluntad de la persona, en función de su situación específica, para que logre la satisfacción de las 14 necesidades básicas.

#### Las 14 Necesidades

La satisfacción de las 14 necesidades básicas es indispensable para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas, son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y

manifiesta de distinta manera. José Carlos Bellido, Jaén José Francisco Lendínez Cobo<sup>24</sup>.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 15 necesidades que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales, las cuales se enuncian a continuación:

1. Oxigenación
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminación
4. Moverse y mantener la postura adecuada
5. Dormir y descansar
6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.
15. Sexualidad

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen,

---

<sup>24</sup> Disponible en: <http://enfermeriatravesdeltiempo.blogspot.mx/2009/09/virginia-henderson.html>

entonces surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas.

## **5.6 Cuidados básicos según el modelo de Virginia Henderson**

Son cuidados llevados a cabo para satisfacer las necesidades básicas de la persona, están basados en el juicio y razonamiento clínico de la enfermera, con la orientación de suplir la autonomía de la persona o ayudarla a desarrollar la fuerza, conocimientos o voluntad que le permitan satisfacerlas por sí misma. Se aplican a través de un plan de cuidados elaborado de acuerdo a las necesidades de cada persona.

**Independencia:** Nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas.

**Dependencia:** Nivel deficitario o insuficiente de desarrollo del potencial de la persona, por falta de fuerza, conocimientos o voluntad, que le impide o dificulta satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y situación de vida.

**Autonomía:** Capacidad de la persona para satisfacer las necesidades básicas por sí misma. Agente de autonomía asistida. Quien realiza acciones encaminadas a satisfacer las necesidades que requieren cierto grado de suplencia.

**Manifestaciones de independencia:** Conductas o acciones de la persona que resultan adecuadas, acertadas y suficientes para satisfacer sus necesidades básicas. **Manifestaciones de dependencia.** Conductas o acciones de la persona que resultan inadecuadas, erróneas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, en estos momentos o en el futuro, como consecuencia de la falta de fuerza, conocimiento o voluntad.

## 5.7 Metaparadigma

Dentro de modelo de Virginia Henderson<sup>3</sup> el Metaparadigma de Enfermería aporta la base fundamental de la enfermería, ya que provee a la enfermera un marco conceptual para entender su rol frente al paciente. El conocimiento que la enfermera desarrolla durante el proceso de formación y a través de su trayectoria profesional, le permite aplicar este marco y lograr una vinculación efectiva con el paciente, este conocimiento debe ser de cuatro formas: empírico, estático, personal y ético. La definición que hace Virginia Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma es el siguiente:

**Persona:** Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal/física y mental que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

**Entorno:** Incluye relaciones con la propia familia, incluye las responsabilidades de la comunidad para proveer cuidados.

**Salud:** La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es una imagen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Considera a la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los quince componentes de los cuidados de Enfermería equipara la salud con independencia.

Uno de los modelos de cuidados que mayor aceptación es el de Virginia Henderson; las razones que han propiciado su adopción y vigencia hoy en día son los resultados que han tenido las enfermeras clínicas debido a que este modelo es totalmente compatible con el Proceso Enfermero (PE), ya que su importancia radica en la accesibilidad para su aplicación en la práctica clínica.

Además, es posible integrar, junto con el modelo de cuidados y el PE, los lenguajes estandarizados NANDA-NOC-NIC, lo cual permite a las enfermeras trabajar desde un plano propio y en colaboración con otros profesionales, hecho de gran valor en los entornos de cuidados y en la realidad asistencial, así mismo, este modelo tiene las ventajas de fomentar estilos de vida sanos y conductas saludables, consideración coherente con muchas de las propuestas y programas del sistema sanitario.

## **CAPITULO 2**

### **VI. EL PROCESO DE ENFERMERÍA COMO HERRAMIENTA METODOLÓGICA PARA DAR CUIDADO**

El proceso Atención de enfermería (PAE) es el sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de la persona, implica la identificación de necesidades de salud, así como su jerarquización para que se puedan cubrir con mayor eficacia al proporcionar cuidados de enfermera; incluye la planificación, la administración de los cuidados y la evaluación de los resultados, su finalidad es construir una estructura que pueda cubrir la problemática, individualizando las necesidades del paciente; identificar necesidades reales y potenciales, establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios y actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

Está compuesto por cinco etapas de: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución, y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado por su carácter metodológico, en la práctica, las etapas se superponen. Es imprescindible la interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades; destrezas técnicas (manejo de instrumental y aparatos); intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico y capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar).

#### **6.1 Valoración**

La primera fase del Proceso de Atención de Enfermería es la valoración la cual se define como un proceso organizado y sistemático de recolección y recopilación de datos acerca del estado de salud del paciente a través de diversas fuentes, estas incluyen al paciente como fuente primaria; las fuentes secundarias pueden ser

revistas profesionales, los textos de referencia, expediente clínico, la familia o cualquier otra persona que de atención al paciente.

Una adecuada valoración requiere de seguir un orden con el fin obtener la máxima información en el menor tiempo disponible de la consulta, la metodología a seguir se basa en los siguientes criterios.

- Céfalocaudal “cabeza a pies”: siguiendo una secuencia de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando con el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- 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.
- Por “patrones funcionales de salud”: la colección de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo respecto del estado de salud.

#### **6.1.1 La valoración tiene como objetivo:**

- Confirmar los problemas de salud que sean detectado
- Analizar y comparar el progreso o retroceso del paciente.
- Determinar la continuidad del plan de cuidados establecidos
- Obtener nuevos datos que informen del estado de salud del paciente

#### **6.1.2 Para la recolección de datos se necesita:**

- Conocimiento científico: (anatomía, fisiología, etc.) y básicos (capacidad de la enfermera para tomar decisiones).
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas)
- Convicciones (ideas, creencias, etc.). capacidad creativa, sentido común.

- Flexibilidad.

### **6.1.3 Tipos de datos**

Un dato es información concreta, se obtiene del paciente, referente a su estado de salud o las respuestas de éste como consecuencia de su estado, Interesa saber las características personales, las capacidades ordinarias en las actividades, la naturaleza de los problemas y el estado actual de las capacidades, se clasifican en:

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios del paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado lo describe y verifica (sentimientos).
- Datos objetivos: Se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras la tensión arterial).
- Datos Históricos: Antecedentes hechos relevantes que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento.
- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

### **6.2 Etapa diagnostica**

Según la NANDA<sup>25</sup>, un diagnóstico es un “Juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales o a procesos vitales, proporcionan la base para la selección de las Intervenciones para lograr los resultados de los que la Enfermera es responsable”. Se basa en

---

<sup>25</sup> Lic. Enf. Ma. Jovita Plascencia Ordaz, Dra, Gisela Villalobos Alcanzar; Cuidados Avanzados en el Neonato, Libro 3, Tomo 1; 2011, pág. 3-18

principios científicos, indica las necesidades del paciente con relación al cuidado de enfermería, enuncia un problema real o en potencia que requiera la intervención del personal de enfermería para resolverlo o disminuirlo. Establece un problema clínico 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 es cuando una situación puede ocasionar una dificultad en el futuro. Para elaborar los diagnósticos es importante conocer que las funciones que desempeña la enfermera tienen tres dimensiones: dependientes, interdependientes e independientes y según el nivel de decisión que corresponde surgirán problemas o necesidades en la persona que competarán a un campo u otro de actuación.

- La dimensión dependiente incluye a los problemas que son responsabilidad directa del médico, que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- La dimensión interdependiente son problemas o situaciones en cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud, describen problemas colaborativos o interdependientes como las complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y participan con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo.
- Dimensión independiente es toda acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de enfermería y que no requiere de supervisión o dirección de otros profesionales.

### **6.2.1 Los pasos de esta etapa son:**

Identificación del problema

- Análisis de datos significativos, datos o la deducción de estos; es un planteamiento de alternativas (hipótesis).
- Síntesis es la confirmación o la eliminación de las alternativas

### **6.2.2 Formulación De Problemas, Diagnósticos De Enfermería Y Problemas Interdependientes.**

Componentes de las categorías Diagnosticas aceptadas por la NANDA.

- Etiqueta descriptiva o título: Ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o termino que representa un patrón.
- Definición: Expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
- Características definitorias: Cada diagnostico tiene un título y una definición específica, esta es la que da el significado propiamente al diagnóstico, el título es solo sugerente.
- Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80 y 100% de los casos. Otros signos y síntomas que sean calificado como secundarios están presentes en un 50 a 79%, pero no se considera evidencias necesarias del problema.
- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan en torno 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.

### **6.2.3 Tipos de diagnósticos:**

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos se debe de establecer qué tipo de diagnósticos es (reales o de riesgo) designados hasta 1992 como potenciales.

- **Real:** representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición característica que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe de ser descriptivo de la definición del diagnóstico y las características que lo definen. Consta de tres partes (formato PES) (P) problema + (E) factores causales o contribuyentes + (S) signos/síntomas, estos últimos validan el diagnóstico. (P + E + S).
- **Riesgo:** es un juicio clínico de un individuo, familia o comunidad, es la vulnerabilidad a desarrollar el problema más que otros en una situación igual o similar. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. La descripción concisa del estado de salud alterado de la persona va precedida por el término “alto riesgo”, consta de dos componentes, formato PE problema (P), + (E) etiología/factores contribuyentes.

### **6.3 Etapa de planeación**

La planeación es decidir con anterioridad lo que se va a hacer es él ¿Cómo? ¿Cuándo? ¿Porqué? ¿Dónde? y ¿Quién lo va a hacer? En esta fase se trata de establecer y llevar acabo cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente de prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

### **6.3.1 Objetivos del plan de cuidados**

- Establecer prioridades en los cuidados: Dar orden jerárquicamente los problemas detectados.
- Plantear los objetivos del cliente con los resultados esperados. (determinar los criterios del resultado).
- Describir los resultados esperados tanto por partes de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Los objetivos de los planes son necesarios por que proporcionan la guía común para el equipo de enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta, su formulación permite evaluar la evolución del usuario, así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y sus capacidades, así como los recursos de la comunidad, se deben fijar a corto y largo plazo. Es importante que los objetivos se decidan y planteen de acuerdo con la familia y/o con la comunidad para establecer un compromiso de tal manera que se sientan implicadas las partes, profesional y familia/comunidad.

### **6.3.2 Elaboración de las actuaciones de enfermería**

Implica determinar los objetivos (criterios de proceso), planear las actividades y las acciones especificadas en el plan de cuidados verificando que estas correspondan a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para ser realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que deben de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran y debe especificar

que hay que hacer, cuando hay que hacerlo, donde hay que hacerlo y quien ha de hacerlo.

Por otra parte, el diagnóstico real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el diagnóstico, promover un nivel de bienestar, monitorizar la situación. Para un diagnóstico de enfermería de riesgo las intervenciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir los problemas o monitorizar su inicio.

#### **6.4 Etapa de ejecución**

Es la aplicación real de la atención de enfermería y/o delegación de las actividades para lograr los objetivos de la atención planeada. Responde al ¿cómo? al ¿por qué?, es cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recolección 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 actualizados.

Es responsabilidad de la enfermera(o) la ejecución del plan, pero incluye a toda la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizan todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

De las actividades que se lleva a cabo en esta fase es importante mencionar la continuidad de la recolección y valoración de datos debido a que, por un lado, se debe profundizar en la valoración de datos que se quedaron sin comprender y por otro lado, la ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán

ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

## **6.5 Etapa de evaluación**

El proceso de valorar los progresos del paciente hacia los objetivos de la salud, la calidad de la atención brindada en el hospital y la actuación de enfermería. 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.

### **6.5.1 El proceso de evaluación consta de dos partes**

La Recolección de datos sobre el estado de salud /problema/ diagnóstico que se quiere evaluar y la comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación requiere la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente y las áreas por las que se evalúa los resultados esperados (criterios de resultado) según Iyer las siguientes:

#### A) Aspecto general y funcionamiento del cuerpo

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia clínica
- Señales y síntomas específicos.
- Observación directa
- Entrevista con el paciente
- Examen de la historia

#### B) Conocimientos

- Entrevista con el paciente

- Cuestionarios (test)
- Capacidad psicomotora (habilidades)
- Observación directa durante la realización de la actividad

C) Estado emocional.

- Observación directa mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- Información dada por el resto del personal
- Situación espiritual (modelo holístico de la salud)
- Entrevista con el paciente
- Información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evolución de los cuidados enfermeros deben ser interpretadas con el fin de establecer conclusiones que sirva para plantear correcciones en las áreas estudio (resultados esperados) a los que se podrían llegar.

1. El paciente ha alcanzado el resultado esperado
2. El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado (pueden conducir a plantearse otras actividades).
3. El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir; en este caso se puede realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

## CAPITULO 3

### VII. PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA ORIENTADO AL NEURODESARROLLO INFANTIL

#### 7.1 Desarrollo neurológico (Neurodesarrollo)

Durante el proceso de crecimiento y desarrollo, en la etapa embrionaria, los primeros órganos en desarrollarse son el aparato cardiovascular y el sistema nervioso central, la formación del sistema nervioso inicia en etapas muy tempranas del embarazo, ya que aproximadamente a la tercera semana de la gestación ya es posible encontrar los inicios de las primeras estructuras cerebrales. **Ávila**<sup>26</sup> define al desarrollo neurológico (neurodesarrollo) como un proceso preprogramado, secuencial, continuo, ordenado, universal y repetitivo que se manifiesta por medio de conductas o habilidades específicas, siempre y cuando exista una relación adecuada entre la estructura y la función cerebral.

En este proceso, los reflejos primarios se integran a otros más complejos dando lugar a la maduración del funcionamiento cerebral y al aprendizaje a través de la organización de la información recibida y de su integración a la experiencia previa, mediante este proceso el niño será capaz de generar respuestas que le permitan adaptarse a su medio y, posteriormente, lograr otras funciones más complejas, de acuerdo a las demandas personales, familiares y sociales.

El neurodesarrollo o “**Desarrollo Psicomotor**” como comúnmente se conoce, fue estudiado por Johann Heinrich Pestalozzi en 1774 quien dio inicio a las primeras descripciones del desarrollo del niño. Sin embargo, fue hasta el siglo XX cuando se desarrolla la Pediatría como una rama de la medicina que se empezó a estudiarse el desarrollo infantil desde la perspectiva de la neurociencia para

---

<sup>26</sup> Dr. Abelardo Ávila Curiel, Dra. Lucy Reidl Martínez, **Vigilancia Epidemiológica del Neurodesarrollo Infantil en Comunidades Marginales de México** Prueba de Tamiz para Evaluar el Neurodesarrollo Infantil

comprender que el desarrollo psicomotor del niño es una consecuencia de la interacción entre la genética y el medio ambiente.

En México, desde la década de los cuarenta se advierte la necesidad de que los enfermos con padecimientos del sistema nervioso fueran atendidos de una manera diferente, en una institución especializada, por médicos y personal capacitados. El 27 de febrero de 1952, se inició la creación del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía y abre sus puertas el 27 de febrero de 1964. En 1965 se inició en Monterrey N.L. el primer servicio de Neurología Pediátrica en el Hospital General Regional del IMSS. En la ciudad de México en el Instituto Nacional de Salud Mental, el Hospital “20 de noviembre”, el Instituto Nacional de Pediatría y el Hospital Infantil de México.

En el en el ámbito de la enfermería, el cuidado del desarrollo neurológico del niño es una nueva cultura de cuidado que impacta en la forma de administrar y organizar el cuidado de enfermería, los cuales se deben basar en una filosofía que abarque los conceptos de interacción dinámica entre recién nacido, familia y el ambiente y con intervenciones dirigidas a proteger el sistema nervioso central de los recién nacidos prematuros y enfermos. Los profesionales de la enfermería deben comprender que cada niño es un ser humano único, que requiere de una valoración completa y que es un deber ético y moral el tener una mirada crítica sobre la práctica diaria

### **7.1.1 Desarrollo embriológico**

En las últimas décadas como ya se ha estado mencionando, el estudio del neurodesarrollo sustentado en una sólida base científica ha cobrado una gran relevancia por la vinculación no solo con la genética, sino también con el ambiente de estimulación y afectividad que rodea al niño, factores que influyen decisivamente en mayor producción de sinapsis neuronales, y por ende un

desarrollo cerebral óptimo; María del Pilar Medina Alva <sup>27</sup> lo define como un proceso muy complejo y preciso que inicia durante la vida intrauterina y continúa varios años después del nacimiento.

El Sistema Nervioso del Recién Nacido a Término (RNT) está completo pero inmaduro. El niño nace con todas las células nerviosas que tendrá durante toda su vida, pero su maduración continúa después del nacimiento. El número de células gliales y dendritas que hacen posible la recepción de los impulsos nerviosos siguen aumentando hasta los 4 años de edad aproximadamente.

Durante el primer trimestre del embarazo, entre la segunda y tercera semana de gestación (SDG) se forma el surco y tubo neural, hacia la cuarta semana el cerebro y médula ósea, la diferenciación de nervios y nervios craneales ocurre en la quinta SDG. La mielinización o progresivo recubrimiento de los axones con mielina o vaina lipoproteína inicia a las veinte semanas, sin embargo, también está incompleta al nacimiento, por lo tanto, la poca cantidad o ausencia de esta se asocia a la presencia de los reflejos primitivos.

A partir de las veintiocho semanas el sistema nervioso empieza a regular algunas funciones y estas aumentan hacia la treinta y dos SDG. El proceso de mielinización hace posible la adquisición progresiva de habilidades motoras gruesas, finas y la coordinación en la primera infancia y también es la responsable de la velocidad y exactitud de los impulsos nerviosos. Conforme avanza la mielinización desaparecen los reflejos.

Con relación a lo anterior, es fundamental que al momento del nacimiento se realice una valoración neurológica exhaustiva mediante la evaluación de los reflejos primitivos ya que en el caso del Recién Nacidos Prematuros (RNP), los reflejos estarán disminuidos, esta valoración tiene como objetivo relacionar las respuestas neurológicas con la edad gestacional, investigar la patología del

---

<sup>27</sup> María del Pilar Medina Alva, Inés Caro Kahn, Neurodesarrollo Infantil: Características Normales y Signos de Alarma en el niño menor de cinco años, Rev Peru Med Exp Salud Publica, 2015, Vol. 32 (3), Pág. 566.

sistema nervioso central y periférico y valorar la evolución en el primer mes de vida; los Parámetros a evaluar son los siguientes:

- Movimientos espontáneos
- Postura en la cuna
- Simetría craneana más el perímetro craneano
- Tono muscular: Hipertonía, temblores finos, clonos, irritabilidad, hipotonía (flacidez de las extremidades e indiferencia)
- Reflejo de búsqueda
- Succión y deglución presentes (sincronía entre ambos)
- Reflejo de tracción cervical (tendencia a sostener erecta la cabeza cuando se levanta de las manos)
- Prensión: (Estimulación con un objeto la palma de la mano y ocurre prensión)
- Incurvación del tronco
- Reflejo de enderezarse (al ponerlo de pie toca la mesa con los dedos del pie)
- Marcha automática (da pequeños pasos al ponerlo de pie)
- Moro (al estímulo reacciona con extensión de los brazos)
- Posición de reposo
- Rotación espontánea de la cabeza
- Parpadea a la luz fuerte
- Estornuda frecuentemente (irritabilidad refleja de la mucosa nasal)

Esta valoración se debe realizar el 3, 15 y 30 días de vida extrauterina constatando que estén presentes y desaparezcan paulatinamente (**ver anexo**)

Así mismo, Estudios realizados han demostrado que el sistema nervioso humano pasa por diferentes etapas evolutivas, las cuales son: proliferación neuronal, migración, organización, laminación del cerebro y mielinización. Estas etapas no son consecutivas, se van superponiendo y pueden ser afectadas por factores de riesgo principalmente de tipo biológico y socio-ambientales; entre los primeros se encuentra el nacimiento pre-término con peso menor a 1000 gramos, cuyas complicaciones más frecuentes son crisis hipóxico/isquémicas, hemorragias con o sin hidrocefalia, leucomalacia, retardo del crecimiento intrauterino y lesiones sensoriales entre otras, en cuanto a los segundos están la falta o escaso control prenatal, la depresión materna, ser madre soltera y/o adolescente, abortos provocados o espontáneos; muerte de otro hijo, baja instrucción materna, enfermedad orgánica y/o mental de la madre y rechazo materno al recién nacido.

El proceso de proliferación de las neuronas da origen a los cien mil millones de neuronas que el cerebro posee, mismas que se desplazan a la corteza cerebral durante el proceso de migración. Una segunda etapa se da de adentro hacia afuera, es decir, desde la parte más profunda del cerebro donde nacen las neuronas hasta la corteza o borde externo, el cual se considera como el momento más importante del segundo trimestre del embarazo. Durante esta fase, la exposición fetal a altos niveles de alcohol, medicamentos, infecciones, tóxicos, desnutrición y estrés materno, entre otros, puede producir malformaciones cerebrales importantes conocidas como trastornos de migración neuronal.

Después de las veinticinco SDG la reproducción de nuevas neuronas es excepcional, sin embargo, el peso del cerebro se triplica después que la fase de proliferación ha terminado. Este incremento obedece a la aparición de millones de conexiones sinápticas entre las neuronas y a la arborización, resultado de la aparición de dendritas. Se estima que cada neurona puede llegar a tener entre

7000 y 10 000 sinapsis, las cuales, posteriormente, podrán ser modeladas según la exposición a factores externos e internos y experiencias que modifican su conformación en forma permanente.

En la mielinización los axones de las neuronas se recubren de mielina para mejorar la velocidad de transmisión de los impulsos nerviosos. Este es un proceso crítico que puede verse severamente alterado en los primeros meses de vida como consecuencia de la falta de nutrientes, el hipotiroidismo, la anemia y la falta de una adecuada estimulación en el niño pequeño.

Con base en lo anterior, la evaluación del desarrollo del niño es fundamental, ya que permite estimar que el desarrollo cerebral está ocurriendo dentro de un marco apropiado. Para ello, existen diferentes técnicas en las que se encuentra la somatometría o antropometría que consiste en la medición de las dimensiones físicas del cuerpo humano, peso, talla, perímetro cefálico, con el fin de determinar si el tamaño de la cabeza es el apropiado para la edad, ya que el perímetro cefálico es una medida de referencia que permita estimar de forma rápida si el cerebro se está desarrollando en forma adecuada. También existe otros instrumentos que permiten evaluar el desarrollo del niño con estándares adecuados como la Escala de Amiel Tison; la escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor entre otras.

### **7.1.2 Signos tempranos de alarma**

- Falla en el progreso del desarrollo a una edad determinada
- Desarrollo asimétrico del movimiento, tono o reflejos
- Pérdida de habilidades previamente adquiridas
- Pobreza de interacción social
- Psicoafectividad.

## **7.2 Proceso del desarrollo neurológico**

Desarrollo motor: involucra la adquisición progresiva de habilidades motoras que permiten mantener un adecuado control postural, desplazamiento y destreza manual. Para ello, se requiere la aparición y desaparición de los reflejos controlados por los niveles inferiores del sistema nervioso central (SNC) que permiten respuestas posturales y motoras funcionales y voluntarias; el control postural surge de una compleja interacción entre el sistema musculo-esquelético y nervioso, denominados en conjunto sistema de control postural.<sup>14</sup>

Por lo que es importante saber que los reflejos son una respuesta motriz involuntaria que se manifiesta de forma inmediata tras la aplicación de un estímulo sobre un receptor específico. El sistema nervioso del recién nacido posee todas las células nerviosas de la edad adulta, se calcula que existen entre 15-20 millones de neuronas en el momento de nacer aunque en los primeros años de vida aumenta su tamaño y continua su mielinización, no obstante está todavía inmaduro; En el último trimestre del embarazo se produce una rápida maduración del sistema nervioso central, lo que va acompañado del aumento en la complejidad y la capacidad de la función neurológica.

### **7.2.1 Desarrollo motor grueso**

Se produce en sentido cefalocaudal, y se refiere a los cambios de posición del cuerpo y la capacidad de control que se tiene sobre este para mantener el equilibrio, la postura y el movimiento, con lo cual se logra controlar la cabeza, sentarse sin apoyo, gatear, caminar, saltar, correr, subir escaleras, etc.

### **7.2.2 Desarrollo motor fino**

Se produce en sentido próximo distal, y está relacionado con el uso de las partes individuales del cuerpo, como las manos; lo cual requiere de la coordinación óculo-manual para poder realizar actividades como coger juguetes, manipularlos, agitar

objetos, dar palmadas, tapar o destapar objetos, agarrar cosas muy pequeñas, enroscar, hasta llegar a niveles de mayor complejidad como escribir.

### **7.2.3 Desarrollo sensorial**

Los procesos sensoriales son considerados como la base del desarrollo cognitivo motor; son capacidades que permiten la relación con el entorno. Se recibe la información a través de los receptores sensoriales que pueden ser visuales, auditivos o táctiles, la cual se convierte en sensación para que el cerebro pueda organizarla e interpretarla a través de otra habilidad denominada la percepción y poder dar una respuesta ya sea mediante el llanto, la sonrisa, o la expresión de emociones y de esta forma relacionar el mundo exterior con el interior. Si se carece de estos estímulos o experiencias se verá afectado el desarrollo en todas sus áreas: motora, emocional, mental, afectiva o social.

Otro aspecto a resaltar del neurodesarrollo del menor es que desde las primeras etapas de la gestación, el feto recibe diversos estímulos, tanto del interior como del ambiente exterior, puede percibir los niveles de luz y oscuridad, escuchar las voces o los sonidos, o sentir la calidez del útero, iniciarse el sentido del olfato y del gusto ya que puede sentir el sabor del líquido amniótico que deglute.

### **7.2.4 Desarrollo Visual**

En cuanto al Desarrollo Visual: La retina del recién nacido (donde se encuentran los conos y bastones) está completamente desarrollada, la percepción de la luz es posible, sin embargo, el cristalino aún esta inmadura, por lo que el enfoque visual se encuentra reducido. A pesar de que el recién nacido mantiene los ojos cerrados la mayor parte del tiempo, frunce los parpados frente al estímulo luminoso, es capaz de fijar la vista en un punto de luz, a pesar de que esta sea borrosa; la visión de colores es restringida, solo puede percibir una gama de grises de baja nitidez luz, sombras y movimientos.

Primer mes de vida: La agudeza visual será nítida a una distancia de 25 a 30 centímetros, puede mirar la cara de la madre, pero no la reconoce hasta los 3 meses de edad, inclusive puede imitar la expresión facial y disfrutar frente a rostros o figuras, presta atención por más tiempo a rostros y círculos concéntricos, por lo que siempre debe evaluarse la preferencia visual al igual que la capacidad de habituarse o deshabituarse frente a un estímulo.

Segundo mes: El lactante ya fija la mirada, establece la convergencia ocular, sigue objetos en movimiento, todavía no diferencia colores, solo contrastes blancos y negros.

Tercer mes: Desplaza la mirada de un objeto a otro y reconoce el color rojo. Gira la cabeza siguiendo estímulos interesantes. Descubre su cuerpo, se mira las manos, se interesa por juguetes cercanos.

Cuarto mes: Ve objetos a distancias variables, percibe detalles pequeños, tiene una capacidad visual cercana al adulto.

### **7.2.5 Desarrollo Auditivo**

El recién nacido es sensible a la intensidad de los sonidos, se sobresalta, incluso desde antes de nacer. No localiza ni dirige su cabeza hacia el estímulo sonoro, prefiere la voz humana. Al segundo mes, el lactante localiza mejor la fuente sonora y empieza a interesarse por los sonidos y voces familiares. Al tercer mes vuelve la cabeza al sonido, empieza a diferenciar la voz humana de otros sonidos. En el cuarto mes adquiere agudeza y madurez, logra identificar y localizar la dirección exacta del sonido.

### **7.2.6 Desarrollo del tacto, gusto y olfato**

El tacto es el sentido que más precozmente se desarrolla durante la gestación. Desde la séptima semana, el feto empieza a sentir sensaciones en el contorno de la boca, luego en el rostro completo y, finalmente, en ambos pies y el tronco y a

las veinte semanas siente en todo el cuerpo. Este sentido es importante no solo para el desarrollo de los reflejos primarios, sino también para los receptores ubicados en los músculos, tendones, articulaciones y el aparato vestibular quienes llevan la información a la corteza cerebral y al cerebelo para percibir el tono muscular, los movimientos, la disposición de los miembros, las partes del cuerpo y su posición en el espacio y desarrollar el equilibrio.

Sentido del gusto: Desde el útero las papilas gustativas se desarrollan y funcionan, al nacimiento el recién nacido podrá diferenciar lo dulce de lo ácido y amargo, con preferencia por el sabor dulce. Al cuarto mes; aceptará sabores salados, siempre utilizando el olfato ya que se encuentra desarrollado, podrá diferenciar olores agradables y desagradables, con preferencia por los olores de la madre

### **7.2.7 Desarrollo del lenguaje**

El lenguaje es un fenómeno cultural y social de símbolos y signos adquiridos, los cuales permiten la comunicación. Esta es una destreza que se aprende naturalmente y se convierte en pieza clave de la comunicación puesto que admite proyectar emociones, pensamientos e ideas en el tiempo y en el espacio. El lenguaje oral constituye el principal medio de información y cultura, por tanto, es un factor importante de identificación a un grupo social.

En el niño se reconoce el lenguaje gestual, con recepción por la vía visual y emisión a través de gestos o muecas faciales y manuales (de 0 a 12 meses); el lenguaje verbal, con recepción por vía auditiva y emisión a través del habla (de 1 a 5 años), y el lenguaje escrito, con recepción visual por medio de la lectura y emisión a través de la escritura (más allá de los 5 años), En la adquisición del lenguaje se distingue inicialmente la etapa pre-verbal, que ocurre durante los primeros 10 a 12 meses de edad. Durante esta etapa, la comunicación del niño es de tipo afectivo y gestual con su medio familiar, en especial con su madre, para estimularlo se puede utilizar, junto con el lenguaje afectivo y gestual, el lenguaje

verbal; la palabra debe de ir acompañada al gesto y a las actividades del cuidador con el niño.

Para su adquisición, se requiere la integridad de los órganos de la respiración (pulmones, músculos costales y el diafragma, necesarios para la emisión de sonidos); de los órganos de la fonación (laringe y las cuerdas vocales, que se emplean en la producción de la voz); los órganos de resonancia (faringe, boca y fosas nasales, que modulan el tono de los sonidos), y de los órganos de la articulación (paladar, lengua, mandíbulas, labios y dientes) que modularán el tono de la voz. Su desarrollo dependerá de la interacción en las relaciones afectivas e intelectuales del niño, de su personalidad, de la de los adultos que lo rodean, de su maduración biológica (del sistema nervioso, auditivo, aparato fonador e inteligencia) y de los propios procesos de aprendizaje. Sin embargo, el conocimiento de estos procesos es limitado, lo que trae como consecuencia que niños con retraso en estas áreas, sean referidos después de los dos años de edad, lo cual implica la pérdida del período crítico para el desarrollo social y del sistema auditivo y del habla, que está comprendido entre los 6 y 24 meses de edad.

### **7.3 Teorías del desarrollo infantil**

Para fines de este trabajo solo se abordarán los periodos de recién nacido, lactantes y preescolares de las siguientes teorías:

#### **7.3.1 Teoría del desarrollo psicosexual Freud (1856-1939)**

Las técnicas psicoanalíticas utilizadas por Freud le hicieron creer que las experiencias de la primera infancia originan la motivación inconsciente de las acciones posteriores de la vida. Su teoría está basada en la idea de que la energía sexual se encuentra en zonas específicas del cuerpo a ciertas edad; la personalidad la concebía como una estructura dividida en tres partes: el **Ello** que contiene la energía sexual básica, la cual está presente al nacer y que incita al

individuo a buscar placer, el **Yo**, parte realista de la persona que se desarrolla durante la infancia y busca métodos aceptables para controlar los impulsos, y el Súper yo, que es el sistema ético y moral, que se desarrolla durante la infancia y contiene la conciencia y un conjunto de valores de esta estructura la subdividió en estadios. (Craig y Baucum, 2002).

Oral y mordente (Nacimiento a 1 año): El lactante obtiene el placer en la boca, manifestada por la necesidad chupar, succionar y morder al comer.

Anal (1 a 3 años): El centro del placer se encuentra en la zona anal y el control de las secreciones corporales es la fuerza principal de la conducta.

Fálico (3 a 6 años): La energía sexual se encuentra en los genitales a medida que el niño se relaciona con el padre del mismo sexo y del sexo opuesto.

### **7.3.2 Teoría del desarrollo psicosocial de Erikson (1902-1994)**

Esta teoría se centra en la naturaleza psicosocial de los individuos. Establece estadios psicosociales durante ocho periodos de la vida humana. En cada estadio se identifica una crisis, es decir, un obstáculo especial que debe superarse para que se pueda producir un desarrollo sano de la personalidad. (la palabra crisis se refiere a las necesidades sociales normales para la maduración, en lugar de un suceso aislado crítico).

Confianza frente a desconfianza (nacimiento a 1 año): El trabajo del primer año de vida es confiar en la persona que proporcionan los cuidados. La confianza se produce mediante la provisión de alimentos, ropa limpia, caricias y consuelo. Si las necesidades básicas no se satisfacen, el lactante aprende a no confiar en los demás.

Autonomía frente a duda y vergüenza (1 a 3 años): La sensación de autonomía e independencia del niño pequeño se demuestra con el control de los esfínteres, diciendo “no” cuando se le pide hacer algo y dirigiendo la actividad motora. Los

niños que son constantemente criticados por su expresión de autonomía o por la falta de control desarrollan una sensación de vergüenza sobre si mismo y dudas sobre sus habilidades.

Iniciativa frente a culpa (3 a 6 años): El niño pequeño emprende actividades nuevas e imagina nuevas ideas. Este interés en explorar el mundo hace que el niño sea activo y este ocupado. Sin embargo, la crítica constante origina sentimiento de culpa y ausencia de propósitos.

### **7.3.3 Teoría del desarrollo cognitivo de Jean Piaget.**

Estudio las habilidades intelectuales de los niños, centrándose en la psicología y sus aplicaciones en la educación. Formulo la teoría de desarrollo cognitivo (intelectual) basada en la idea de que la visión que se tiene del mundo depende de la edad y de la habilidad y del grado de inmadurez. Si las necesidades del niño son satisfechas, su capacidad para pensar madura de forma natural. El niño incorpora las experiencias nuevas a través de la asimilación, y cambia para manejar estas experiencias mediante el proceso de acomodación mediante estadios.

Sensitivomotor (nacimiento a 2 años): Los lactantes aprenden sobre el mundo a través de los datos recibidos a través de los sentidos y de su actividad motora. Este estadio presenta seis subestadios característicos.

1. Uso de los reflejos (nacimiento a 1 mes): El lactante empieza la vida con los reflejos primarios. Mediante el uso de estos reflejos, el lactante recibe estímulos a través del tacto, sonidos, gusto y vista, por lo tanto, los reflejos son el cimiento para que se produzca los primeros aprendizajes.
2. Reacciones circulares primarias (1 a 4 meses): Cuando el lactante responde con reflejos, el placer obtenido de esa respuesta ocasiona la repetición de la conducta.

3. Reacciones circulares secundarias (4 a 8 meses): La conciencia sobre el entorno crece a medida que el lactante empieza a relacionar la causa con el efecto. El sonido de la preparación del biberón hará que el lactante se excite. Si un objeto se esconde parcialmente, el lactante intentará descubrirlo y recuperarlo.
4. Coordinación de los esquemas secundarios (8 a 12 meses): La conducta intencional se observa a medida que el lactante utiliza conductas aprendidas para obtener objetos, crear sonidos o involucrarse en otras actividades placenteras. La permanencia del objeto empieza cuando el lactante recuerda donde se encuentre escondido; ya no es “fuera de la vista, fuera de la mente”, sin embargo, no está totalmente desarrollado; conoce bien a los padres y se preocupa cuando se marchan, le molestan las personas desconocidas. Esta fase de “ansiedad con los extraños” son muy frecuentes y anuncia el reconocimiento y el deseo de ser cuidados por sus padres.
5. Reacciones circulares terciarias (12 a 18 meses): A medida que el niño pequeño realiza acciones para saber cuáles son sus resultados, predominan la curiosidad, la experimentación y la exploración. Para explorar los usos y cualidades de los objetos, les da la vuelta en todas direcciones, se los mete en la boca, los utiliza para golpear una superficie y los meten en contenedores.
6. Combinaciones mentales (18 a 24 meses): El lenguaje constituye una nueva herramienta que el niño pequeño utiliza para comprender el mundo. Éste le permite pensar sobre sucesos y objetos antes o después de que ocurran. La permanencia del objeto está totalmente desarrollada, busca de forma activa los objetos en varios sitios y fuera de la vista..<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> Jane W. Ball, Ruth C. Bindler. Enfermería Pediátrica. Asistencia Infantil. Edición: Pearson Educación, S,A;2010:p.82-87

## VIII. DESARROLLO DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

### 8.1. Ficha de identificación

TABLA N° 1		
	Gemela 1	Gemela 2
Nombre:	J Y SA T	YYSAT
Sexo	Femenino	Femenino
Edad	2 años	2 años
Fecha de nacimiento	06/Noviembre/2015	06/Noviembre/2015
Lugar de nacimiento	Distrito Federal	Distrito Federal
Hora de nacimiento	20: 22	20:23
Religión	Católica	
Escolaridad	Ninguna	
Nombre de la madre	Nancy	
Edad	28	
Escolaridad	licenciatura	
Ocupación	enfermera	
Nombre del padre	Dionicio	
Edad	25	
Escolaridad	preparatoria	
Ocupación	Comerciante	
Domicilio	Av. Vicente Saldivar Núm.1 Col. Ampliación Olímpica 26181069	
Teléfono	26-18-10-69	
La información es proporcionada por: madre		

### 8.2 Presentación del caso clínico

Pacientes lactantes femeninas gemelas de 2 años de edad, las cuales están integradas a su núcleo familiar formado por sus padres. Son valoradas para la vigilancia de su neurodesarrollo.

Abuelo materno de 63 años, con escolaridad preparatoria, ocupación comerciante, Abuela de 54 años, escolaridad secundaria, ocupación ama de casa, no presentan por el momento alguna enfermedad crónica degenerativa.

Abuelo paterno de 75 años, escolaridad primaria, ocupación campesina, con antecedentes de tabaquismo y alcohólica, abuela de 70 años, escolaridad primaria, ocupación ama de casa y campesina, con antecedentes hipertensivos sin control.

Padres: Hijas de padre de 25 años, grupo sanguíneo O +, escolaridad preparatoria, ocupación comerciante, sin antecedentes de enfermedades crónicas, sin embargo, es fumador lo cual nos lleva a un factor de riesgo. Madre de 28 años, grupo sanguíneo O+, escolaridad licenciatura, sin antecedentes de enfermedad crónica.

### 8.3 Antecedentes no patológicos:

<b>TABLA N° 2</b>		
	<b>Gemela 1</b>	<b>Gemela 2</b>
Alergias	Ceftriaxona	Penicilina
Quirúrgicos	No	No
Transfuncionales	No	No
Enfermedades	Ninguna	Ninguna
Tipo de alimentación	Habitual	Habitual
Tipo de sangre y grupo sanguíneo	O positivo	O positivo

### 8.4 Antecedentes Biológicos:

<b>TABLA N° 3</b>		
	<b>Gemela 1</b>	<b>Gemela 2</b>
Semanas de gestación	36 SDG	34 SDG
Nacimiento	Cesárea	Cesárea

Fecha y hora de nacimiento	06-11-2015 20:20	06-11-2015 20:21
Apgar	09	09
silvermann	02	02
Peso	2,505 kg	2,130 kg
Talla	47 cm	45 cm

### 8.5 Exploración física: Cefalocaudal

Pacientes pediátricas de 2 años se encuentran activas reactivas a estímulos, simetría de cabeza y cráneo sin alteraciones, alineación ocular en seguimiento de objetos en gemela 1, en gemela 2 se observa desviación ocular del ojo izquierdo, con buena coloración tegumentaria, mucosas orales hidratadas, Cuello: Acorde a su biotipo, flexible, no doloroso a los movimientos de flexión, extensión, lateralización y rotación. Tiroides no visible ni palpable. Tórax: de aspecto y configuración normal a la auscultación se puede escuchar campos pulmonares ventilados en ambas gemelas con una frecuencia respiratoria G1 54 x min. G2 56 x min, y Ruidos cardiacos rítmicos y bien golpeados en G1 150 x min, G2 134 x min, sin alteraciones de las mamas. Abdomen depresible con presencia de movimientos intestinales, no doloroso a la palpación, columna vertebral sin alteración alguna, Genitales: íntegros de acuerdo a la edad y sexo. Extremidades inferiores y superiores integra sin compromiso.

TABLA N° 4		
Somatometría	Gemela 1	Gemela 2
Cefálico	52 cm	51 cm
Torácico	61 cm	60 cm
Abdominal	57 cm	58 cm
Talla	90 cm	91 cm
Peso	15.900 kg.	16 kg

## 8.6 Datos demográficos

TABLA N° 5									
<b>II. Característica de la vivienda</b>									
Zona en que vive:	Urbana	( x )	Rural	( )					
Casa:	Propia	( )	Rentada	( )	Otros	(x)			
Tipo de construcción:	Concreto	(x)	Lamina	( )					
Servicios con los que cuenta:	Agua	(x)	Luz	( x )	Pavimento	(x)	Drenaje	(X)	
Total de cuartos: 4									
Medios de transporte en la localidad: publico									
Ingreso economico:2,500									
Porcentaje destinado para:									
Renta: \$0									
Alimentación: \$1,200 semanales									
Vestido: \$800 aproximadamente cada 2 meses									
Otros: \$ 450									
Nivel socio económico:	Alto	( )	Medio	( x )	Bajo	( )			

## 8.7 Familiograma

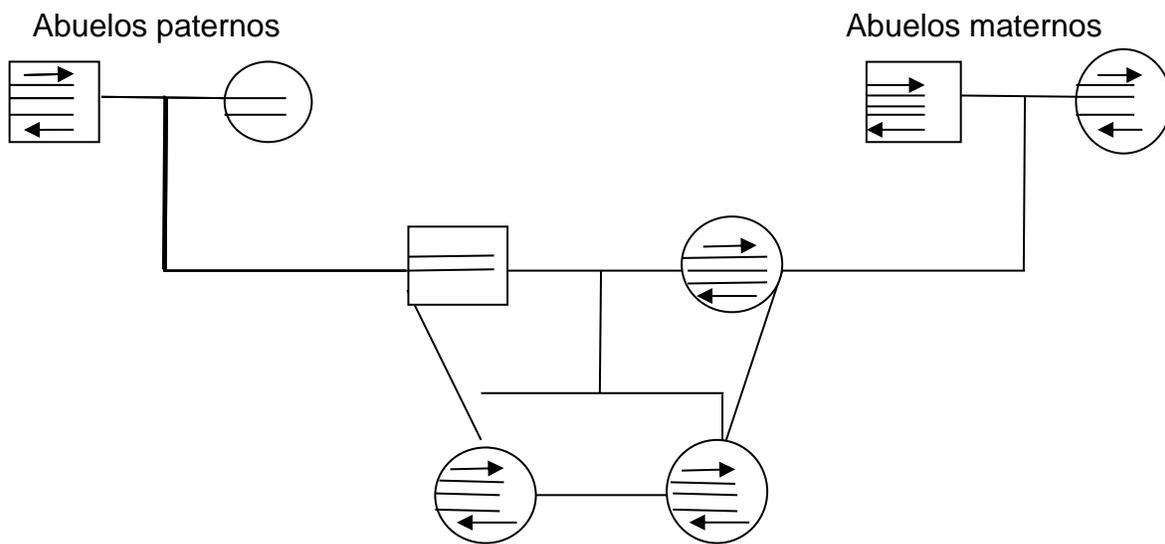


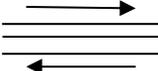
TABLA N°6	
Simbología	
 Hombre  Mujer	Relaciones fuertes 
 Fallecimiento 	Relaciones débiles 
 Individuo en estudio 	Relaciones con estrés 

TABLA N° 7					
Parentesco	Edad	Sexo	Escolaridad	Relación	Enfermedades
Abuelo paterno	75	Masculino	Primaria	Débiles	Ninguna
Abuela paterna	70	Femenino	Primaria	Débiles	Hipertensión
Abuelo materno	63	Masculino	Preparatoria	Fuertes	Ninguna
Abuela materna	54	Femenino	Secundaria	Fuertes	Ninguna
Padre	25	Masculino	Preparatoria	Fuertes	Ninguna
Madre	28	Femenino	Licenciatura	Fuertes	Ninguna

Para concluir con el familiograma podemos decir que existe una falta de convivencia por parte de los abuelos paternos, puesto que el lugar de radicación es diferente y por la distancia se dificulta frecuentarlos, es por ello que existe una relación débil a comparación de los abuelos maternos pues al vivir con ellos la convivencia es mayor y la relación es más fuerte, también existe una relación débil por parte del padre puesto que su trabajo le absorbe tiempo y no puede tener una convivencia adecuada con las gemelas, a comparación de la madre que la relación es fuerte.

## 8.8 Antecedentes patológicos

### 8.8.1. Enfermedades comunes de la infancia

Enfermedades exantemáticas (edad de aparición): No

Amigdalitis de repetición (frecuencia en seis meses): No

Otitis primaria o como consecuencias: No

Enfermedades gastrointestinales frecuencia en seis meses: No

Enfermedades hemorrágicas: No

Enfermedades infecciosas: No

Enfermedades endocrinas: No

Alérgicos: ceftriaxona, penicilinas

Quirúrgicos: No

Traumáticos: No

Transfusionales (por que causa): No

Alguna enfermedad causo internamiento, ¿por cuánto tiempo? : Ictericia fisiológica, por 24 horas.

Periódicamente solicita atención médica: Si

Edad de aparición de los siguientes cambios

Sostén cefálico: G1 3 mes., G2 3 meses. Fijo la mirada: 3 meses

Sedestación: 4 meses Muecas: G1 6 meses, G2 6 meses.

Bipoedestacion: 8 meses Sonrisas: G1 3 meses. G2 4 meses.

Camino solo: G1 1<sup>2/12</sup>, G2 1<sup>1/12</sup> Balbuceo: 5 meses

Subió escaleras: 1<sup>6/12</sup> Palabras completas: 1<sup>6/12</sup>

Dentición temporal: 1<sup>3/12</sup> Dentición definitiva: 1<sup>4/12</sup>

¿Hasta qué edad tomo seno materno? 6 meses

¿Consume leche industrializada? Si

¿Ablactación? 6 meses

¿Integración a la dieta familiar? 10 meses

## 8.9. Inmunizaciones

Es el mismo esquema de vacunación para ambas gemelas

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación
BCG	Única	08-11-2015
Hepatitis B	Primera	06/01/2016
	Segunda	07/03/2016
	Tercera	07/05/2016
Pentavalente Acelular	Primera	07/03/2016
	Segunda	07/05/2016
	Tercera	11/07/2016
Rotavirus	Primera	06/01/2016
	Segunda	07/03/2016
	Tercera	07/05/2016
Neumococica Conjugada	Primera	06/01/2016
	Segunda	07/03/2016
	Tercera	17/11/2016
Influenza	Primera	17/11/2016
	Segunda	28/02/2017
SRP	Primera	17/11/2016
Sabin	Adicionales	28/02/2017

## 8.10 Valoración de las 14 Necesidades.

### 1. Alimentación

El niño fue alimentado

con: Pecho materno: ( x ) Biberón: ( x ) Vaso: ( x ) Sonda ( )

considera usted que el

niño tiene: Poco: ( ) Bueno: ( x ) Mucho: ( ) No tiene apetito ( )

¿Cuáles son los alimentos y bebidas preferidas del niño?: verduras, frutas, pollo, leche, jugos artificiales, dulces y chatarras en general.

Desayuno	Comida	Merienda
Te ¼ de taza o ½ taza de leche	½ pieza de pollo	Leche
Fruta, una rebanada de papaya o ½ naranja	Sopa de pasta, arroz, lentejas o de verduras	½ pan
¼ de pan o de 2 a 3 galletas marías	Verduras hervidas	
En ocasiones cereales	En ocasiones carne de cerdo	

Los alimentos y bebidas que le disgustan son: Agua simple,

Tiene dieta especial: No

Tiene alergias alimentarias: No

Con quien acostumbra a comer: Con sus padres, tíos, abuelos

Tiene problemas en la mucosa oral: No

### 2. Eliminación

Orina: Con sangre: ( )  
Clara: ( x ) Turbia: ( )

Cuantas veces al día: Se le cambian cuatro veces el pañal

Presenta molestias al orinar: No ¿cuáles? Ninguna

Se orina en la cama por las noches: Si

Sabe usted la causa por la que el niño orina por las noches: No avisa

Consistencia de las heces: Con sangre: ( )  
Blanda: ( ) Semilíquida: (x)  
Forma: (x) Pastosa: ( )  
Líquida: ( ) Espumosa: ( )  
Color de las heces: Amarilla: (x) Verde: ( ) Café: (x) Negra: ( ) Blanca: ( )  
Olor de las heces: Ácida: ( ) Fétida: (x) Otros: ( ) Moco: ( ) Sangre: ( )  
Restos de alimentos: En ocasiones  
Dolor al evacuar: No  
Hábitos para evacuar: Se cambian cada que evacuaron

### 3. Oxigenación

#### Signos vitales: Tensión arterial:

Frecuencia cardíaca: G 1: 150 x min. G2: 134 x min.

Pulso: Regular: (x) Irregular: ( )

Respiración: G1: 54x min. Regular: (x) Irregular: ( ) Aleteo nasal: ( ) Respiración  
G2: 56 x min. xifoidea: ( )

Disociación torácica: No Abdominal: No

Ruidos respiratorios: En ninguno de los pulmones

Ventilación: No

Respiración: Asistida: No Controlada: No

Secreciones bronquiales: No

Por tubo traqueal/ nasal: No

Por cavidad oral/nasal: No

Humidificación y oxigenación: No

Dificultad respiratoria cuando camina: No

Coloración de la piel: Color: Rozada Integridad: Diaforesis: Petequias: Rash:

### 4. Reposo y sueño

Horas de sueño: 12 horas

Que costumbres tiene antes de dormir: Tomar leche

A qué hora se duerme: a las 9:30 pm

A qué hora se levanta: a las 8:00 am

Duerme con Luz: (x) Música: (x) Otras costumbres:( )

¿Con quién duerme? Duermen las dos juntas en su cuna

Tiene cuarto separado: No duermen con sus padres

Despierta de noche: Si a pedir su leche

Es sonámbulo: No

Tiene pesadillas: ( ) Duerme siesta: (SI )

### **Valoración neurológica**

Respuesta a estímulos: Dolorosos: ( ) Calor: (x) Frio: (x) Reflejos: Presentes

Actividades motoras Activo: (x) Letárgico: ( ) Tranquilo: ( ) Dormido: ( )

### **5. Vestido**

Característica de la ropa del niño: Algodón, holgada, suave

Higiene: Ropa limpia

Costumbres en el uso del vestido: Se le cambia de ropa cada vez que este sucia

Significado del vestido: Es una necesidad que el ser humano tiene para cuidar su integridad

Tiene suficiente ropa: Si lo necesario para vestirlo diariamente y cada vez que este sucia

Se viste solo: No por la edad que tienen necesitan ayuda para hacerlo

### **6. Temperatura**

Considera usted que la temperatura donde duerme el niño es: Adecuada puesto que tiene ventilación y por lo tanto la habitación se encuentra templada

¿Su niño es friolento? No

Estas acostumbrado a tomarle la temperatura a su niño: No, al menos de que las sienta muy calientes entonces si se las tomo, con un termómetro digital.

## **7. Movimiento y postura**

A qué edad fijo la mirada: G1: 2 ½ meses G2: 3 meses.

Siguió los objetos con la mirada: Ambas a los 2 meses

Se sentó con ayuda: Ambas a 4 meses

Se sentó solo: Ambas a los 6 meses

Se paró: G1: 8 meses, G2 8 ½ meses

Camino: G1 1 <sup>2</sup>/<sub>12</sub> meses. G2 1 año

Subió escaleras: Ambas al 1 <sup>3</sup>/<sub>12</sub>

Camina con ayuda de algún aparato ortopédico: No, sin embargo la gemela 1 en tratamiento con zapato ortopédico, por que padece de pie varo.

## **8. Comunicación**

¿Cuánto tiempo tienen en el domicilio actual? 1 año

Cuantos hermanos son: Son hijas únicas

Hay otras personas que vivan en la casa: Si

El niño vive con: Sus padres, tíos y abuelitos

El niño usa anteojos: No Aparato auditivo: No

Describe el carácter del niño: Son muy risueñas, casi no lloran al menos que estén enfermas o tengan alguna necesidad como comer, que se les cambie o dormir, rara vez hacen berrinches, son un poco gritonas, les gusta mucho con vivir con otros niños.

Con quien acude el niño cuando le falta algo: Con su mama, o su abuelita.

Con quien hace la tarea: aun no hace tarea

## **9. Higiene**

A qué hora acostumbra el baño: Al medio día

Se baña solo: No por la edad que tiene requiere de ayuda para hacerlo

Cuantas veces se cepilla los dientes: 1 al día

Tiene prótesis dental: No

Cuando fue la última visita al dentista: Ninguna

Se peina solo: No con ayuda

### **10. Recreación**

Que preferencia tiene el niño con los juegos: Les gusta mucho jugar con juegos didácticos como lo son cubos, figuras geométricas, etc. también le llaman la atención las muñecas y con el agua.

Los objetos: Les llaman mucho la atención los trastes de cocina, porta retratos, recuerdos, etc.

Las mascotas: Les llama la atención los perros y pájaros

Las personas: A todas las personas les sonríen, les gusta jugar con niños

Mencione los programas de televisión, películas, y paseos preferidos por el niño: A su edad no tienen alguna película o programa de televisión preferido, pero puedo decir que les gusta ver videos musicales en youtube.

### **11. Creencia y religión**

Cuál es la práctica religiosa de la familia: Católica

Como participa el niño en esa práctica: A un no tiene la capacidad para practicarla

Para usted cuál cree que fue la causa de la enfermedad: No hay enfermedad

Cuando alguien de la familia se enferma que hace usted para mejorar el problema:

Pues de acuerdo a la religión rezar por que mejore, y bríndale cuidados.

### **12. Seguridad y protección**

Ha consultado a otra persona u organismos sobre la salud de su hijo: Si, con su pediatra

cómo han programado sus vistas en el hospital: Si

Describa los medios que tiene para resolver la enfermedad de su hijo: Antes que nada, lo primordial es llevarlo a que lo atienda un médico pediatra para saber el diagnostico, y posteriormente seguir el tratamiento al pie de la letra.

Puede usted participar en los cuidados de su hijo: Si, al pendiente de ellas y ayudarlas a cubrir sus necesidades ya que por su edad necesitan de mis cuidados  
Diga los temores que tiene sobre la enfermedad de su hijo: A un que no estén enfermas, si tengo temores pues están expuestas a sufrir accidentes

Separación de los padres: No

Enfermedad crónica de algún familiar: Abuela paterna hipertensa, abuela materna diabética.

Existe la posibilidad de que haya contacto con niños que padezcan alguna enfermedad contagiosa: No, puesto que siempre se encuentran dentro de casa

Toma medicamentos en el hogar: No, solo cuando se enferman de resfriado o infecciones del estomago

---

### **13. Aprendizaje**

---

Su niño está acostumbrado a ir a la escuela: No

Le gusta estar en casa: Si

Qué grado escolar cursa: Ninguno

El niño estuvo hospitalizado antes: Si

A qué edad: 72 horas de nacidas

Que información tiene el niño sobre la hospitalización: Ninguna

Que costumbres nuevas tiene el niño: De acuerdo a su edad y por la etapa en que se encuentran existen muchas actividades y costumbres nuevas para ellas, ya que por su desarrollo y crecimiento tienen la habilidad de aprender y conocer cosas nuevas.

De qué tema le gustaría tratar con el personal de enfermería: Pues primeramente que nada me gustaría conocer los programas e información que hay acerca del desarrollo y crecimiento de mis niñas, así como los cuidados que debo brindarles, el cómo alimentarlas, estimularlas con ejercicios, los factores de riesgo para enfermedades y lesiones.

## **14. Realización**

Que espera usted de su hijo: Primero que nada, que crezca sano y fuerte

Qué esperas de tus padres:

a quien de la familia imita su hijo: A sus abuelos

El niño forma parte de algún grupo social distinto de la escuela: Ninguno

Como padre que sugiere para que el niño se adapte más rápido a la sociedad:

Enseñarle a con vivir con las personas sin importar la edad ni género, así mismo permitirle que conozca otros lugares como parques etc.

### **8.11 Análisis de las 14 Necesidades**

De acuerdo a la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson, se observaron alteración de las siguientes necesidades:

La necesidad de Alimentación se encuentra alterada, con base a la norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-2014, Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente. El percentil normal de peso en niñas de 2 años es de 11.5 peso ideal y su peso real es para la gemela 1 de 15,900 kg y gemela 2 es de 16 kg por tanto están por arriba del percentil con relación a su talla y peso con obesidad.

Protección y seguridad se encuentra alterada por el tipo de paciente lactante que se está manejando pues es más vulnerable al aumento de susceptibilidad de riesgo de caídas que puede causar daños físicos y comprometer su salud, así mismo por el padecimiento de pie vago de la gemela 1 que está en tratamiento.

Aprendizaje: proporcionar información concreta a los padres sobre acciones parenterales para proporcionar un mejor cuidado al lactante de acuerdo a la alimentación, estimulación temprana, así como brindarle un entorno físico, emocional, espiritual, social, seguro, enriquecedor y positivo.

Sin embargo, las 14 necesidades de Virgínea Henderson no arrojaron datos de neurodesarrollo y la taxonomía NANDA, NOC, NIC, no nos permiten desarrollar como tal un diagnóstico de enfermería enfocado al neurodesarrollo. es por ello que para identificar las necesidades alteradas de las lactantes nos vimos en la necesidad de utilizar la Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI) que es una prueba de tamizaje enfocada a niños de cero a cinco años de edad que tiene como objetivo medir distintos aspectos del desarrollo en grupos de edad predefinidos. Evalúa las áreas de desarrollo motor: MG: motriz gruesa MF: motriz fina LE: lenguaje SO: social CO: conocimiento. (ver anexo 1)

En la cual se identificaron tres alteraciones

1. Retraso en el desarrollo motor fino.
2. Retraso en el desarrollo del lenguaje
3. Dificultad para establecer relaciones sociales
4. Desviación ocular de ojo izquierdo

<b>TABLA No. 8</b>						
<b>8.12. Conclusión de los Diagnósticos de Enfermería</b>						
<b>Priorización</b>	<b>Necesidad</b>	<b>Grado de dependencia</b>		<b>Causas de la dificultad</b>		<b>Diagnóstico de enfermería</b>
4	Alimentación	I		F		Riesgo de Crecimiento desproporcionado
		PD		V		
		D	<b>x</b>	C	<b>X</b>	
13	Protección y seguridad	I		F		Riesgo de Caídas
		PD		V		
		D	<b>x</b>	C	<b>X</b>	
12	Aprendizaje	I		F		Disposición para mejorar el rol parental
		PD		V		
		D	<b>x</b>	C	<b>x</b>	
* (I) Independiente (PD) Parcialmente dependiente (D) Dependiente						
* (F) Fuerza (V) Voluntad (C) Conocimiento						

**TABLA N° 9****8.13. Jerarquización de Necesidades**

<b>Numero</b>	<b>Necesidad</b>	<b>Diagnóstico de Enfermería</b>
1.	15. Alimentación	Riesgo de crecimiento relacionado con gestación múltiple, hábitos incorrectos de alimentación por parte del cuidador, prematuridad.
2.	12. Seguridad y Protección	Riesgo de caídas, relacionado con Edad < 2 años, ausencia de puertas en la escalera.
3.	13. Aprendizaje	Disposición para mejorar el rol parenteral manifestado por padre/madre expresa el deseo de mejorar el apoyo emocional al niño y deseo de mejorar la maternidad/paternidad

8.14 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA) (1)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
	ESCALA DE MEDICIÓN: 1. Desviación grave del rango normal, 2. Desviación sustancial del rango normal, 3. Desviación moderada del rango normal, 4. Desviación leve del rango normal, 5. Sin desviación del rango.			
	RESULTADO	INDICADORES	PUNTIACIÓN DIANA	
			MANTENER	AUMENTAR
DOMINIO:13 CRECIMIENTO/DESARROLLO CLASE: 1 CRECIMIENTO CODIGO: 00113 <b>Riesgo de Crecimiento desproporcionado</b> Vulnerable a un crecimiento por encima del percentil 97 o por debajo del percentil 3 para la edad, que puede comprometer la salud. FACTORES DE RIESGO <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestación múltiple</li> <li>• Hábitos incorrectos de</li> </ul>	DOMINIO: 1 SALUD FUNCIONAL CLASE: B CRECIMIENTO Y DESARROLLO CODIGO: 0110 <b>Crecimiento</b> Crecimiento normal del peso y la talla corporal durante los años del crecimiento.	<b>011002</b> percentil del peso por edad <b>011003</b> percentil del peso por la talla <b>011004</b> tasa de aumento de peso <b>011005</b> tasa de aumento de talla <b>011006</b> percentil de longitud por edad <b>011008</b> percentil del perímetro craneal por edad	4 4 4 3 3 4	5 5 5 5 5 5

alimentación por parte del cuidador		<b>011010</b> índice corporal medio	4	5
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prematuridad</li> </ul>				

**CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)**

CAMPO: 5 FAMILIA

CLASE: W CUIDADOS DE UN BEBE NUEVO

CODIGO: 5661

**Enseñanza; nutrición del niño (19- 24 meses)**

Enseñanza de las prácticas de nutrición y alimentación de los diecinueve a los veinticuatro meses de vida

**ACTIVIDADES**

- Proporcionar a los progenitores materiales por escrito adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas
- Enseñar a los progenitores o cuidador a dejar el biberón
- Enseñar a los progenitores/cuidador animar a beber agua para la sed
- Enseñar a los progenitores/cuidador a seguir utilizando la cuchara y comer solo
- Enseñar a los progenitores/cuidador a ofrecer alimentos ricos en hierro y proteínas

**FUNDAMENTACIÓN**

Una adecuada nutrición durante la infancia y niñez temprana es esencial para asegurar que los niños alcancen todo su potencial en relación al crecimiento, salud y desarrollo. Los primeros dos años de vida brindan una ventana de oportunidad crítica para asegurar el apropiado crecimiento y desarrollo de los niños, mediante una alimentación óptima.

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Enseñar a los progenitores/cuidador a comer con horarios regulares y con la familia</li><li>• Enseñar a los progenitores/cuidadora a aumentar o reducir los alimentos, según sea conveniente</li><li>• Enseñar a los progenitores/cuidador a evitar las bebidas de frutas y la leche aromatizada</li><li>• Enseñar a los progenitores/cuidador a leer las etiquetas del contenido nutricional</li></ul> |  |
|---|--|

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA (2)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
	ESCALA DE MEDICIÓN: Nunca demostrada, Raramente demostrada, A veces demostrada, Frecuentemente demostrada, Siempre demostrada			
	RESULTADO	INDICADORES	PUNTIACIÓN DIANA	
			MANTENER	AUMENTAR
DOMINIO: 11 SEGURIDAD Y PROTECCION CLASE: 2 LESION FISICA CODIGO: 00155 <b>Riesgo de Caídas</b> Vulnerable en un aumento de la susceptibilidad las caídas que pueden causar daño físico y que comprometer loa salud.	DOMINIO: IV CRECIMIENTO Y CONDUCTA DE SALUD CLASE: CONOCIMIENTO SOBRE LA SALUD CODIGO:1905 <b>Conducta de prevención de caídas</b>	<b>190903</b> colocar barreras para prevenir caídas	3	4
		<b>190905</b> utilizar el pasamanos si es necesario	3	5
		<b>190915</b> utilizar barandillas si es necesario	3	4
		<b>190914</b> utilizar alfombrillas de goma en la bañera	2	4
		<b>190910</b> utilizar zapatos bien ajustados con cordón	4	5
		<b>100916</b> controla la inquietud	3	4

## CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

Campo: Seguridad; cuidados que apoyan la protección contra daños

Clase: V Control del riesgo

Código: 6490

**Prevención de caídas:** establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesión de caída

### ACTIVIDADES

- Identificar conductas y factores que afecten el riesgo de caídas
- Identificar las características del ambiente que puedan aumentar la posibilidad de caídas
- Ayudar a la deambulaci3n
- Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo
- Disponer de barandillas y pasamanos disponer muebles firmes que no se caigan si se utilizan como apoyo
- Asegurar de que el lactante lleve zapatos que se ajusten correctamente
- Informar a los padres sobre los factores de riesgos que contribuyan a las caídas y como disminuirlos
- Ayudar a los padres a identificar los peligros del hogar

### FUNDAMENTACI3N

Las caídas son las lesiones más frecuentes en niños, no obstante, debidas a que la mayoría de ellas son caídas sin consecuencias físicas, su prevención recibe menos atención que otro tipo de lesiones. Sin embargo, son la tercera causa de muerte por lesión no intencionada.

La casa, la guardería, la calle y la escuela son los lugares en los que los menores están más expuestos a sufrir accidentes inesperados, principal causa de mortalidad infantil, por lo que es preciso tomar en cuenta diversas actividades de protección.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA (3)				
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
	ESCALA DE MEDICIÓN: 1. Nunca demostrado, 2. Raramente demostrado, 3. A veces demostrado, 4. Frecuentemente demostrado, 5. Siempre demostrado			
	RESULTADO	INDICADORES	PUNTIACIÓN DIANA	
MANTENER			AUMENTAR	
DOMINIO: 7 ROL/RELACIONES CLASE: 1 ROL DEL CUIDADOR CODIGO: 00164 <b>Disposición para mejorar el rol parental</b> Patrón de provisión de un entorno para los niños u otras personas dependientes que es suficiente para favorecer el crecimiento y desarrollo y que puede ser reforzado.  CARACTERISTICAS DEFINITORIAS	DOMINIO: VI SALUD FAMILIAR	<b>290701</b> muestra una relación cariñosa	4	5
	CLASE: DD SER PADRE	<b>290702</b> proporciona actividades para el desarrollo seguras y apropiadas para la edad	4	5
	CÓDIGO: 2907	<b>290703</b> interactúa con el niño pequeño para promover la confianza	4	5
	<b>Desempeño del rol de padres: niño pequeño</b>	<b>290704</b> interactúa con el niño para promover el desarrollo del lenguaje	4	5
	Acciones parenterales para proporcionar a un niño pequeño un entorno físico, emocional, espiritual, social, seguro, enriquecedor y positivo desde 1 año hasta los 2 años.	<b>290705</b> estimula las interacciones con otros niños	4	5
		<b>290706</b> promueve el comienzo de	4	5

<ul style="list-style-type: none"> <li>• El padre/madre expresa el deseo de mejorar el apoyo emocional al niño.</li> <li>• Expresa deseo de mejorar la maternidad/paternidad</li> </ul>		<p>la independencia</p> <p><b>290720</b> mantiene un entorno de sueño seguro</p> <p><b>290723</b> ofrece variedad de alimentos</p>	4	5
			4	5

### CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

CAMPO: 3. CONDUCTUAL

CLASE: S EDUCACION DE LOS PACIENTES

CODIGO: 5566

#### Educación parental: crianza familiar de los niños

Ayudar a los progenitores a comprender y fomentar el crecimiento y el desarrollo físico, psicológico y social de su bebe, niño/s en edad preescolar o escolar.

#### ACTIVIDADES

- Comprender la relación entre la conducta del progenitor y los objetivos apropiados según la edad del niño
- Identificar la presencia de los factores de estrés de la familia
- Identificar las tareas y objetivos del desarrollo adecuados para el niño
- Identificar los mecanismos de defensa más utilizados por el grupo de edad

#### FUNDAMENTACIÓN

El desarrollo de las habilidades cognitivas y sociales de los niños necesarias para un adecuado rendimiento posterior en la escuela, se puede impulsar mejor con un modelo parental receptivo. La capacidad de respuesta es un aspecto de apoyo a la crianza Los padres que dan afecto positivo y altos niveles de calidez, que se vincula a una respuesta receptiva contingente a las señales entregadas por el niño pequeño "respuesta contingente". son los

- Facilitar a los progenitores la explicación de métodos de disciplina disponible, su selección y los resultados obtenidos
- Enseñar a los progenitores las características fisiológicas emocionales y cognitivas normales de los niños
- Proporcionar recursos en línea libros y bibliografías diseñadas para enseñar a los progenitores sobre la crianza de los niños
- Enseñar a los progenitores la importancia de una dieta equilibrada, tres comidas al día y tentempiés nutritivos
- Revisar las necesidades nutricionales específicas de los grupos concretos de la edad
- Revisar el tema de la higiene bucal con los progenitores
- Revisar el tema del aseo personal con los progenitores
- Revisar las cuestiones de seguridad con los progenitores, tales como el encuentro de los hijos con desconocidos y seguridad en el agua y al montar en la bicicleta.

aspectos de un estilo receptivo. Estos aspectos, en combinación con conductas que responden cognitivamente a las necesidades del niño, incluyendo la provisión de un valioso aporte verbal, y el mantenimiento y expansión de los intereses del niño, proporcionan una sólida base de apoyo necesario para los múltiples aspectos del aprendizaje infantil.

A través de la reiteración de las experiencias positivas, se desarrollan los vínculos afectivos y confiable entre padres/madres e hijos, que a su vez permite al niño generalizar su aprendizaje a nuevas experiencias. Estas respuestas sensibles promueven en el niño su interés constante en las actividades de aprendizaje con sus padres.

### 8.15 Jerarquización de Necesidades/problemas con la evaluación del desarrollo Infantil (EDI) 1

1	Retraso en el desarrollo motor fino	Ambas gemelas Dificultad al tomar la cuchara y llevarla a la boca (derraman el alimento)
2	Retraso en el desarrollo del lenguaje	Falta de vocabulario para su edad
3	Dificultad para establecer relaciones sociales confianza/desconfianza	Manifiesta timidez hacia extraños sobre todo en personas adultas
4	Presenta alteración o simetría en la movilidad de ojos	Desviación en ojo izquierdo (movimientos oculares internos) gemelas

### 8.16 Plan de Atención de Cuidados con el Método PES (Problema, Etiología y Sintomatología)

**Objetivo:** Implementar estrategias de estimulación para el desarrollo psicomotriz fino acordes a su edad de la menor a fin de que adquiera las habilidades y destrezas que no ha logrado alcanzar.

NECESIDAD PROBLEMA	DIAGNOSTICO	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
Retraso del desarrollo Psicomotor fino	Retraso en el desarrollo motor fino relacionado con inmadurez neurológica ocasionada por nacimiento de 36 SDG y falta de estimulación temprana; manifestado por dificultad al tomar la cuchara y llevarla a la boca.	<p>Dar instrucciones lentas, claras y precisas mirando fijamente al niño a los ojos.</p> <p>Implementar actividades para que el niño adquiera habilidades y destrezas en el área motriz finas en la coordinación óculo-manual.</p> <p>Estimular los músculos oculares por medio de ejercicios.</p> <p>Implementar actividades que ayuden al niño a que se concentre y preste atención a los detalles.</p>	<p>Colorear dibujos para favorecer la coordinación</p> <p>Guardar objetos pequeños en un frasco de boca pequeña</p> <p>Colocar aros en un soporte, los mayores abajo y los pequeños más arriba.</p> <p>Hacer tiras de papel y cómo pegarlas en una hoja más grande.</p> <p>Ofrecer crayones para que haga garabatos en hojas de papel.</p> <p>Hacer bolitas y aros con masa o plastilina.</p> <p>Abrir y cerrar el puño</p> <p>Clasificar objetos</p>	<p>El desarrollo motor involucra la adquisición progresiva de habilidades motoras que permiten mantener un adecuado control postural, desplazamiento y destreza manual, la cual requiere de la aparición y desaparición de los reflejos primitivos controlados por los niveles inferiores del sistema nervioso central (SNC), mismos que permiten respuestas posturales y motoras funcionales y voluntarias; el desarrollo motor fino se produce en sentido próximo distal, y está relacionado con el uso de las partes individuales del cuerpo, como las manos; lo cual requiere de la coordinación óculo-manual para realizar actividades como coger juguetes, manipularlos, agitar objetos, dar palmadas, tapar o destapar objetos, agarrar cosas muy pequeñas, enroscar, hasta llegar a niveles de mayor complejidad como escribir.</p>

## Plan de Atención de Cuidados con el Método PES (Problema, Etiología y Sintomatología)

**Objetivo:** Fomentar el desarrollo intelectual y afectivo para estimular las habilidades lingüísticas de la menor y fortalecer el vínculo afectivo padres-hija.

NECESIDAD	DIAGNOSTICO	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
Retraso en el desarrollo del lenguaje	Retraso en el desarrollo del lenguaje, relacionado con la falta de estimulación cognitiva y afectiva por parte de los padres y cuidadores; Manifestado por acciones gestuales que no corresponde a su edad ya que en esta etapa debería de tener un lenguaje pre-verbal	Instruir a los padres o cuidadores para que pronuncien las cosas por su nombre y hacer que la niña las repita.  Instruir a los padres para que den instrucciones concretas con palabras sencillas para que la menor las comprenda y repita.  Ejercitar el desarrollo del lenguaje por medio de imágenes, objetos y canciones infantiles.  Incentivar al niño a que señale objetos para que las relacione con su nombre	Mostrar en una cartulina dibujos de objetos, animales, alimentos, flores etc. y hacer que la niña las señale y las pronuncie  Mostrar a la niña diferentes objetos. Una manzana y una naranja y preguntarle ¿Cuál es la manzana? esto es una manzana o una naranja? que señale cual es la manzana  Hacer preguntas que lleven una afirmación o negación para que la niña responda con un movimiento de cabeza con un ¡sí! o ¡no! moviendo la cabeza y que la  Pregúntale a la niña por	Desarrollo del lenguaje constituye una nueva herramienta que el niño pequeño utiliza para comprender el mundo. Este le permite pensar sobre sucesos y objetos antes y después que ocurran. El lenguaje gestual, con recepción de la vía visual y emisión a través de gestos o muecas faciales y manuales se presenta entre 0-12 meses; el lenguaje verbal, con recepción por vía auditiva y emisión a través del habla está presente entre 1-5 años.  En la adquisición del lenguaje se distingue inicialmente la etapa pre-verbal, que ocurre durante los primeros 10 a 12 meses de edad, durante esta etapa, la comunicación del niño es de tipo afectivo y gestual con su medio familiar. Su desarrollo dependerá de la interacción en las relaciones afectivas e intelectuales del niño, de su personalidad, de su maduración biológica (del sistema nervioso, auditivo, aparato fonador e inteligencia) y de los propios procesos de aprendizaje.  Para su adquisición, se requiere de los órganos de la respiración (pulmones, músculos costales y el diafragma, necesarios para la emisión de

			<p>las por cualquier parte de su cuerpo, que la señale y que la pronuncie.</p> <p>Ejemplo</p> <p>¿Dónde está tu nariz? ¿Dónde está tus orejas?</p> <p>Enseñarle canciones que le dejen un mensaje como los números y colores.</p> <p>Nombrarle la primera parte de la palabra y que la niña la complete:</p> <p>Ejemplo:</p> <p>Esto es una man.....(manzana)</p>	<p>sonidos); de los órganos de la fonación (laringe y las cuerdas vocales, que se emplean en la producción de la voz); los órganos de resonancia (faringe, boca y fosas nasales, que modulan el tono de los sonidos), y de los órganos de la articulación (paladar, lengua, mandíbulas, labios y dientes) que modularán el tono de la voz.</p>
--	--	--	---	--

## Plan de Atención de Cuidados con el Método PES (Problema, Etiología y Sintomatología)

**Objetivo:** Fomentar la autoconfianza y seguridad mediante el contacto físico, así como potencializar la socialización y facilitar la capacidad del desarrollo de habilidades para interactuar con los demás.

NECESIDAD	DIAGNOSTICO	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
Dificultad para establecer relaciones sociales confianza /desconfianza	Dificultad para establecer relaciones sociales confianza/desconfianza, relacionadas con vínculos afectivos deficientes de padres y cuidadores, manifestado por desconfianza y timidez hacia extraños sobre todo en personas adultas.	<p>Fomentar los vínculos afectivos entre padres, cuidadores y niña.</p> <p>Demostrar afecto con abrazos y besos</p> <p>Reconocer y festejar los logros alcanzados con aplausos y palabras de reconocimientos.</p> <p>Estimular su aprendizaje mediante actividades de confianza.</p> <p>Favorecer el valor de compartir</p>	<p>Ofrecer ambas manos a la niña para que las tome y bajen juntos a la posición de canchillas</p> <p>Dar instrucciones a través del juego y que a la niña haga algo</p> <p>Ejemplo: Siéntete, acuéstate, grita, abrázame.</p> <p>Mantener una conversación de por lo menos dos intercambios consecutivos sin interrupciones.</p> <p>Colocar al niño frente a un espejo para que se reconozca</p>	<p>Relaciones sociales de confianza/desconfianza:</p> <p>Se centra en la naturaleza psicosocial de los individuos. En la teoría de Erickson se establecen estadios psicosociales durante ocho periodos de la vida humana. En cada estadio se identifica una crisis, es decir un obstáculo especial que debe superarse para que se pueda producir un desarrollo sano de la personalidad.</p> <p>El estadio que se manejará será el de autonomía frente a duda y vergüenza 1-3 años la sensación de autonomía e independencia del niño pequeño se demuestra con el control de esfínteres, diciendo “no” cuando se le</p>

		Enseñar hábitos o palabras de cortesía	y decirle lo bella que es.  Mostrarle gestos de afecto (palabras cariñosas, abrazos)	pide hacer algo y dirigiendo la actividad motora, los niños que son constantemente criticados por su expresión de autonomía o por la falta de control desarrollan una sensación de vergüenza sobre si mismo y dudas sobre sus habilidades.
--	--	--	--	--

## Plan de Atención de Cuidados con el Método PES (Problema, Etiología y Sintomatología)

**Objetivo:** Alcanzar la mejor alineación ocular posible para que estéticamente no se note la desviación y desarrollar la visión normal

NECESIDAD	DIAGNOSTICO	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
Desvió de ojo izquierdo	Desviación de ojo izquierdo relacionado con inmadurez de músculos oculares manifestado por movimientos oculares internos	Realizar reflejo de fijación y de seguimiento Agudeza visual de acuerdo a la edad Realizar estudio de refracción Intervención quirúrgica	Tapar un ojo con un oclisor y con luz puntual o juguete se moverá de un lado a otro para observar el comportamiento de la niña a la fijación y seguimiento del mismo  Realizar agudeza visual en ambos ojos para cuantificar la visión de los dos con ayuda de la niña.	Desviación ocular:  Está caracterizada por la alteración de aparato óculo-motor denominada estrabismo  Las desviaciones oculares que ocurren durante el primer mes de vida son consecuencia de la inestabilidad óculo-motora que nos indica necesariamente la presencia de una anomalía. Para su corrección se realiza una cirugía que consiste en debilitar los músculos hiperfuncionales o bien reforzar la acción de los músculos hipofuncionales

## CAPITULO 4

### IX. MARCO LEGAL

Las políticas públicas se orientan de acuerdo a la legislación vigente, los gobiernos locales y federales deben de inscribir sus acciones hacia la niñez a partir del marco que les da origen y que los regula en este sentido en lo que respecta Los niños y niñas con rezago en su desarrollo y sus familias requieren de los servicios de distintos profesionales en tres ámbitos diferentes: Los Servicio de Salud, el educativo y social, de forma simultánea.

Los profesionales de estos tres ámbitos, en especial los de la salud son los responsables de realizar la detección de necesidades mediante las valoraciones, los diagnósticos, las intervenciones y las evaluaciones, así como programas y su seguimiento. Esta atención constituye un derecho tanto del niño como de su familia y una responsabilidad profesional ética y legal de los profesionales de la salud, en particular de enfermería con el fin de ofrecer una atención de calidad; para lo cual, México cuenta con un marco jurídico que se encarga de salvaguardar los derechos del niño.

Con base en lo anterior, el Marco legal y normativo para el desarrollo infantil temprano en México el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 establece como líneas de acción dentro de la meta nacional II. México Incluyente: ***"Promover acciones de desarrollo infantil temprano"*** y ***"Promover el desarrollo integral de los niños y las niñas, particularmente en materia de salud, alimentación y educación, a través de la implementación de acciones coordinadas entre los tres órdenes de gobierno y la sociedad civil"***.

En cuanto al Programa Sectorial de Salud 2013-2018 incluye "***Fomentar el desarrollo de capacidades para ofrecer a los niños y niñas prácticas de crianza saludables y estimulación temprana***" y "***Reforzar la acción comunitaria en el desarrollo infantil y la educación inicial***". Con base en lo anterior se presentan de forma general el marco legal que sustenta este trabajo:

## **9.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**

**9.1.1 Artículo 1º:** Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

**9.1.2 Artículo 4º:** Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez.<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> Venustiano Carranza, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación 5 de febrero de 1917 Última reforma DOF 29 de enero de 2016, Pag. 1-6

## **9.2 Ley General De Salud**

### **Disposiciones Generales**

**9.2.1 Artículo 1o.-** La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

**9.2.2 Artículo 2o.-** El derecho a la protección de la salud, El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana, la protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.

### **9.3 Atención Materno-Infantil**

**9.3.1 Artículo 61.** La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende las siguientes acciones: La atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio; La atención del niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna y su salud visual; La promoción de la integración y del bienestar familiar.

**9.3.2 Artículo 62.** En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.

**9.3.3 Artículo 63.** La protección de la salud física y mental de los menores es una responsabilidad que comparten los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad sobre ellos, el Estado y la sociedad en general.

**9.3.4 Artículo 64.** En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán: Procedimientos que permitan la participación activa de la familia en la prevención y atención oportuna de los padecimientos de los usuarios; Acciones de orientación y vigilancia institucional, fomento a la lactancia materna y, en su caso, la ayuda alimentaria directa tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno-infantil, y Acciones para controlar las enfermedades prevenibles por vacunación, los procesos diarreicos y las infecciones respiratorias agudas de los menores de cinco años.

**9.3.5 Artículo 65.** Las autoridades sanitarias, educativas y laborales, en sus respectivos ámbitos de competencia, apoyarán y fomentarán: Los programas para padres destinados a promover la atención materno-infantil; Las actividades recreativas, de esparcimiento y culturales destinadas a fortalecer el núcleo familiar y promover la salud física y mental de sus integrantes; La vigilancia de actividades ocupacionales que puedan poner en peligro la salud física y mental de los menores y de las mujeres embarazadas, y Acciones relacionadas con educación básica, alfabetización de adultos, acceso al agua potable y medios sanitarios de eliminación de excreta.<sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-indice.htm>, actualizada en diciembre 2007

## 9.4 NORMAS OFICIALES MEXICANAS

La enfermería es una disciplina fundamental en el equipo de salud, su creciente aportación en los procesos de mantenimiento o recuperación de la salud del individuo, familia o comunidad en las diferentes etapas de la vida, ha demostrado la importancia del papel que desempeña. La formación académica del personal de enfermería, evoluciona a la par del avance tecnológico de los servicios de salud del país y al orden internacional, con el objetivo de ofrecer servicios de salud de calidad, acorde a los diferentes roles que ejerce en su contribución a la solución de los problemas que afectan a la población.

Por esta razón, es de suma importancia situar de forma clara y organizada, el nivel de responsabilidad que el personal de enfermería tiene en el esquema estructural de los establecimientos para la atención médica en los sectores públicos.<sup>31</sup>

### **9.4.1 Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio, de la Persona Recién Nacida.**

Esta Norma es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional, para el personal de salud de los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud, que brindan atención a mujeres embarazadas, durante el parto, puerperio y de las personas recién nacidas.

La atención médica que reciban las mujeres en edad reproductiva en los establecimientos para la atención médica públicos, privados y sociales del país, debe ser con un enfoque preventivo, educativo, de orientación y consejería,

---

<sup>31</sup> Estados Unidos Mexicanos. Secretaría de Salud. Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la Práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud

enfocada a considerar la reproducción humana como una expresión de los derechos reproductivos, para que sea libremente escogida y segura; fomentando la corresponsabilidad en el cuidado de la salud de la mujer, su pareja y la comunidad.<sup>32</sup>

#### **9.4.2 Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud.**

La enfermería es una disciplina fundamental en el equipo de salud, su creciente aportación en los procesos de mantenimiento o recuperación de la salud del individuo, familia o comunidad en las diferentes etapas de la vida, ha demostrado la importancia del papel que desempeña. La formación académica del personal de enfermería, evoluciona a la par del avance tecnológico de los servicios de salud del país y al orden internacional, con el objetivo de ofrecer servicios de salud de calidad, acorde a los diferentes roles que ejerce en su contribución a la solución de los problemas que afectan a la población.

Por esta razón, es de suma importancia situar de forma clara y organizada, el nivel de responsabilidad que el personal de enfermería tiene en el esquema estructural de los establecimientos para la atención médica en los sectores públicos.<sup>33</sup>

#### **9.4.3 Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la Atención a la Salud del Niño.**

La presente Norma Oficial Mexicana establece los criterios, estrategias, actividades y procedimientos aplicables al Sistema Nacional de Salud en todas las

---

<sup>32</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio, de la Persona Recién Nacida. DOF: 07/04/2016

<sup>33</sup> Estados Unidos Mexicanos. Secretaría de Salud. Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la Práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud

unidades que proporcionan atención a los niños residentes en la República Mexicana: Para mejorar los actuales niveles de salud del niño, mediante la integración de los programas de prevención y control de las enfermedades que con mayor frecuencia pueden afectarlos, el Gobierno Federal, por conducto de la Secretaría de Salud y del Consejo Nacional de Vacunación, ha considerado normar los siguientes aspectos en relación con la salud del niño: atención integrada, vacunación universal; prevención y control de enfermedades diarreicas; prevención y control de infecciones respiratorias agudas, y control de la nutrición mediante la vigilancia del crecimiento y desarrollo de los niños menores de cinco años y aquellas que son posibles de incorporar posteriormente.

Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria en todas las instituciones que prestan servicios de atención médica de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud y tiene por objeto establecer los requisitos que deben seguirse para asegurar la atención integrada, el control, eliminación y erradicación de las enfermedades evitables por vacunación; la prevención y el control de las enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, vigilancia del estado de nutrición y crecimiento, y el desarrollo de los niños menores de 5 años.<sup>34</sup>

---

<sup>34</sup> Estados Unidos Mexicanos. Secretaría de Salud. Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud, norma oficial mexicana nom-031-ssa2-1999, para la atención a la salud del niño.

#### **9.4.4 Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA2-1993, Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente. Criterios y Procedimientos para la prestación del servicio.**

El crecimiento y desarrollo del niño implica un conjunto de cambios somáticos y funcionales, como resultado de la interacción de factores genéticos y las condiciones del medio ambiente en que vive el individuo. Cuando las condiciones de vida son favorables (físicas, biológicas, nutricionales y psicosociales), el potencial genético puede expresarse de manera integral y, por el contrario, si éstas son desfavorables, la expresión se verá disminuida.

Nutrición humana: Aporte y aprovechamiento adecuado de nutrimentos, que se manifiesta por crecimiento y desarrollo.

Sonometría: Medición de las dimensiones físicas del cuerpo humano.

Longitud: estatura; talla: Medida o talla del eje mayor del cuerpo. La longitud se refiere a la talla obtenida con el paciente en decúbito, en tanto que la estatura se refiere a la talla obtenida con el paciente de pie. Para los fines de esta Norma se utilizará talla como sinónimo de longitud y estatura.

Peso: Medida de la masa corporal

Perímetro cefálico: Medida de la circunferencia craneana.<sup>35</sup>

---

<sup>35</sup>Estados Unidos Mexicanos. Secretaría de Salud. Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA2-1993, Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente. criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

## **9.5 Decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros en México**

Un código de ética hace explícitos los propósitos primordiales, los valores y obligaciones de la profesión. Tiene como función tocar y despertar la conciencia del profesionista para que el ejercicio profesional se constituya en un ámbito de legitimidad y autenticidad en beneficio de la sociedad, al combatir la deshonestidad en la práctica profesional, sin perjuicio de las normas jurídicas plasmadas en las leyes que regulan el ejercicio de todas las profesiones. En enfermería es importante contar con un código ético para resaltar los valores heredados de la tradición humanista, un código que inspire respeto a la vida, a la salud, a la muerte, a la dignidad, ideas, valores y creencias de la persona y su ambiente. Un código que resalte los atributos y valores congruentes con la profesión y que asimismo han sido propuestos por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE).

La Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional relativo al Ejercicio de las Profesiones, contiene los ordenamientos legales que norman la práctica profesional en México. Además, existen otras leyes y reglamentos en el área de la salud que determinan el ejercicio profesional de enfermería. No obstante, es importante orientar y fortalecer la responsabilidad ética de la enfermera. Precizando sus deberes fundamentales y las consecuencias morales que hay que enfrentar en caso de violar alguno de los principios éticos que se aprecian en la profesión y que tienen un impacto de conciencia más fuerte que las sanciones legales en la vida profesional.

### **9.5.1 De los deberes de las enfermeras para con las personas**

**Artículo segundo.** Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho a la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.

**Artículo tercero.** Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

**Artículo cuarto.** Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.

**Artículo quinto.** Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.

**Artículo sexto.** Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.

**Artículo séptimo.** Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.

**Artículo octavo.** Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.

**Artículo noveno.** Acordar, si fuera el caso, los honorarios que con motivo del desempeño de su trabajo percibirá, teniendo como base para determinarlo el principio de la voluntad de las partes, la proporcionalidad, el riesgo de exposición, tiempo y grado de especialización requerida.

### **9.5.2 Los deberes de las enfermeras como profesionistas**

**Artículo décimo.** Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión.

**Artículo décimo primero.** - Asumir la responsabilidad de los asuntos inherentes a su profesión, solamente cuando tenga la competencia, y acreditación correspondiente para atenderlos e indicar los alcances y limitaciones de su trabajo.

**Artículo décimo segundo.** Evitar que persona alguna utilice su nombre o cédula profesional para atender asuntos inherentes a su profesión.

**Artículo décimo tercero.** Contribuir al fortalecimiento de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo.

**Artículo décimo cuarto.** Prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia xenófoba, racista, elitista, sexista, política o bien por la naturaleza de la enfermedad.

**Artículo décimo quinto.** Ofrecer servicios de calidad avalados mediante la certificación periódica de sus conocimientos y competencias.

**Artículo décimo sexto.** Ser imparcial, objetiva y ajustarse a las circunstancias en las que se dieron los hechos, cuando tenga que emitir opinión o juicio profesional en cualquier situación o ante la autoridad competente.

**Artículo décimo sétimo.** Actuar con juicio crítico en la aplicación de las normas instituciones, tomando en cuenta la objeción de su conciencia.

### **9.5.3 Los deberes de las enfermeras para con sus colegas**

**Artículo décimo octavo.** Compartir con objetividad sus conocimientos y experiencias a estudiantes y colegas de su profesión.

**Artículo décimo noveno.** Dar crédito a sus colegas, asesores y colaboradores en los trabajos elaborados individual o conjuntamente evitando la competencia desleal.

**Artículo vigésimo.** Ser solidaria con sus colegas en todos aquellos aspectos considerados dentro de las normas éticas.

**Artículo vigésimo primero.** Respetar la opinión de sus colegas y cuando haya oposición de ideas consultar fuentes de información fidedignas y actuales o buscar asesoría de expertos.

**Artículo vigésimo segundo.** Mantener una relación de respeto y colaboración con colegas, asesores y otros profesionistas; y evitar lesionar el buen nombre y prestigio de éstos.

### **9.5.4 Los deberes de las enfermeras para con su profesión**

**Artículo vigésimo tercero.** Mantener el prestigio de su profesión, mediante el buen desempeño del ejercicio profesional.

**Artículo vigésimo cuarto.** Contribuir al desarrollo de su profesión a través de diferentes estrategias, incluyendo la investigación de su disciplina.

**Artículo vigésimo quinto.** Demostrar lealtad a los intereses legítimos de la profesión mediante su participación colegiada.

### **9.5.5 Los deberes de las enfermeras para con la sociedad**

**Artículo vigésimo sexto.** Prestar servicio social profesional por convicción solidaria y conciencia social.

**Artículo vigésimo séptimo.** Poner a disposición de la comunidad sus servicios profesionales ante cualquier circunstancia de emergencia.

**Artículo vigésimo octavo.** Buscar el equilibrio entre el desarrollo humano y la conservación de los recursos naturales y el medio ambiente, atendiendo a los derechos de las generaciones futuras.

### **9.6 Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México**

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.

6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.<sup>36</sup>

### **9.7 Derechos de la Infancia y Adolescencia en México.**

El desarrollo infantil es uno de los aspectos que ha tomado mayor auge en los últimos años derivado del reconocimiento de los derechos de los niños menores de 5 años, de la evidencia sobre el impacto de esta etapa en el resto de la vida; en materia de salud pública en México el Sistema de Protección Social en Salud, tiene como propósito favorecer que los todos los niños y las niñas menores de 5 años, alcancen su máximo potencial de desarrollo.

En función de lo anterior, en diciembre de 2014, el Ejecutivo Federal expidió la Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, que tiene como objeto reconocer a las niñas y los niños como titulares de derechos en conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

---

<sup>36</sup> Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería. Armada de México Estado Mayor General Dirección General de Sanidad Naval. Código de conducta para la enfermería. Decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros en México.

En el ejercicio de sus derechos, los niños y niñas menores de 5 años tienen necesidades específicas de cuidado físico, atención emocional y orientación cuidadosa, así como de tiempo y espacio para el juego, exploración y aprendizaje social.

En noviembre de 1989, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó por unanimidad la Convención sobre los Derechos del Niño, primer instrumento internacional legalmente vinculante que afirma los derechos humanos para todos los niños y niñas, en todos los países y culturas, en todo momento y sin excepción alguna. En México desde 1990 se han logrado, entre otros avances, reducir significativamente la desnutrición y la mortalidad infantil; garantizar la educación primaria para casi todos los niños y niñas del país, además de adaptar un marco legal a los principios establecidos en esa Convención.

### **9.7.1 El derecho a la supervivencia y al desarrollo**

El derecho a la vida, reconocido por la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) en su artículo 6, es considerado como un principio universal del derecho en diversos instrumentos jurídicos. La Constitución Política de México señala que, para su desarrollo integral, los niños y niñas tienen derecho, entre otros, a satisfacer sus necesidades de alimentación y salud. De la misma forma, la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes garantiza su derecho intrínseco a la vida (artículo 15) en condiciones que permitan su sano y armonioso crecimiento físico, mental, material y social.

### **9.7.2 Desarrollo infantil temprano en México**

La primera infancia, de los cero a los cinco años de edad, representa una fase decisiva en el desarrollo de las capacidades físicas, intelectuales y emotivas de

cada niño y niña, y es la etapa más vulnerable del crecimiento. En esta etapa se forman las capacidades y condiciones esenciales para la vida, la mayor parte del cerebro y sus conexiones. Para ello, el entorno y las condiciones de vida de la madre son fundamentales.

### **9.7.3 Salud materna e infantil**

La salud y la supervivencia de las madres y de sus recién nacidos están estrechamente vinculadas, y muchas de las mismas intervenciones que salvan las vidas de las madres benefician también a sus recién nacidos. En países donde hay tasas elevadas de mortalidad materna también se registran altas tasas de mortalidad neonatal. Reducir el riesgo de mortalidad y morbilidad de las madres mejora directamente las posibilidades de supervivencia del niño. La tasa de mortalidad infantil (TMI) es uno de los principales indicadores de calidad de vida y del estado de salud en una comunidad, ya que está directamente relacionada con las condiciones socioeconómicas de un país.

### **9.8 Carta de los Derechos Del Paciente**

El programa Nacional de Salud destaca la importancia del respeto a los derechos de las pacientes y los pacientes, fomentando una cultura de servicio orientada a satisfacer sus demandas, lo que entraña respetar su dignidad y autonomía, garantizar la confidencialidad de la información generada en la relación médico-paciente y brindar una atención que minimice los múltiples puntos de espera. Sin embargo, es necesario avanzar en la consolidación de una cultura que fomente la participación social y la corresponsabilidad en el cuidado de la salud,

Para lo cual se creó Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) como instancia desconcentrada de la Secretaría de Salud a iniciativa del presidente de la República, su misión es contribuir a tutelar el derecho a la protección de la salud

y su objetivo apoyar la resolución de conflictos suscitados entre los usuarios y los prestadores de los servicios médicos otorgados en instituciones de atención a la salud, tanto públicas como privadas de todo el país, así como, la que prestan los profesionales de la salud que ejercen libremente su profesión.<sup>37</sup>

Es por ello que se encomendó a esta Comisión ha contribuido a favorecer la aplicación de medios alternativos para la solución de conflictos, poniendo a disposición de médicos y pacientes la posibilidad de resolver sus diferencias a través de la conciliación y el arbitraje, llevar a cabo acciones de gestión, que resuelven problemas inmediatos del paciente, realiza recomendaciones para contribuir a elevar la calidad de los servicios médicos y mejorar la relación médico para lo cual, diseño la Carta de los Derechos Generales de las Pacientes y los Pacientes.

#### **1. Recibir atención médica adecuada**

La paciente o el paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.

#### **2. Recibir trato digno y respetuoso**

La paciente o el paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

---

<sup>37</sup> Dr. Carlos Tena Tamayo. recomendaciones para mejorar la atención en enfermería; Comisionado Nacional de Arbitraje Médico, 2003. Pág. 6-10

**3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz**

La paciente o el paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.

**4. Decidir libremente sobre su atención**

La paciente o el paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.

**5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado**

La paciente o el paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico. Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.

**6. Ser tratado con confidencialidad**

La paciente o el paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de

investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

**7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión**

La paciente o el paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

**8. Recibir atención médica en caso de urgencia**

Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, la paciente o el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.

**9. Contar con un expediente clínico**

La paciente o el paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sea asentado en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido.

**10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida**

La paciente o el paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados.<sup>38</sup>

---

<sup>38</sup> Carta de los Derechos Generales de las Pacientes y los Pacientes Diciembre, 2001, disponible en <http://bvs.insp.mx/local/file/carta%der.%20g.%20pacientes.pdf>

## **X. CONCLUSIONES**

Con base a lo anterior hemos llegado a la conclusión del papel tan importante que juega el neurodesarrollo en los lactantes menores de dos años ya que nos ayuda a identificar oportunamente la presencia de anomalías en una o varias de sus áreas, ya sea motora, fina o gruesa, sensorial, del lenguaje o social. Por qué brindar al niño oportunidades para un desarrollo adecuado es el legado más importante que se puede ofrecer a la humanidad.

Un desarrollo infantil pleno, principalmente durante los primeros años de vida, sentará las bases para la formación de un sujeto con todo su potencial y con posibilidades de volverse un ciudadano con mayor poder de resolución. Él mismo será capaz de enfrentar las adversidades que la vida le presente, contribuyendo a reducir las disparidades sociales y económicas dentro de la sociedad.

Así mismo concluimos que nos hacen falta instrumentos para poder valorar adecuadamente el neurodesarrollo de los lactantes. Es fundamental concientizar a los profesionales de salud de nuestro país, acerca de la importancia de la estimulación temprana del niño desde su nacimiento, ya que deben dictar pautas adecuadas de crianza y cuidados infantiles en el seno familiar. En el desenlace de este PAE nos dimos cuenta que como profesionales de enfermería no tenemos las herramientas necesarias para brindar una adecuada valoración neurológica del niño, puesto que no contamos con un instrumento de valoración pediátrica neurología y mucho menos con una del desarrollo del niño, es por ello que para poder realizar nuestra valoración tuvimos que acudir a la Evaluación de Desarrollo Infantil EDI, así como a su valoración neurológica.

También pudimos percatarnos de la falta de diagnósticos en la taxonomía NANDA, NOC y NIC ya que no hay como tal etiqueta diagnosticas de neurodesarrollo que

nos ayuden a elaborar un adecuado diagnóstico. Por los resultados que nos arrojaron la valoración EDI y por la falta de etiquetas diagnósticas nos vimos a la tarea de desarrollar diagnósticos por el método PES, y así poder brindar cuidados de enfermería.

Es importante mencionar que la Estimulación Temprana de 0 a 3 años, afirma que la práctica temprana es importante en el niño ya que posee una vía de entrada por los sentidos visual, auditivo, táctil, gustativo y olfativo y toda estimulación hecha a través de alguno de estos sentidos, hará que llegue a las neuronas y descargue de ellas pequeñas dosis de carga positiva. Con los ejercicios y actividades se ha de estimular unas capacidades que son para el niño, pilares del desarrollo intelectual, físico y social.

## XI. BIBLIOGRAFÍAS

1. Sandra Luévano Ford. Aventuras del Pensamiento, El arte del Cuidado de Enfermería de Florencia Nightingale, Facultad de Enfermería y Nutriología/Universidad Autónoma de Chihuahua, enero-marzo 2008 pág. 1-3
2. Ann Marriner Tomey, Martha Raile A.; Modelos y teorías en enfermería; Historia y filosofía de la ciencia, Séptima Edición; 2011
3. Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) México, informe Anual 2015
4. Dr. Abelardo Ávila Curiel, Mtra. Marsela A. Álvarez, Vigilancia Epidemiológica del Neurodesarrollo Infantil en Comunidades Marginales de México Prueba de Tamiz para Evaluar el Neurodesarrollo Infantil; nov. 2013
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía; Estadísticas a propósito del día internacional de las personas con discapacidad; diciembre 2015
6. Aposta revista de ciencias sociales ISSN 1696-7348 Disponible: <http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/monpuiglob.pdf> nº 54, Julio, agosto y septiembre 2012
7. Krmpotic, Claudia (2000): El Concepto de Necesidad y Políticas de Bienestar; Espacio editorial;  
  
Bs. As.; Argentina
8. Ann Marriner Tomey, Martha Raile A.; Modelos y teorías en enfermería; Historia y filosofía de la ciencia, Séptima Edición; 2011
9. José A. Morán. Instituto Bilingüe Ágora, Filosofía y Ciencias Políticas. 15/11/2009. Pág., 01-22

10. Severino Rubio Domínguez. ENEO-UNAM. Antología Fundamentación Teórica para el cuidado; división de educación continua y desarrollo profesional; enero 2005. Pag.69-83
11. Sandra Valenzuela Suazo; Fundamentos Teóricos de enfermería, segunda edición; 2009
12. Meléis A I. Enfermería Teórica: Desarrollo y progreso, teorías de las transiciones; 2013: disponible en [http://teoriasenfermeras.blogspot.mx/2013/06/teoria-de-las-transiciones\\_1.html](http://teoriasenfermeras.blogspot.mx/2013/06/teoria-de-las-transiciones_1.html)
13. Villalobos M.M Duran; Marco Epistemológico de la Enfermería; Octubre (2002). Bogota Colombia. Disponibles en <https://sites.google.com/site/portafolioenfermeriaucr/epistemologia-de-la-enfermeria>
14. Esp. Card. Lic. Carolina Ortega Vargas. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, Vol. 10, Núm. 3 septiembre-diciembre 2002 pág. 88-89.
15. Sandra Luévano Ford. Aventuras del Pensamiento, El arte del Cuidado de Enfermería de Florencia Nightingale, Facultad de Enfermería y Nutriología/Universidad Autónoma de Chihuahua, enero-marzo 2008 pág. 1-3
16. Colliere, M.F Promover la Vida, Paris, Ed: Intereditions, 1982, p.24.
17. Riopelle, L. "Evolution des soins infirmiers à travers des âges", en Individualisation des soins Infirmiers, Québec: Ed. McGraw-Hill, 1982, Pág.2)
18. Domínguez, C. La Enfermería a Catalunya, Barcelona, Ed.Rol, 1981, pág 44.
19. Molina. Historia de la Enfermería, Buenos Aires, Intermédica 1973, pág. 45.
20. Nightingale, F. Notas sobre Enfermería: Qué es y qué no es. Barceclona:Ed. Salvat 1990

21. Venegas, R.C. Régimen Hospitalario para indios en la Nueva España, Instituto Nacional de Antropología e Historia
22. S. Rodríguez Jiménez, M. Cárdenas Jiménez. Enfermería Universitaria, Una mirada fenomenológica del cuidado de Enfermería, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F. agosto 2014: Pág. 145-153
23. Janet W Griffith; Paula J Christensen Proceso de atención de enfermería: aplicación de teorías, guías y modelos
24. Disponible en:  
<http://enfermeriatravesdeltiempo.blogspot.mx/2009/09/virginia-henderson.html>
25. Lic. Enf. Ma. Jovita Plascencia Ordaz, Dra, Gisela Villalobos Alcanzar; Cuidados Avanzados en el Neonato, Libro 3, Tomo 1; 2011, pág. 3-18
26. Dr. Abelardo Ávila Curiel, Dra. Lucy Reidl Martínez, Vigilancia Epidemiológica del Neurodesarrollo Infantil en Comunidades Marginales de México Prueba de Tamiz para Evaluar el Neurodesarrollo Infantil
27. María del Pilar Medina Alva, Inés Caro Kahn, Neurodesarrollo Infantil: Características Normales y Signos de Alarma en el niño menor de cinco años, Rev Peru Med Exp Salud Publica, 2015, Vol. 32 (3), Pág. 566.
28. Jane W. Ball, Ruth C. Bindler. Enfermería Pediátrica. Asistencia Infantil. Edición: Pearson Educación, S, A;2010: p.62-68
29. Jane W. Ball, Ruth C. Bindler. Enfermería Pediátrica. Asistencia Infantil. Edición: Pearson Educación, S, A;2010: p.82-87
30. Venustiano Carranza, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación 5 de febrero de 1917 Última reforma DOF 29 de enero de 2016, Pag. 1-6

31. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/lgs/index-indice.htm>, actualizada en diciembre 2007
32. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio, de la Persona Recién Nacida. DOF: 07/04/2016
33. Estados Unidos Mexicanos. Secretaría de Salud. Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la Práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud
34. Estados Unidos Mexicanos. Secretaría de Salud. Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud, norma oficial mexicana nom-031-ssa2-1999, para la atención a la salud del niño.
35. Estados Unidos Mexicanos. Secretaría de Salud. Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA2-1993, Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente. criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
36. Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería. Armada de México Estado Mayor General Dirección General de Sanidad Naval. Código de conducta para la enfermería. Decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros en México.
37. Dr. Carlos Tena Tamayo. recomendaciones para mejorar la atención en enfermería; Comisionado Nacional de Arbitraje Médico, 2003. Pág. 6-10

38. Carta de los Derechos Generales de las Pacientes y los Pacientes  
Diciembre, 2001, disponible en  
<http://bvs.insp.mx/local/file/carta%der.%20g.%20pacientes.pdf>

## XII. ANEXOS

### Anexo 1

Obras de grandes teóricas		
	Representantes	Enfoque
De naturaleza filosófica	Florence Nightingale	Creía que todas las mujeres tenían que cuidar de la salud de alguien en algún momento de su vida, lo que les llevaría a ejercer de enfermeras, opinaba que la enfermedad era un proceso de reparación y que la función de la enfermera consistía en manipular el entorno del paciente para facilitar el proceso.
	Ernestine wiedenbach	Reflexiona sobre el valor del yo en enfermería y la influencia de los pensamientos y sentimientos en las acciones profesionales. Las enfermeras deben detectar la necesidad de ayuda en el paciente 1) observando su conducta con relación al alivio de los síntomas, 2) examinando el comportamiento del paciente consigo mismo, 3) estableciendo las causas de la incapacitación o falta de alivio y 4) determinando si la persona puede resolver su problema por si misma o necesita asistencia.
	Virginia Henderson	Afirma que la única función de la enfermera es prestar asistencia a la persona, enferma o sana, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación o a

		una muerte tranquila. Señala las 14 necesidades básicas del paciente.
	Lydia E. Hall	Postula que las funciones de enfermería se distribuyen en tres círculos superpuestos que reflejan los aspectos del paciente. Los nombró de cuerpo (cuidados), de enfermedad (curación) y de persona (introspección, sostenía que los cuidados de enfermería son más necesarios cuando la atención medica es menor y que la atención que realizan las enfermeras acelera la recuperación.
	Jean Watson	Propuso una visión de la atención sanitaria en cuyo marco identificó 10 factores: 1) formación de un sistema de valores humanístico altruistas, 2) inculcación de fe y esperanza, 3) cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás, 4) desarrollo de una relación de ayuda y confianza, 5) fomento y aceptación de la expresión de lo positivo y lo negativo, 6) empleo sistemático del método científico de resolución de problemas en la toma de decisiones, 7) promoción de la enseñanza y el aprendizaje interpersonal, 8) establecimiento de un entorno de apoyo y protección o de mejora mental, física, sociocultural y espiritual, 9) ayuda para satisfacer las necesidades humanas, 10) consideración de las fuerzas existenciales y

		fenomenológicas. Cree que las enfermeras deben de promover la salud, por medio de acciones preventivas.
Modelos Conceptuales	Dorothea E. Orem	Déficit del auto cuidado como un modelo general compuesto por otros tres modelos teóricos relacionados: 1) teoría del autocuidado, 2) teoría del déficit del autocuidado, 3) teoría de los sistemas de enfermería. Establece la existencia de tres tipos de sistemas de enfermería: 1) totalmente compensador donde se ayuda al paciente en todo; 2) parcialmente compensador, en el cual se ayuda a la persona a que actúe por si misma; y 3) apoyo educativo, que pretende ayudar al paciente para que aprenda a hacer las cosas solo.
	Myra Estrin Levine	Sus principales conceptos son los de globalidad, holismo, integridad y conservación. Según este esquema de pensamiento, la enfermera debe utilizar los principios de conservación de: 1) la energía, 2) la integridad estructural, 3) la integridad personal, 4) la integridad social, para mantener equilibrado el holismo de la persona.
	Martha E. Rogers	Establece que el proceso de la vida se caracteriza por la integridad, apertura, unidireccionalidad, modelo, organización, receptividad y pensamiento. Estudia los conceptos de campo de energía, sistemas

		abiertos y tetradimensionalidad. Los principios en los que se basan son: 1) la complementariedad, o devenir mutuo y simultaneo de los campos humanos y ambientales; 2) la resonancia, con modelos ondulantes que pasa de un patrón de baja frecuencia a otros de frecuencia mayor, y 3) la helicidad, definida por cambios en los campos que se caracterizan por un aumento en la diversidad de modelos en dichos campos.
	Dorothy E. Johnson	Identifica los siguientes subsistemas siguientes: 1) de unión y afiliación; 2) de realización, 3) sexual, 4) de ingestión, 5) de eliminación, 6) agresivo- protector, 7) de dependencia. cada subsistema se puede analizar en virtud de sus necesidades estructurales y funcionales. Así los cuatro elementos estructurales son: 1) impulso, o meta, 2) tendencia o predisposición a un acto, 3) elección o alternativas de elección, 4) conducta.
	Sor Callista Roy	Desarrolla su modelo de adaptación después de John, entre los principales conceptos incluyen sistema, adaptación, estímulos, regulador, cognoscitivos y modos adaptativos (filosóficos auto concepto, y función de rol e interdependencia).
	Neuman Betty	Menciona que las enfermeras deben aplicar intervenciones deliberadas y un enfoque de persona total con el fin de ayudar a los

		individuos, las familias y los grupos humanos a alcanzar y mantener un determinado nivel de bienestar.
Teorías de Enfermería	Hildegard E. Peplau	Define cuatro fases entre la relación enfermera paciente: 1) orientación, 2) identificación, 3) exploración, y 4) resolución. También describe los seis roles de enfermería: 1) extraño, 2) persona con recursos, 3) maestra, 4) líder, 5) sustituta, 6) consejero. Presenta cuatro experiencias psicológicas; necesidades, frustraciones, conflictos y ansiedades.
	Ida Jean Orlando	Resalta la relación de reciprocidad que se establece entre la enfermera y el paciente, influidos por lo que dice y hace el otro, destaca la importancia de explorar y contrastar las percepciones, los pensamientos y los sentimientos con la otra parte.
	Joyce Travelbee	Menciona que la enfermería debe ejercer a través de una relación persona a persona que empezaba con: 1) el primer encuentro y atravesaba después con la fase de 2) descubrimiento de las identidades, 3) desarrollo de sentimientos de empatía, 4) más tarde de simpatía, 5) la comprensión entre la enfermera y el paciente.
	Helen C. Erickson	Contempla la modelización como el desarrollo de una comprensión del mundo del paciente por

		parte de las enfermeras. Sostiene que las personas son semejantes por su holismo, crecimiento y desarrollo vital e individualismo.
	Roman T. Mercer	Trabaja sistemáticamente en el rol maternal de la enfermera a afectosde desarrollar un complejo modelo acerca de los factores que influyen en el desarrollo del rol maternal con el paso de tiempo.
	Kathryn E. Barnard	Empezó con estudios sobre niños y adultos con discapacidades físicas y mentales, dirigido después sus actividades a niños sanos y termino por incluir en sus trabajos métodos para evaluar el crecimiento y desarrollo en los niños y las relaciones entre los bebes y sus madres.

## Anexo 2

Reflejo	Aparición SDG	Presente	Desaparece
Moro	28-32	37	6 meses
Prensión Palmar	28	32	7 meses
Prensión Plantar	28-30	34	8-15 meses
Tónico Cervical	35	40	7 meses
Succión	26-27	34	Permanente
Deglución	35-36	36	Permanente
Búsqueda		36	4 meses
Marcha		32-34	6 semanas
Babisnsky		32-34	Variable

### Anexo 3

Cada ítem de la prueba EDI se califica de manera individual, siguiendo un formato muy simple con sólo dos respuestas posibles:

Lo hace o lo tiene	SI
No lo hace o no lo tiene	NO

En todas las preguntas dirigidas, es importante verificar la frecuencia de la aparición de la conducta, por lo que la respuesta se califica en base a lo siguiente:

Lo hace siempre o la mayor parte de las veces	SI
No lo hace o lo hace raras veces	NO

Para definir el grupo al que pertenece el niño. Se debe realizar primero el cálculo de edad corregida. En niños nacidos antes de las 37 semanas y menores de 2 años de edad para aplicar la prueba que corresponda a esta y no a la edad cronológica.

Para calcular la edad cronológica se realiza una resta entre la fecha de evaluación y la fecha de nacimiento del niño

	Año	Mes	Día
Fecha de evaluación	17	09+12 =21	24
Fecha de nacimiento	15	11	05
Edad cronológica	2	10	19

En algunos casos para realizar la operación es necesario restar y pedir prestados días al mes, y meses al año. Si el día de la fecha de evaluación es menor al día de la fecha de nacimiento, se le piden 30 días al mes. Si el mes de la fecha de evaluación es menor al mes de la fecha de nacimiento, se le piden 12 meses al año.

Al grupo C de calificación pertenecen los grupos 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 de la prueba EDI, es decir que abarca desde los 5 meses de edad hasta 1 día antes de cumplir 60 meses.



Riesgo de retraso del desarrollo

- Una o más áreas del desarrollo
- Una o más señales de alarma
- Uno o más ítems de la evaluación neurológica



Rezago en el desarrollo

- Una o más áreas del desarrollo en amarillo.
- Todos los factores de riesgo biológico, señales de alerta, áreas del desarrollo, exploración neurológica y señales de alarma en verde.



Desarrollo normal

#### DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO

Edad exacta en años y meses: 1 año, 10 meses.

Edad cronológica: 2 años, 10 meses.

Datos de la persona que lo lleva a evaluación y edad.

Nombre: Nancy T.N.

Edad: 28 Años

Fecha de aplicación: 24/09/2017

#### FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO

Asistencia dos o menos consultas prenatales

Gemela 1 Gemela 2

No No

Presencia de sangrado, infecciones de vías urinarias o Cervicovaginitis, presión alta y enfermedades sistémicas durante el embarazo.

No No

Gestación menor a 34 semanas

No No

Peso de su niño al nacer de 1500g. o menos.

No No

Retardo en la respiración y circular de cordón durante el parto.

No No

Hospitalización de su niño en la unidad de cuidados Intensivos Neonatales o antes del mes de vida con una duración más de 4 días.

No No

Madre menor a 16 años al momento del parto.

No No

#### EXPLORACION NEUROLOGICA

Presenta alteración en la movilidad de alguna parte del cuerpo

No No

Presenta alteración o simetría en la movilidad de ojos o expresión facial

No Si

Presenta perímetro cefálico por arriba o debajo de 2 desviaciones estándar para su edad

No No

DESDE LOS 19 MESES HASTA 1 DIA ANTES DE CUMPLIR LOS 25 MESES

#### SEÑALES DE ALERTA

Tiene dificultad para seguir instrucciones sencillas, como dame tu zapato

No No

Se le dificulta mucho relacionarse con personas que no le son

Si Si

familiares

Muestra indiferencia excesiva al entorno, parece no interesarle nada de lo que sucede a su alrededor

No	No

#### AREAS DEL DESARROLLO

3 o 2 respuestas en SI califican el área como VERDE; 1 o ninguno califica en el área como AMARILLO

3 o 2 respuestas en SI califican el área como AMARILLO; 1 o ninguno califica en el área como ROJO

Puede su niño subir solo a los muebles

Corre su niño sin caerse

Patear la pelota sin perder el equilibrio

Intenta abrir un frasco girando la mano

Puede desenvolver un dulce

Puede comer ayudándose de la cuchara sin tirar la comida

Dice frases de dos palabras

Sabe decir ocho o más palabras además de mama y papa

Obedece ordenes sencillas

Trata de hacer las cosas solo y se molesta cuando no lo dejan

Avisa cuando a mojado el pañal

Le pide ayuda cuando quiere algo que no alcanza

Si	Si
No	No
No	No
Si	Si

El resultado final utiliza un sistema de semáforo: rojo para riesgo de retraso del desarrollo, amarillo para rezago en el desarrollo y verde para desarrollo normal y considera la presencia de factores de riesgo.

Desarrollo normal: El niño clasificado como verde se considera un niño con normal. Se trata de un niño o niña que ha alcanzado los hitos de desarrollo

correspondientes a su grupo de edad, no tiene ninguna señal de alarma y ninguna alteración en el examen neurológico de la prueba EDI, por lo que se considera con bajo riesgo

Rezago en el desarrollo: El niño clasificado como amarillo se considera un niño con rezago en el desarrollo. Se trata de un niño o niña que no ha alcanzado los hitos de desarrollo correspondientes a su grupo de edad, pero que, si cumple los hitos de la edad anterior, por lo que se trata de un niño con potencial para recuperarse a través de una intervención específicamente dirigida de estimulación y apoyo a la familia.

Riesgo de retraso en el desarrollo Se considera que un niño tiene riesgo de retraso en el desarrollo cuando no ha logrado alcanzar los hitos esperados para su grupo de edad o presenta datos neurológicos o síntomas y signos que se observan habitualmente asociados a los trastornos del desarrollo. Ser clasificado dentro de la categoría de riesgo de retraso en una prueba de tamizaje como la EDI, no implica necesariamente que el niño tenga un retraso real en el desarrollo.

La clasificación de un niño como rojo en la prueba EDI depende del cumplimiento de ciertos criterios vinculados a tres ejes de la prueba:

- Por áreas del desarrollo: Las áreas del desarrollo constituyen uno de los ejes principales de la prueba EDI. Se dividen en motriz gruesa, motriz fina, lenguaje, social y conocimiento y agrupan el conjunto de habilidades llamados hitos del desarrollo, que el niño debe alcanzar a una determinada edad.
- Por exploración neurológica: La prueba EDI explora tres ítems vinculados al examen neurológico: la movilidad de los segmentos corporales, la simetría facial y de movimientos oculares y el perímetro cefálico.

- Por señales de alarma: Las señales de alarma de la prueba EDI reúnen un conjunto de signos y síntomas neurológicos y conductuales, que cuando están presentes, son sugerentes de problemas de desarrollo, por lo que hacen necesario la referencia del niño para su evaluación por especialistas. También se considera como señal de alarma un retraso muy marcado en la aparición de hitos del desarrollo que se esperaban en grupos de edades anteriores a la edad del niño.<sup>39</sup>

Las lactantes valoradas están en los criterios de calificación del grupo C y pertenecen los grupos 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 de la prueba EDI, es decir que abarca desde los 5 meses de edad hasta 1 día antes de cumplir 60 meses.

A la aplicación de la prueba se encontraron los siguientes datos

Rezago en el desarrollo motor fino ya que fueron clasificadas con el color amarillo, tiene dificultad de tomar la cuchara y llevarla a la boca, derraman el alimento con facilidad.

Rezago en el desarrollo del lenguaje tiene falta de vocabulario para su edad, se le dificulta juntar las palabras (monosílabas).

Dificultad para establecer relaciones sociales confianza/desconfianza, manifiestan timidez hacia extraños sobre todo con personas adultas y a niños más grandes que ellas.

Presenta alteración o simetría en la movilidad de ojos como lo es la desviación en ojo izquierdo (movimientos oculares internos) solo en la gemela dos.

---

<sup>39</sup> Manual para la Evaluación de Menores de Cinco Años con Riesgo de Retraso en el Desarrollo Primera edición, 2013, Secretaría de Salud