



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

"PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO  
EN EL CUIDADO DE UNA PREESCOLAR OBESA"

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**LICENCIADA EN ENFERMERIA  
Y OBSTETRICIA**  
P R E S E N T A :  
**ADELA SERNA AGUIRRE**

No. DE CUENTA: 400107792

DIRECTORA DEL TRABAJO:  
M.C.E. ARACELI JIMENEZ MENDOZA



MEXICO, 2004

ESCUELA NACIONAL DE  
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a Dios por haberme dado el tiempo necesario para realizar este trabajo, por haberme permitido conocer a muchas personas que colaboraron conmigo para hacer de uno de mis sueños una realidad y porque en todo momento él estuvo conmigo.

A mi esposo Felipe, por su amor, confianza y comprensión en todo momento al realizar este trabajo.

A mis hijos Iván y Felipe que para mi encarnan la esperanza en el futuro, futuro que espero no les defraude.

A la directora del trabajo por haber creído desde el principio en mi capacidad, para abordar este trabajo, por haber contestado pacientemente mis innumerables preguntas, gracias Araceli Jiménez Mendoza.

A los sinodales del trabajo por su cordialidad, disponibilidad incondicional, gracias María del Carmen Solís Arellano, Carolina Solís Guzmán, Francisco Regalado. Acuña.

## INDICE

|  | PAGINA   |
|--|----------|
| INTRODUCCION   | 1        |
| <b>I.- JUSTIFICACION</b>   | <b>3</b> |
| <b>II.-OBJETIVOS. GENERALES Y ESPECIFICOS</b>                          | <b>5</b> |
| <b>III.- METODOLOGIA DEL TRABAJO</b>                                   | <b>6</b> |
| <b>IV.- MARCO TEORICO</b>  | <b>8</b> |
| 4.1.- Modelo de Virginia Henderson                                     | 8        |
| 4.2.- Proceso de atención de enfermería.                               | 12       |
| 4.3.- Conceptos sobre la participación comunitaria.                    | 15       |
| 4.4.- Desarrollo motor y cognoscitivo del niño preescolar              | 17       |
| 4.5.- Crecimiento físico del niño preescolar.                          | 18       |
| 4.6.- Relación entre el alimento y el desarrollo psicosocial del niño. | 20       |
| 4.7.- Obesidad en el preescolar y el adolescente                       | 21       |
| 4.8.- Nutrición en el niño.  | 25       |
| 4.9.- Ejercicio y actividades recreativas en el niño preescolar.       | 31       |
| 4.10.-El aprendizaje del niño.   | 35       |
| 4.11.- Los trastornos de la alimentación.                              | 37       |
| 4.12.- Caries dental.  | 39       |
| 4.13.- La comunicación en el niño.                                     | 45       |
| 4.14.- Autoestima en el niño obeso.                                    | 47       |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>V.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA</b>           | <b>50</b> |
| 5.1.- Presentación del caso  | 50        |
| 5.2.- Valoración de necesidades humanas.                           | 52        |
| 5.3.- Jerarquización de necesidades detectadas.                    | 59        |
| 5.4.- Diagnósticos de enfermería de las necesidades jerarquizadas. | 60        |
| 5.5.- Ejecución del plan de atención de enfermería.                | 61        |
| 5.6.- Plan de seguimiento.   | 67        |
| <b>VI.- EVALUACIÓN.</b>  | <b>69</b> |
| <b>VII.- CONCLUSIONES.</b>   | <b>70</b> |
| <b>VIII.- SUGERENCIAS.</b>   | <b>71</b> |
| <b>Glosario</b>  |           |
| <b>Bibliografía.</b>   |           |
| <b>Anexos.</b>   |           |

## INTRODUCCIÓN

La investigación en enfermería entraña una búsqueda sistemática de conocimientos sobre temas de importancia para el ejercicio profesional en estos campos. Su desarrollo en los últimos tres decenios ha sido considerable y brinda a los profesionistas una base más sólida de conocimientos para la práctica.

La meta final de la profesión es mejorar la aptitud práctica de sus integrantes, de modo que los servicios prestados a los pacientes tengan la mejor eficacia.

En la elaboración del proceso de atención de enfermería a una persona preescolar obesa relacionada con malos hábitos alimenticios y sedentarismo, está basado en el modelo de Virginia Henderson aplicando el concepto de enfermería como "la única función de una enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible".

Una parte importante de la enfermería es ayudar al paciente a aprender lo que necesita saber, o saber hacerlo para promover su bienestar de manera óptima. Muchos de los problemas importantes de salud en las sociedades occidentales pueden atribuirse hoy en día en forma directa o indirecta a factores del estilo de vida. La sobrealimentación, la falta de ejercicio, el tabaquismo, el abuso del alcohol, las grandes velocidades en carreras y el estrés de la vida urbana son algunos de los factores mencionados.

En la elaboración del presente trabajo se realiza en su domicilio, en el municipio de Coacalco Estado de México a una preescolar obesa. Este trabajo se realiza con una metodología, se realiza el proceso de atención de enfermería con aspectos teóricos metodológicos de Virginia Henderson de acuerdo a las diferentes necesidades, se realiza un marco teórico sustentando las intervenciones de enfermería considerando el modelo de Virginia Henderson.

El marco teórico basado principalmente en aspectos pediátricos, es decir edad comprendida entre los 3 y 6 años que se designa como edad preescolar, ya que la persona que se le realiza el proceso de enfermería es de 4 años de edad. Este proceso de enfermería se realizó en el mes de octubre a febrero de 2004. Dentro del marco teórico se incluyen temas de enfermería comunitaria, proceso de atención de enfermería, psicología, nutrición, comunicación humana, el aprendizaje en los niños, el crecimiento y desarrollo del niño, la obesidad, caries dental, ejercicio, actividades recreativas en los niños, y autoestima.

En la presentación del caso, se realiza la exploración detallada de la situación de la persona en estudio, con base en las necesidades de Virginia Henderson y los diagnósticos de la NANDA, las necesidades de la persona se jerarquizan de la siguiente manera, necesidad alimentación e hidratación, necesidad de higiene y

protección de la piel, necesidad de juegos y participar en actividades recreativas, necesidad de comunicarse, necesidad de evitar peligros y mantener la integridad física, necesidad de aprendizaje, posteriormente se realizan los diagnósticos de la NANDA, en los objetivos trazados en la ejecución del plan de enfermería se realizan a mediano y largo plazo, las actividades de enfermería están encaminadas a satisfacer las necesidades de la persona. Se realiza la evaluación la cual es importante por la utilización del proceso de atención de enfermería, en las conclusiones se resalta la importancia que se tienen las intervenciones de enfermería como independiente de las actividades realizadas en áreas hospitalarias, y de salud, los avances académicos en nuestros días son muy significativos para el profesional de enfermería le permiten conocer los nuevos campos de acción del profesional de enfermería y la preparan para dicho campo, en las sugerencias no se encontraron obstáculos para las intervenciones de enfermería en el área comunitaria. Con la asesoría de una directora del trabajo, se utiliza bibliografía, investigación, se realiza terminología más empleado en la elaboración del proceso con los principales conceptos utilizados, lo cual le permitirán al lector mostrar mayor interés y comprensión del libro, los libros que se utilizaron fueron de temática pediátrica en general, así como la investigación en internet, revistas, se pide asesoría para realizar e interpretar un test psicológico y evaluación de la caries dental a un dentista., para la elaboración de una dieta, se pide la orientación de una dietista..

En los anexos se elabora una dieta para la persona, se integran tablas de talla y peso, de historia clínica, de formato de ejecución del plan de enfermería, instrumento de recopilación de datos, y test psicológico.

## I.- JUSTIFICACION

La enfermería se ocupa de ayudar a las personas a satisfacer las necesidades básicas cuando no pueden hacerlo solas por estar enfermas o por carecer de conocimiento, habilidad o motivación necesarios. El proceso de atención de enfermería esta comprendido en los aspectos de los cuidados de enfermería e incluye las medidas básicas, de la misma, aplicables en el cuidado de los pacientes de todas las edades, sin importar su diagnóstico.

La obesidad comienza en casa.

La obesidad constituye un problema de salud pública y es uno de los padecimientos epidémicos de los países desarrollados, en los últimos años por imitación, y consumo de alimentos con alto valor energético, se ha incrementado su frecuencia en México.

La obesidad en los países en desarrollo la población más afectada es la clase media.

En México actualmente existen 200, 000 niños obesos (200 calorías de más diarias traducen en 6 Kg. al año<sup>9</sup>. La edad de aparición en el 50% de los casos es antes de los dos años, el resto se observa en los periodos de mayor crecimiento, particularmente en la pubertad y adolescencia.\*

La obesidad durante la infancia y la adolescencia, es el resultado de una compleja interacción entre los factores genéticos, psicológicos, ambientales y factores socioeconómicos,. Factores como el estado de salud y el ambiente en que se desarrolla el niño, juegan un papel en la génesis de la obesidad.

“Los factores predisponentes para que un niño se convierta en obeso son: que los padres sean gordos, inadecuados hábitos de alimentación en la familia, es más frecuente cuando la madre es la obesa, en virtud de que ella es la que convive el mayor tiempo con el niño.”<sup>1</sup>

Actitudes sedentarias como comer golosinas delante del televisor, en el automóvil, y durante los juegos de salón o de mesa la favorecen.

La creencia de los padres y de algunos médicos de que el lactante obeso es sinónimo de salud es falsa.

---

<sup>1</sup> Dr. SERRANO Alejandro, PRIETO Guadalupe  
[www.mipediatra.com.mx/infantil/obesidad-semana.htm](http://www.mipediatra.com.mx/infantil/obesidad-semana.htm)

Inicialmente el aumento de peso es paulatino y progresivo, los padres están contentos porque su hijo se ve sano después regordete y por último gordo cuando ya sobrepasa el 20% de su peso ideal.

En los dos primeros años de vida se genera en los niños el hábito alimentario a través de ¿Cómo? ¿Cuándo? ¿Dónde? Y con quién se come.

La capacidad del niño para discernir entre el hambre y otras necesidades o afectos se desarrolla con la experiencia recíproca al lado de la madre. Cuando la madre alimenta al niño en respuesta a demandas que no son nutricionales, como ternura, enojo, miedo, el no podrá diferenciar entre lo que es el hambre y estar molesto.

Alimentar adecuadamente a los niños desde su nacimiento y durante los primeros años de vida, es la mejor forma de impedir que aparezca la obesidad. Desde los primeros meses de vida se identifican los sabores, se conocen los alimentos, sus texturas, se adquieren los hábitos de alimentación, se marcan los gustos y las preferencias por los alimentos.

Mediante la alimentación el pecho materno (libre demanda) el niño consume lo que necesita, mientras que con el biberón se tiende a alimentarlo de más, lo que puede ser el inicio de la obesidad y un mal hábito.

Partiendo de la base de que muchos obesos adultos inician su enfermedad en la infancia-adolescencia, los importantes esfuerzos dedicados a la prevención deben centrarse en esta etapa.

Algunos estudios de Must et al, demuestran que la obesidad infantil, si no se corrige y persiste en el adulto, incrementa el riesgo de morbilidad en comparación con la obesidad que se inicia en el adulto.

## **II.- OBJETIVOS GENERALES**

Lograr a mediano plazo la reducción de peso a la preescolar obesa, por medio de un plan alimenticio, de ejercicio, de actividades recreativas y de terapia conductual, de esta manera favorecer su crecimiento y desarrollo futuros.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Educar a la niña en colaboración con su familia sobre hábitos de alimentación, actividad física respetando la voluntad de la niña, por pequeña que esta sea

Diseñar un plan alimentario acorde a sus necesidades calóricas para favorecer la baja de peso en la niña

Despertar en la niña y la familia el gusto por conocer el funcionamiento del cuerpo humano y como cuidar su salud.

### III.- METODOLOGIA DEL TRABAJO

La metodología del trabajo se llevó a cabo por medio de un proceso de atención de enfermería. El cuál es un método sistemático que brinda cuidados humanísticos eficientes centrados en el logro de resultados esperados, como todo proceso desde el punto de vista operativo consta de una sucesión de etapas correlativas e interrelacionadas de tal forma que cada una depende de la anterior y condiciona a la siguiente.

Para llevar a cabo este proceso de cuidado se cuenta con la guía de una directora del trabajo, aplicación de instrumentos de valoración y diagnóstico, material bibliográfico.

Este proceso se llevo a cabo en el hogar con una persona preescolar de cuatro años obesa.

En la valoración (colecta de datos).se obtuvieron por la interacción con la persona y con su mamá. El interrogatorio se realizó a su mamá sobre antecedentes prenatales, natales y postnatales, hábitos alimenticios, de higiene, costumbres, culturales y de apoyo para mantener la salud.

La observación se realizó utilizando los sentidos de la vista, el olfato, el tacto y la audición.

La exploración física: Se realizó de manera céfalo-caudal con la utilización de material y equipo como, abatelenguas, reloj con segundero, báscula, cinta métrica, estetoscopio, papel, lápiz, pluma, guantes desechables, jabón, toallas de papel desechables libreta de anotaciones e instrumentos de recolección de datos (ver anexos).

En la inspección utilizando el sentido de la vista, se detectan los problemas como obesidad, caries, mala higiene personal entre otros.

Por medio del tacto se realiza la palpación no encontrándose patologías solo el aumento del panículo adiposo en cara, cuello, tórax, miembros superiores, miembros inferiores y espalda.

En la percusión con los dedos, no se encuentran alteraciones patológicas.

La auscultación se realizó por medio del estetoscopio y del oído no detectándose soplos cardiacos, problemas pulmonares, solo se escuchan movimientos peristálticos presentes.

Se realiza la toma de signos vitales, FC, FR, Temp. el peso y talla de la persona.

Al terminar la recolecta de toda la información se interpretó y se integró para presentar el caso por medio de los diagnósticos de la NANDA, se jerarquizan las necesidades como básicas.

En la fase de ejecución se estructuró un plan de atención de enfermería.

En la fase de evaluación se analizan los resultados esperados a corto, mediano y largo plazo, así como la participación activa de la familia y de la niña.

Dentro del marco teórico. Se integra bibliografía, internet, revistas, documentales relacionadas, con el modelo de Virginia Henderson y las necesidades fundamentales como iniciación y con la obesidad infantil como problema fundamental, desarrollo cognoscitivo, motor y de comportamiento, crecimiento físico de la persona preescolar de cuatro años, nutrición, la relación que existe entre el alimento y el desarrollo psicosocial del niño, plan alimenticio, la enfermera en salud pública, la mercadotecnia como influye en la obesidad y con un instrumento de recolección de datos.

La evaluación final llevada a cabo con la familia, con fuentes de investigación, la directora del trabajo y de resultados esperados.

Todas estas fases nos permitirán lograr el pronóstico deseado en el cuidado de la niña preescolar obesa, con un enfoque integral y atención en esta etapa de crecimiento y desarrollo con el objetivo principal de lograr la disminución del peso y evitar problemas mayores en su vida futura.

Las conclusiones de la utilización del proceso de atención de enfermería, las sugerencias acerca del mismo con problemas en la aplicación de los conocimientos en la comunidad, en los glosarios de terminología empleado, la bibliografía utilizada y los anexos en el cual se integra dieta, tablas de crecimiento, instrumento de valoración e historia clínica.

## IV.- MARCO TEORICO

### 4.1-El modelo de Virginia Henderson.

Ante la necesidad de encontrar un modelo para la enseñanza de enfermería que se aplique a la práctica, útil en nuestro medio y que además se le puedan hacer las adaptaciones necesarias para ser aceptado y puesto en práctica por las enfermeras clínicas, se selecciono el método de Virginia Henderson, que se sustenta en las necesidades básicas del ser humano.

Virginia Henderson fue una enfermera norteamericana nacida en 1897, que desarrolló su interés por la enfermería durante la Primera Guerra Mundial.

Explicación de los supuestos principales del Método conceptual de Virginia Henderson.

#### Supuestos.

“Cada individuo lucha por mantener la salud o por recuperarla, y desea ser independiente en cuestión de salud.”

Un estado saludable es aquel en el que se experimenta una sensación de bienestar o comodidad, del cual nos hacemos más conscientes cuando perdemos la salud, es entonces que los medios para recuperarla lo más rápido posible, cuando el individuo aprecia en gran manera su salud, dichos medios están encomendados a conservar ese estado saludable, mediante la puesta en práctica de medidas preventivas.

“Cada individuo es una totalidad compleja (un ser bio-psicosocial) que requiere satisfacer necesidades fundamentales. La jerarquía de necesidades de Abraham Maslow coloca las necesidades biológicas en un primer plano y afirma que el individuo debe satisfacer en primer termino estas, para poder acceder a las demás áreas.”

“Cuando una necesidad no se satisface el individuo no esta completo, en su integridad, ni es independiente, el termino independiente significa que el individuo tiene los conocimientos, la fuerza y la voluntad que son necesarias para ejecutar las acciones que requieren para conservar o recuperar la salud.”

Independencia y dependencia en la satisfacción de necesidades fundamentales  
Para mantener un equilibrio fisiológico el cliente debe alcanzar un nivel mínimo de satisfacción de sus necesidades. Si es capaz de responder de forma conveniente, por medio de reacciones y comportamientos adecuados que él mismo realiza (o que otros hacen por él de forma normal según su fase de crecimiento y de desarrollo, por ejemplo el niño), es independiente.

La independencia y la dependencia en el adulto.

Independencia. Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que el sujeto realiza por sí mismo, sin la ayuda de otra persona.

Dependencia. Incapacidad del sujeto para adoptar comportamientos o de realizar por sí mismo, sin ayuda de otros, acciones que le permiten alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades.

La independencia y la dependencia en el niño.

Independencia. Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que otros hacen por él de forma normal, de acuerdo con la fase de crecimiento y desarrollo en que se encuentra.

Dependencia. Deficiencia del niño en su capacidad de manifestar las necesidades que deben ser habitualmente satisfechas por otra persona por razón de su edad y etapa de crecimiento, o incapacidad de realizar por sí mismo acciones capaces de satisfacer las necesidades, cuando llega a la edad normal de hacerlo.

Durante mucho tiempo las enfermeras han usado el proceso para resolver problemas en la práctica de la atención de enfermería., mediante la observación de aspectos particulares del paciente, trabajando a partir de una base de conocimientos para llegar a conclusiones, pero hoy en día el proceso para la toma de decisiones es más complejo por lo que las enfermeras tenemos una serie importante de datos a nuestra disposición y la capacidad de escoger la información pertinente para poder reencontrar la esencia de la enfermería, que es el cuidado del individuo usando su experiencia y conocimiento para ayudarlo y ayudarse a sí mismo.

Lineamientos y características que el profesional de enfermería debe reunir basado en el concepto de Virginia Henderson y su modelo.

Concepto de enfermería.

Henderson lo define como:

“La función singular de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de las actividades que contribuyen a la conservación de la salud o a la recuperación (o una muerte pacífica) y que el paciente llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Todo esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia la más rápidamente posible.”

Enfermería, Profesión de ayuda.

La enfermería tiene las características propias de las profesiones que han sido llamadas por los autores como "profesiones de ayuda" las cuales están dirigidas a servir a la persona dándole el apoyo que necesita para superar su falta de salud, de conocimiento, etc. Y así poder llegar a ser una persona sana y productiva

#### Componentes básicos del metaparadigma de enfermería de Virginia Henderson

A la disciplina de enfermería se le aplican muchos conceptos sobre los seres humanos, salud, relaciones de ayuda y comunicación. Los conceptos que influyen en la enfermería más significativamente y que determinan su ejercicio son:

- La persona que recibe los cuidados.
- El entorno en el que existe la persona.
- La salud en el momento del contacto con la enfermera y las acciones de enfermería.

Estos conceptos forman el metaparadigma de la enfermería. Recaudando los propósitos intelectuales para diferenciar la enfermería de otras disciplinas delimitando así el cuidado como su objeto de estudio.

**La persona** es considerada por Virginia Henderson como:

Paciente que debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional. Porque la mente y el cuerpo de la persona son inseparables. La persona es capaz de aprender durante toda su vida. El paciente y su familia conforman una unidad.

**La salud** para Virginia Henderson es considerada como un estado de independencia o satisfacción adecuada de las necesidades. Enfermedad por lo tanto, es un estado de dependencia motivada por la insatisfacción inadecuada de las necesidades.

La salud es una cualidad de la vida y es básica para el correcto funcionamiento del organismo humano (salud es la habilidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería). "Es la cualidad de la salud más que la vida en sí misma, ese margen de vigor físico y mental, lo que le permite a una persona trabajar con máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción de la vida."

**Fuerza.** Considerado por Virginia Henderson como la dependencia que proviene del individuo que carece de fuerza, no solo de la fuerza física sino también de fuerza moral para tomar decisiones y comprometerse en las acciones necesarias para conservar o recuperar la salud.

**Voluntad.** Virginia Henderson dice que la voluntad se ve disminuida por los problemas de salud, frecuentemente este estado se ve relacionado con la capacidad intelectual y esta limitado por la falta de recursos económicos o por factores socioculturales.

**Conocimiento.** Henderson lo define como desconocimiento de los mecanismos de acción del desarrollo de enfermedades, de los recursos de salud, de los cuidados que deben tener cuando se presenta la enfermedad para evitar su desarrollo, en general lo que se refiere a la prevención, curación y rehabilitación.

**Entorno.** Henderson lo define como el medio ambiente en que el individuo desarrolla su actividad: hogar, trabajo, escuela, hospital. Los individuos sanos pueden ser capaces de controlar su entorno físico inmediato. La enfermedad puede interferir en tal capacidad, por lo tanto las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones producidas por agentes externos, mecánicos o físicos.

Virginia Henderson afirma que la enfermera es y debe ser legalmente, una profesional independiente, capaz de hacer juicios independientes. Considera a la enfermera como la mayor autoridad en los cuidados básicos de enfermería. Ubica estos cuidados básicos del paciente, que abarcan todas las posibles funciones de la enfermera.

Catorce necesidades básicas que actualmente se manejan según el modelo de Virginia Henderson.

- 1.-Necesidad de oxigenación.
- 2.-Necesidad de nutrición e hidratación.
- 3.-Necesidad de eliminación.
- 4.-Necesidad de moverse y mantener una buena posición.
- 5.-Necesidad de descanso y sueño.
- 6.-Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.
- 7.-Necesidad de termorregulación.
- 8.-Necesidad de higiene y protección de la piel.
- 9.-Necesidad de evitar peligros.
- 10.-Necesidad de comunicarse.
- 11.-Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
- 12.-Necesidad de trabajar y realizarse.
- 13.-Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.
- 14.-Necesidad de aprendizaje.

Estas necesidades son comunes a todos los individuos si bien cada persona en su unidad, tiene la habilidad y la capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de la vida.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> GARCIA, M El proceso de Enfermería y El Modelo de Virginia Henderson p. 11-14

#### 4.2.- El Proceso de atención de Enfermería.

Es el cimiento, la capacidad constante esencial que ha caracterizado a la enfermería desde el principio de la profesión.

Los 14 componentes de los cuidados de enfermería orientan en la valoración, diagnóstico (de enfermería), planificación, realización y evaluación de los cuidados de enfermería.

“La valoración es el primer paso en el proceso de atención de enfermería, y es parte de todos los demás pasos. La valoración que la enfermera completa al ingreso del paciente (o en su hogar) se concentra en la respuesta de este a problemas de salud reales o potenciales. Durante la valoración la enfermera colecta datos por interrogatorio, observación y examen físico.

No hace juicios o conclusiones en este momento, sino que se concentra en establecer una base de datos exhaustiva que refleje el estado de salud del paciente. De modo similar la enfermera, busca reunir datos, no hacer juicios ni conclusiones, mediante preguntas abiertas.

Diagnóstico. Este proceso consiste en tres actividades: análisis de datos, identificación de problemas y formulación de diagnósticos de enfermería. Durante el análisis de datos la enfermera toma decisiones basadas en los datos, acerca del estado de salud del paciente, luego, identifica áreas problemáticas de interés y finalmente establece un diagnóstico de enfermería. Este incluye el problema del paciente y su causa o etiología, si se conoce. Cuando el paciente está en alto riesgo de presentar determinado problema, la enfermera hace un diagnóstico de enfermería de alto riesgo que identificará el diagnóstico.

Planeación. Durante esta fase la planeación del proceso de atención de enfermería, la enfermera y el paciente establecen prioridades entre los problemas identificados, determinan objetivos en términos de reducción, prevención o eliminación del problema. Y planean intervenciones para lograr estos objetivos.

La realización es el cuarto paso en el proceso de atención de enfermería, y el cuidado recae el trabajo de la enfermera con el paciente para ejecutar el plan de atención. Consiste en validar el plan (si es seguro, razonable e implica atención de enfermería de calidad), documentarlo y comunicarlo, pero el principal componente es en realidad el suministro del cuidado al paciente. La enfermera documenta después un registro de esta atención y la reacción del individuo a ella. Al proporcionarse la atención continúa la valoración del enfermo. Esto no se hace no solo para ver como reacciona el sujeto, a las intervenciones de enfermería, sino también para proporcionar mayor información con objeto de revisar el plan a medida que cambia el estado del sujeto.

La evaluación conlleva cuatro actividades. Las dos primeras son la documentación de las reacciones del paciente a las intervenciones y la evaluación de la eficacia de estas. Otra parte es la evaluación del cumplimiento del objetivo. Para realizarla, la enfermera vuelve al objetivo a fin de revisar el comportamiento identificado, lo que indicaría aminoramiento o eliminación real del paciente. Mediante el uso de los nuevos datos colectados durante la realización del plan, la enfermera evalúa la capacidad del paciente de presentar el comportamiento previsto. La evaluación se hará según el grado de capacidad de actuación independiente. El niño y el inconsciente no pueden ser independientes por sí mismos, pero la madre y los familiares, sí pueden aprender a darles los cuidados que necesitan de manera independiente, si reciben la orientación educativa oportuna por parte de la enfermera.

La última parte de la evaluación consiste en revisar todo el plan de atención, lo que significa actualizar la base de datos, decidir si los diagnósticos originales aun son exactos, agregar nuevos diagnósticos o identificar los originales que se resolvieron, revisar objetivos e intervenciones con base en información más completa sobre el paciente y la eficacia del plan original, y finalmente realizar el plan actualizado<sup>3</sup>.

#### Actuaciones de enfermería.

El tipo de actividades de enfermería. La separa en dependientes, interdependientes e independientes.

1. **DEPENDIENTES.** Son las actividades relacionadas con la propuesta en práctica de las actuaciones médicas.
2. **INTERDEPENDIENTES.** Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo, junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, médicos, etc.
3. **INDEPENDIENTES.** Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que esta legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa del médico.

Henderson identificó 3 niveles de relación entre la enfermera y el paciente.

- a) La enfermera como sustituto del paciente.
- b) La enfermera como ayuda del paciente.
- c) La enfermera como compañera y orientadora del paciente.

<sup>3</sup> MURRAY, M. Proceso Atención de Enfermería P. 27-50-105-116-131

- a) En estado de enfermedad grave la enfermera puede considerarse como un sustituto de lo que le hace falta al paciente para sentirse completo o independiente (naturaleza de la enfermera, 1994).
- b) Como ayuda del paciente la enfermera da apoyo al paciente para recuperar su independencia.
- c) Como compañera y orientadora la enfermera imparte educación sobre la salud al paciente y familia y junto con el paciente y en familia formulan juntos el plan de cuidados, la ejecución y la evolución.

Henderson dice que la enfermedad es temporalmente, la conciencia del inconsciente, la pierna del amputado, un medio de locomoción para el niño, conocimiento y seguridad para la madre joven.<sup>4</sup>

El uso del proceso de enfermería fue introducido por primera vez por Lydia Hall en 1955 durante las finales de los años 50 y principios de los 60's.

Virginia Henderson identificó las acciones de la enfermería básicas como funciones independientes y afirmó que el proceso de enfermería utiliza los mismos pasos que el método científico.

En 1973, la American Nurses Association (ANA) publicó los "Standars of nursing", práctica en la que se describe el modelo del proceso de enfermería de 5 pasos.<sup>5</sup>

En 1982 se revisan los exámenes del tribunal estatal profesional (NCLEX) para incluir el proceso de enfermería como uno de los conceptos sobre organización necesarias para la práctica competente de enfermería.

La OMS y el proceso de Enfermería.

La definición dada por la Organización Mundial de la Salud resume las características del proceso de enfermería, resaltando que muchas de las características mencionadas cuentan con actividades intelectuales, una eficaz resolución de problemas y la toma de decisiones.

Todo contribuye a la valoración, planificación, implementación y evaluación de los cuidados de un modelo sistemático.

Cualquier proceso sugiere que exista un objetivo identificable y un sistema para organizarlo y alcanzarlo. Entre las características clave del proceso se incluyen también la inspección, la creatividad y la productividad. La suma de habilidades técnicas de toma de decisión que poseen estas características, junto con las actividades de cuidados, es fundamental para el propósito del proceso de enfermería.

<sup>4</sup> IBIDEM p. 15

<sup>5</sup> UNAM E El Proceso de Enfermería. Seminario Taller... p 82

Se enfoca a los diversos cambios que el paciente tenga como respuesta mediante la interacción y actuación de la enfermera al desarrollar sus acciones que favorezcan una atención individualizada, que le permitan evaluar su eficacia contando con la propiedad de realizar cambios que aseguren que el paciente adquiere su independencia.

El proceso de enfermería tiene varias propiedades: es intencionado, es sistemático, dinámico, interactivo, flexible y tiene bases teóricas. Es sistemático porque consiste en la utilización de un enfoque organizado para conseguir su propósito, es dinámico porque está sometido a continuos cambios.

El proceso es interactivo porque se basa en las relaciones que se establecen entre el personal de enfermería, la persona, su familia y otros profesionales sanitarios; es flexible porque se adapta a la práctica de enfermería en cualquier área o especialización que trate con personas, grupos o comunidades.<sup>6</sup>

#### 4.3.- Conceptos sobre la participación comunitaria.

El origen de la participación comunitaria se remota a los años 50 y 60 en América Latina, donde surge para dar respuesta a problemas relacionados con el desarrollo de comunidades agrarias y de suburbios pobres en torno a las ciudades. Su primera formulación la realizan un grupo de agencias internacionales, entre las que se encuentran la Organización Panamericana de la Salud, OPS, que la convierte en el eje de su estrategia a finales de los 60, asociada a la Atención Primaria. Posteriormente se integra otra agencia: la Organización Mundial de la Salud., OMS. El sistema sanitario es una organización formal, como tal, se encuentra constituido organizativamente de manera estable, pero no así la población, que carece de una organización equivalente a la de aquel.

La conceptualización más moderna de la participación, plantea que el problema central es el control de la población sobre el sistema sanitario. Sin embargo esto es difícil de conseguir, dada la complejidad de éste y de los mecanismos de que dispone para asegurar su autonomía y eludir los controles.

En la medida que un equipo de salud avance en la formulación de objetivos de salud y mantenga una relación con su entorno que permita la recepción de demandas procedentes de éste, crea una trama de relaciones de distintas formas e intensidades con personas y grupos del mismo. Este conjunto de relaciones se activa si existe una coyuntura que lo requiera. En este sentido, el dispositivo de relaciones resultante de la actividad conjunta está orientado al cumplimiento de unos objetivos,

---

<sup>6</sup> UNAM E El Método Científico y Proceso de Enfermería p. 80-82

y no requiere continuidad, formalización y normatización, como es el caso de un consejo de salud.

El resultado final es la adquisición de comportamientos más cooperativos, el refuerzo de habilidades de comunicación y la ampliación de la perspectiva cultural.

El enfoque instrumental, tal y como se propone aquí, elude los complejos problemas de representatividad del consejo de salud, y presenta algunas ventajas importantes:

1.- No es obligatoria y responde a los objetivos de los centros de salud que decidan implantarla. De esta forma reduce las resistencias de los sectores y equipos con orientación curativa, que quedan excluidos de esa responsabilidad. Sólo se incorporarán a la misma por los resultados que se obtengan donde se aplique, y el estímulo al cambio será producido desde dentro del mundo profesional.

2.- Simplifica el complejo problema de quien participa. Solo aquellos grupos o colectivos que hagan demandas o se incorporen voluntariamente a programas específicos. También en este supuesto se estimula a participar a otros sectores reticentes en función de resultados y no en principios. Asimismo, se reduce la resistencia procedente de las autoridades, que en el consejo de salud tienen que compartir la toma de decisiones con agentes netamente reivindicativos.

3.- Resuelve específicamente el problema de en qué se participa, en programas y resolución de demandas específicas, en objetivos y actividades consensuadas.

4.- Funcionaliza los dispositivos de concertación y los agiliza al orientarlos hacia objetivos. Al no haber compromisos formalizados más allá de los objetivos.

5.- Reduce los problemas derivados de la distribución de poder entre los grupos y alivia las divisiones internas.

6.- Sitúa el problema de cómo se participa en términos más pragmáticos y viables. Se trata de conseguir acuerdos concentrados y organizados su ejecución y seguimiento.

7.- Puede proporcionar beneficios tangibles a los participantes en algunos casos.<sup>7</sup>

La importancia que se da en estos días la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, ciertamente significa que las enfermeras deben tener una buena base de conocimientos, sobre salud, nutrición, ejercicio y habilidades de la vida. Por varias razones las enfermeras resultan figuras clave en la promoción de la salud. La enseñanza en temas de salud se ha considerado durante mucho tiempo una responsabilidad importante de la enfermera, aunque no siempre ha recibido la atención que merece en los programas escolares de enfermería.

---

<sup>7</sup> HOEKELMAN, R. Atención Primaria en Pediatría p. 194-195, 1999

Las enfermeras han ganado aceptación pública como conectoras de los problemas de salud.

Las enfermeras en ejercicio, en particular en escuelas, centros de salud ocupacional o pública, tienen el papel importante de proporcionar información y asesoría sobre las formas y medios de promover la salud y evitar enfermedades. Las enfermeras que actúan como consejeras en temas de salud deben contar con habilidades para comunicarse con eficacia, con una gran base de conocimientos.

En cambio en nuestro sistema de cuidados de la salud, para proporcionar más servicios ambulatorios y en casa, ha aumentado el número de enfermeras que trabajan en la comunidad. En este aspecto, cada vez es más importante su papel en la identificación de las necesidades del paciente, coordinar los diversos servicios disponibles y proporcionar cuidados. Necesitan contar con habilidades para valorar el estado de salud de los individuos y de sus familias, aplicar técnicas para conservar o restablecer la salud y evitar enfermedades y ayudar a que las personas afronten los efectos de las enfermedades o una incapacidad.

El Consejo Internacional de Enfermeras ha señalado que "la responsabilidad fundamental de la enfermera es cuádruple: promover la salud, evitar enfermedades, establecer la salud y aliviar el sufrimiento"

.Al llevar a cabo sus actividades, las enfermeras ayudan a individuos, familias y comunidades a fomentar la salud y prevenir enfermedades: satisfacen todas las necesidades del enfermo ayudándolo a la recuperación más completa de su salud compatible con la enfermedad o proporcionándole comodidad y apoyo en caso de enfermedades incurables. La enfermera trabaja en coordinación estrecha con un número cada vez mayor de disciplinas de la salud, para proporcionar estos servicios.<sup>8</sup>

#### 4.4.- Desarrollo motor y cognoscitivo del niño preescolar.

Período comprendido entre los dos y cinco años de edad, las diferencias de personalidad entre los niños se tornan cada vez más manifiestas y hacia los cinco años de edad están bien definidos varios rasgos de personalidad, que quedan establecidos y en algunos casos persisten en la adolescencia y hasta la edad adulta.

En el comportamiento motor. A la edad de 4 años el niño puede pararse durante dos segundos en un pie y asumir la postura de arrojar. Es capaz de apilar objetos unos sobre otros más cuidadosa y eficientemente. A la edad de los 2 años puede apilar cuatro bloques, pero ahora a los 4 años puede hacerlo con nueve o más. Este logro es un signo de un mayor desarrollo de la coordinación motora visual.<sup>9</sup>

<sup>8</sup> DU-GAS Enfermería Práctica p. 7-9

<sup>9</sup> MUSSEN, P Desarrollo de la Personalidad del niño p. 319

En el desarrollo cognoscitivo o de la inteligencia según Peaget en la edad de 1 ½ a los 7 años, en este temprano subperíodo surge la representación simbólica del pensamiento, del lenguaje, de la fantasía y del juego.

En el pensamiento preoperativo de 3 a 7 años, el niño continúa progresando y desarrollando una mayor capacidad cognoscitiva por la imaginación, específicamente, para evocar y crear imágenes mentales independientes de la percepción sensorio motora. El niño ahora integra las capacidades siguientes:

- 1.-Establecimiento de la permanencia del objeto.
- 2.-Imitación digerida.
- 3.-Juego simbólico.
- 4.-Dibujo de imágenes sin depender de ayuda sensorial inmediata.
- 5.-Verbalización.<sup>10</sup>

#### 4.5.- Crecimiento físico del niño preescolar..

Hacia la edad de tres años, el niño en promedio alcanza los 85 cm de alto y pesa alrededor de 15 Kg. En promedio las niñas son más altas (94 cm) y pesan casi lo mismo 14.750 Kg. A consecuencia de los aumentos graduales, el niño de cinco años de edad por término medio ha alcanzado una altura de 109 cm y un peso de 19.4 Kg. En contra parte las niñas de la misma edad son un tanto equivalentes, aunque de nuevo, los niños son ligeramente más altos y más pesados. Los niños tienden a conservar su posición relativa en estatura y peso durante el período preescolar. La estatura que tiene el niño en esta edad sirve para poder predecir que altura podrá alcanzar en la edad adulta, la correlación entre estas dos etapas es de 0.70. Durante este período la forma del cuerpo del niño también se va haciendo más madura. A medida que las partes superiores del cuerpo comienzan a aproximarse al tamaño adulto, su crecimiento se frena y finalmente se define, lo cual da a las extremidades inferiores la oportunidad de alcanzarlas mediante el continuo crecimiento.

Durante los años preescolares el crecimiento de la cabeza es lento, el de las extremidades inferiores es rápido y el del tronco es mediano.

Aun cuando los niños son ligeramente más pesados que las niñas, hay notables diferencias sexuales, en la composición del cuerpo, y consisten en que las niñas tienen más tejido graso y los niños más tejido muscular.

---

<sup>10</sup> SHAFII, M. Desarrollo Humano p. 66-67

En las proporciones del cuerpo el sistema óseo, muscular y nervioso del niño se van volviendo más maduros, una cantidad cada vez mayor de cartílagos del sistema esquelético del niños se van sustituyendo por huesos; el tamaño y el número de los huesos del cuerpo aumenta y estos se van osificando. Entre los dos y tres años de edad, el niño por lo general tiene todos sus dientes de leche, por tanto está mentalmente preparado para tomar alimentos de adultos.

Durante este período también se producen cambios significativos en el desarrollo muscular. Hasta la edad de cuatro años, el crecimiento del sistema muscular es aproximadamente proporcional al crecimiento del cuerpo en su conjunto. Después los músculos se desarrollan de manera más rápida pues cerca del 75% del aumento del peso del niño durante el quinto año puede atribuirse al desarrollo muscular. Durante este período, sin embargo, los músculos más grandes están un poco más desarrollados que los pequeños y delicados, lo cual explica, en parte el hecho de que el niño de esta edad sea más diestro en la ejecución de actividades suponen movimientos gruesos, que en la que requiere movimientos más finos.

Otro de los cambios fisiológicos es el que aumenta la resistencia del niño y le permiten participar en actividades más agobiantes. Durante este período la respiración se vuelve más profunda y lenta, el latido cardíaco se frena y se vuelve menos variable, de manera que la presión sanguínea aumenta constantemente.

El sistema nervioso crece rápidamente en los años preescolares, ejemplo es que el cerebro del niño ha alcanzado el 75% su peso adulto hacia el final del segundo año; hacia la edad de los 6 años ha alcanzado el 90% del peso adulto. La mielinización de las fibras nerviosas que ya se ha completado casi en las pociones inferiores del cuerpo, por lo general, en los centros superiores del cerebro durante este período. Durante estos años, la reacción del niño a la infección cambia. Las infecciones, por lo general, producen menos aumento de temperatura que durante la infancia, pero la duración de la enfermedad es mayor.

Además la posibilidad de enfermar del corazón después de haber padecido otra enfermedad es menor que durante los dos primeros años de vida.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> IBIDEM p. 319-320

## CIFRAS QUE RECORDAR EN LA VALORACIÓN DEL CRECIMIENTO

### PESO:

|   |                               |
|---|-------------------------------|
| Al nacer                                  | 3.2 Kg.                       |
| Se duplica al 4º mes                      | $2 \times 3.2 = 6.4$ Kg.      |
| Se triplica al año                        | $3 \times 3.2 = 9.6$ Kg.      |
| Se multiplica por 4 a los 2 años          | $4 \times 3.2 = 12.8$ Kg.     |
| Se multiplica por 6 a los 6 años          | $6 \times 3.2 = 19.2$ Kg.     |
| Se multiplica por 10 a los 10 años        | $10 \times 3.2 = 32.0$ Kg.    |
| Entre los 2 y 7 años: peso = (edad X 2)+8 | $(5 \times 2) + 8 = 18.0$ Kg. |

### TALLA:

|   |                              |
|---|------------------------------|
| Al nacer  | 50cm                         |
| Los primeros 6 meses se incrementan 16 cm             | $50 + 16 = 66$ cm            |
| El 2º semestre aumenta la mitad (8 cm)                | $66 + 8 = 74$ cm             |
| Durante el segundo año incrementa 1 cm por mes        | $74 + 12 = 86$ cm            |
| A los 2 años alcanza la mitad de la talla del adulto  | $86 \times 2 = 172$ cm       |
| A los 4 años se duplica la talla                      | $2 \times 50 = 100$ cm       |
| De los 2 a los 7 años: talla = (edad X 5) + 80        | $(5 \times 5) + 80 = 105$ cm |
| De los 12 a los 13 años se triplica la talla al nacer | $3 \times 50 = 150$ cm       |

#### 4.6.- Relación entre el alimento y el desarrollo psicosocial del niño.

El alimento forma parte de los aspectos psicosociales y culturales de la conducta del hombre y los grupos humanos, sin señalar en forma explícita como actúa sobre el desarrollo psicosocial del niño.

El niño entre los 3 y 6 años puede alimentarse personalmente haciendo poco desparramo. Ansiosamente se identifica con la madre y quiere servir a otros.

Entre los 3 y 4 años puede servir agua y leche desde un jarro. Esta habilidad recientemente adquirida ayuda al niño a relacionarse mejor en el jardín de infantes en la " hora de la merienda".

El niño puede turnarse. Se vuelve más paciente y comprende la idea de esperar para el almuerzo y la cena, aunque puede necesitar un bocadillo para mantenerse quieto. Entre los 4 y 6 años a los niños les gusta ayudar a poner la mesa. También les agrada experimentar en la cocina.

Los rituales de la comida y la preparación del alimento ocupan una parte considerable del juego del niño.

Manías en la comida. Debido a la aparición activa de las fantasías sexuales el niño asocia la acción de comer y el alimento a sus diversas teorías sexuales, tales como la impregnación oral, el nacimiento anal, y gordura o hinchazón del vientre con el embarazo.

El temor al embarazo o al daño físico puede expresarse en el rechazo del niño a la comida, o en el desarrollo de manías para con ella. Puede dejar de comer huevos, carne roja, banana u otras cosas. Por lo general hay alguna asociación simbólica con la sexualidad. También puede querer ingerir un alimento específico todo el tiempo, tal como manteca de maní, atún o dulces, no solo porque le gustan sino también por sus fantasías privadas asociadas con estos alimentos. El niño puede asociar la fuerza o el crecimiento para llegar a ser más grande que papá o mamá con un alimento en particular. Si los padres exageran su preocupación en cuanto a lo que el niño come, comienza la batalla de la comida. Cuanto más insistan los padres más se esmerará el niño en picotear la comida. Una actitud tranquila es el mejor camino para tratar el problema.

Un niño traumatizado o que ha sido expuesto a un estímulo exagerado sexual podría volverse temático y continuar teniendo una relación simbólica con la comida. Pueden ocurrir perturbaciones crónicas alimenticias, tales como anorexia, obesidad, gula y luego vómitos, periodos de ayuno, y de saciedad, preocupación obsesiva por el alimento "limpio", rechazo del algún alimento en particular, o una tendencia impulsiva a preparar alimento para otros.

En el aspecto biológico, físico y funcional, el alimento como vector de nutrimentos, es esencial para el mantenimiento de la vida y el mejor aprovechamiento del potencial de crecimiento y de nutrición que el niño ha heredado. Sin embargo el hombre nace social y culturalmente indiferenciado, esto es, no nace humanizado.<sup>12</sup>

#### 4.7.- Obesidad en el niño y el adolescente.

No existe una línea exacta de demarcación entre la nutrición normal y la hipernutrición y prácticamente, el diagnóstico se establece más por el aspecto del niño que por el exceso arbitrario de peso. Los niños de tipo rechoncho pueden poseer en esqueleto relativamente grande y un tejido muscular más abundante que el corriente, de suerte que tanto por el peso como por el aspecto exceden del niño promedio en su edad, pero no deben considerarse obesos. La obesidad o hipernutrición es simplemente una acumulación generalizada, excesiva de tejido adiposo subcutáneo.<sup>13</sup>

Es común que se hable de obesidad cuando el individuo sobrepasa por mucho el promedio del peso que le corresponde para su edad cronológica, pero la obesidad

<sup>12</sup> BUCHER, H. Estudio de la Personalidad del Niño a través ... p. 74-76

<sup>13</sup> NELSON, V. Tratado de pediatría p. 191

es más bien función del contenido de grasa de los adipocitos, más que nada por multiplicación que por tamaño de las células adiposas. Así, un muchacho con vida sedentaria tendrá el peso normal o ligeramente alto, pero mayor cantidad de grasa corporal, y será obeso, y otro que realice mayor actividad física, tendrá más músculo, pesará más del promedio y no será obeso. Se puede aceptar que un 20% más del peso para la talla será considerado como obesidad, pero para ello también hay que considerar la edad (un niño <de 7 años con > 10% puede ser obeso, y uno de >12 años puede no ser obeso) sexo, raza, etnia, estructura corporal, hueso y músculo.

Ubicar al paciente en que percentil se encuentra con respecto al peso es todavía más útil (véase tablas) y entre más se aleje del promedio, más se afianza el título de obeso, aunque para algunos este debe corresponder al sobrepasar el percentil 95'.

Para algunos estudiosos de la obesidad es de más utilidad comprender que aunque no llegue al percentil 95' o 97' (como sucede en el término de talla baja) al paciente se le debe tomar de riesgo (RA) y se deben tomar las medidas preventivas para que se sitúe en un canal percentilar más cercano a los percentiles 50'. Obviamente, los títulos irán desde sobrepeso, moderadamente obeso, súper obeso, etc.

Dentro de la etiología de la obesidad suele deberse a un excesivo aporte de la comida en relación con su utilización. Los conceptos de proporciones corporales deseables varían según los factores familiares, sociales y culturales. La ingestión de alimento puede responder a estas consideraciones a trastornos psíquicos; a veces con lesiones hipotalámicas, hipofisarias o de otro tipo, así como hiperinsulinismo, los responsables de la hiperfagia. Los trastornos endocrinos y metabólicos son raras causas de obesidad, aunque entre los individuos obesos pueden encontrarse alteraciones de la tiroides, de las suprarrenales, de la hipófisis y de las gónadas, en algunos animales y en el hombre, puede haber cierta predisposición genética a la obesidad, se comprobó en un estudio que la obesidad es más frecuente entre la clase social baja que entre la alta.

La falta de actividad produce obesidades en algunos niños cuyo aporte calórico tal vez no sea desproporcionado. Algunos síndromes hereditarios tales como el de Lawrence – Moon – Biedl, el de Prader – Willi o el de Cushing suelen comprender también obesidad, ya sea de causa endocrina o de inactividad.

En todas las edades se presenta, pero es más notorio en los escolares. Predominan en las mujercitas quizás condicionadas por las limitaciones del ejercicio físico, originado por las costumbres de sus juegos.

Fisiopatología. Se deben considerar varios hechos. En el área ventromedial existen dos centros, los cuales rigen la ingesta de alimento: el de la saciedad y el del hambre; al parecer, este último es constantemente activo, pero el primero inhibe su función. Los dos trabajan en armonía, pero hay situaciones que conducen al rompimiento del equilibrio. Los adipocitos se multiplican en el tercer trimestre embrionario, en el primer año de vida, a los 10 años y en la adolescencia aumentando de tamaño en cualquier época, según sea la ingesta mayor de

alimento. El neonato tiene la 1/5 de los adipocitos de un adulto, pero en proporción a su peso tiene más células adiposas que el adulto. Al bajar de peso a una persona se consigue que se disminuya el tamaño del adiposito, pero no la hiperplasticidad.

El obeso cursa con hiperinsulinismo debido a que la célula adiposa, al aumentar de volumen, se torna menos sensible e ineficaz para el paso de la glucosa a través de la membrana, la cual origina hiperglucemia, que a su vez causa hiperinsulinismo y este estimula la síntesis de grasa e inhibe la movilización de la misma.

La hormona de crecimiento está disminuida en el obeso y se sabe que ésta interviene en la liberación de ácidos grasos libres; por tanto, su disminución favorece el acumulo de grasa.

Las calorías que se obtiene y los alimentos nos proporcionan la energía que se necesita para que se lleven a cabo el metabolismo basal (MBS) (incluyendo la producción de calor para mantener la temperatura corporal) crecimiento y actividad, de tal suerte que el depósito o utilización de grasa corporal, depende del balance entre ingesta de calorías y la cantidad gastada. Así de acuerdo a Wilkins:

Ingesta calórica = Necesidad del MB + energía del trabajo + crecimiento + almacenamiento de grasa.

Almacenamiento de grasa = ingesta calórica - gasto de energía (MB + trabajo - crecimiento).

Los signos y síntomas. El aumento de peso paulatino; los familiares estarán contentos porque su hijo se ve bien, después llenito, más tarde gordito y por último, ya sobrepasó los límites estéticos y es cuando se llevará con el médico (200 calorías de más diarias, se traducen en 6 Kg. al año), a diferencia de lo que ocurrirá cuando sea adulto, en que será por su voluntad.

La exploración denota un escolar rubicundo con sobrepeso variable, con tejido graso aumentado y distribuido uniforme, tejido firme, huesos anchos, genitales normales, pene escondido en la grasa púbica exagerada, en ocasiones discreta alza de la T/A, frecuentemente inhibido, inadaptado, frustrado, con poco aprovechamiento escolar y rendimiento deportivo bajo, situaciones que quizás originaron el escape a comer demasiado. Con ingesta exagerada, asociada la mayoría de las veces a poca actividad física.

Ocasionalmente se estará frente a pacientes con síndrome de Cushing: ingesta calórica normal, obesidad centripeta, talla normal o baja, facie de luna llena, hipertensos cortisol, CO<sub>2</sub> y Na altos.

Síndrome de Lawrence - Moon - Biendl: obesidad, retraso mental, retinitis pigmentosa, polidactilia, hipergenitalismo, se hereda en forma autosómica recesiva.

Síndrome de Prader – Willi: hipotonía en los primeros meses, obesidad a partir de los 2 – 3 años, facie características; talla baja, criptorquidia, hipogonadismo, acromicria, retraso mental.

Síndrome de Alstrom: obesidad, sordera nerviosa, retardo mental.

Síndrome de Pickwick: obesidad severa, dificultad respiratoria, somnolencia en el día, apnea durante el sueño.

La evaluación del obeso es variable, los estudios de Gorn y Hopkins muestran que el 22% de los niños llegaron obesos a la edad adulta contra el 40% de las niñas. La persistencia está condicionada a la edad en que se inicia y a la severidad, a mayor edad el regreso a la normalidad es más difícil, así de los adolescentes obesos, solo el 20% remite.

Las complicaciones como la destrucción de la epífisis del fémur, pie plano, genu- valgo dependerán del grado y del tiempo de la obesidad, junto con esta se presentarán alteraciones psicosociales. Se cierran un círculo vicioso: más gordura, menos actividad física: Cuando el paciente pasa a la vida adulta con obesidad, los riesgos serán: DM tipo II, hipertensión arterial, enfermedad coronaria, EVC y trastornos psicosociales.

El diagnóstico de la obesidad exógena es fácil de establecer: antecedentes familiares positivos para obesidad, hiperfagia, peso elevado, hábitos alimenticios erróneos, excesiva ingesta de alimentos, vida sedentaria, en un niño mentalidad normal, talla arriba de percentil 50' y sin evidencia física para enfermedades metabólicas o genéticas; este cuadro en un niño con peso para la talla >20% >97 percentil.

Otro método de diagnóstico es sacando el 20% que es el mínimo para hablar de obesidad.

Otro método es utilizar el calibrador o compás para medir el pliegue de piel con el tejido celular adiposo a nivel tricipital o subescapular. El peso por altura es más práctico y casi igual de confiable.

Los exámenes que se requieren son los rutinarios: Bh, EGO, CPS y perfil de lípidos. El pronóstico dependerá de varios factores, inicio temprano de la obesidad, peso exagerado y de lo acentuado de los factores de riesgo.

El tratamiento. Principalmente encaminado a disminuir la grasa corporal y no la masa corporal magra y sostener la reducción del peso. Educación dietética tanto al familiar del niño es conveniente que se auxilie de un dietista, explicar grupos de alimentos, calorías, quesos, sustitutos, horarios, colación, hábitos, costumbres, patrones de alimentos, etc.

Cuantificar HB cada mes y si hay baja de la misma ofrecer fierro.

Dieta.- Lo que se pretende es ofrecer una con menos calorías que las que ingiere; esta debe estar en proporciones normales: proteínas 15-20%, grasa (poli saturada) 30 45%, CHO's 50% que proporcionen 100 a 1700 calorías, según el grado de obesidad y edad del niño. Efectuar las correcciones necesarias, llevarla a cabo con rigidez, pero que sea permisible salirse de ella eventualmente (fiestas, reuniones, etc.) 1 kilo de peso menos por semana es buen promedio. En ocasiones bastará con reducir un 25% de calorías de su dieta habitual, lo que se consigue con reducir o eliminar al máximo: margarina, golosinas, pasta, postres, sin llegar a una dieta estricta y escrita.

Hay que recordar que el niño esta creciendo por lo tanto en casos no muy obesos, es aceptable simplemente que no aumente de peso.<sup>14</sup>

#### 4.8.- Nutrición en el niño.

El término nutrición es una cualidad o estado de los seres vivos, cuando usamos este término para referirnos a una persona humana, es fácil determinar si está bien o mal nutrida.

Para el producto en el seno materno, el recién nacido y el niño hasta los 5 años de edad, los requerimientos nutricionales y el equilibrio hídrico; son de la mayor importancia para tener un crecimiento y desarrollo normales.

Se observa que una persona adulta bien nutrida, es una persona saludable; que vive en estado de equilibrio porque el gasto energético y plástico que consume diariamente, lo repone regularmente en cantidad suficiente, y mantiene reservas que puede utilizar en momentos de mayor desgaste, evitando de esta manera alguna alteración de sus funciones.<sup>15</sup>

Así mismo afirman que "el final del siglo XX está deparando cambios acelerados de toda índole, que han alterado valores tradicionales que afectan al conjunto de la humanidad y no solo una parte", se refiere a que hay alimentos que no nutren pero son exaltados por una publicidad desmedida, que llega a todas las clases sociales y ha venido alterando las costumbres alimenticias de gran parte de la población, aumentando en esta forma los problemas alimentarios.

Los factores que afectan la nutrición de los pueblos son variados, solo se mencionarán los más importantes:

---

<sup>14</sup> MARTINEZ, R. La salud del Niño y del Adolescente p. 1014-1020

<sup>15</sup> RAMOS, R. Alimentación Normal en Niños y Adolescentes p. 6-7

- La disponibilidad. De los alimentos que a su vez depende de las características ecológicas del lugar, las condiciones socioeconómicas y la demanda para la producción.
- El consumo. Está determinado por los hábitos alimentarios de la población, los que forman parte de la cultura. Son difíciles de modificar y requieren de una cuidadosa orientación sobre las deficiencias nutricionales que afectan a la población.
- La utilización. Los elementos nutritivos contenidos en los alimentos que ingieren pueden ser modificados por : procesos infecciosos, diarrea, parasitosis otros estados patológicos que interfieran de alguna forma en los procesos de la digestión

Las sustancias nutritivas que contienen los alimentos, necesitan para su absorción en el intestino delgado, de transformarse en moléculas simples que puedan atravesar la mucosa intestinal. Esta transformación se adquiere mediante el proceso de digestión.

La Digestión.- Es el proceso mediante el cual las moléculas de las sustancias nutritivas se convierten en moléculas más sencillas, aptas para la absorción. Comprende una fase mecánica y una fase química.

Fase mecánica. Los alimentos se humedecen en la boca por medio de la saliva y mediante la masticación se trituran y muelen para formar el bolo alimenticio que, al pasar por las otras partes del tubo digestivo, continúa siendo agitada y preparada para recibir la acción de los jugos digestivos

Fase química. Los fenómenos digestivos o enzimas, atacan los nutrientes desdoblándolos para convertirlos en moléculas más sencillas, al grado de que se pueda efectuar la absorción en el intestino grueso al torrente sanguíneo, mediante un complicado mecanismo físico-químico.

## PRINCIPIOS

- Todas las células del organismo necesitan una nutrición adecuada.
- El apetito y la secreción salival y gástrica se modifican por los estímulos agradables y desagradables.
- El estómago se vacía de tres y media a cuatro horas, después de una comida normal y bien mezclada.
- Los carbohidratos se usan principalmente como una fuente de energía.
- La grasa es el principal almacén de reservas alimenticias.
- Constantemente se necesitan proteínas para construir y reparar tejidos.
- Las que no se utilizan para construir tejidos pueden ser oxidadas para obtener energía.
- El calcio, fósforo, sodio, potasio, yodo, hierro, son importantes para el funcionamiento celular.

- Las vitaminas son sustancias que favorecen la utilización de los nutrientes del organismo.
- Los nutrientes proporcionan la energía que requiere el organismo para realizar sus procesos orgánicos diarios.

#### Necesidades nutricionales diarias en un niño preescolar

- 1500 calorías,
- 40 gramos de proteínas en los cuatro grupos de alimentos:
- 4 a 6 raciones de frutas y verduras.
- 2 o más raciones de carne (porciones de 60gramos).
- 4 raciones de pan y cereales.
- 4 raciones de productos lácteos.

#### Dieta.

Por dieta se entiende a la “alimentación cotidiana” o, expresado en otras formas, “al régimen alimentario que se sigue a diario o “ al conjunto de alimentos y platillos que se consumen cada día”

#### Acción integradora y reguladora.

Todos los nutrimentos son indispensables para mantener la salud y la vida, por otra parte, ningún alimento lo es. Frente a esa dualidad, la dieta tiene una importante acción integradora que la constituye en la práctica y la teoría de la unidad de alimentación.

Por razones fisiológicas, la ingestión de alimentos tiene variaciones circadianas reguladas en gran medida por la energía que con ellos se aporta al organismo, estas variaciones son muy uniformes- y en términos finales se cancelan cuando se miden por lapsos hebdomadarios o bihebdomadarios. Por ejemplo, si una persona suele consumir un desayuno muy generoso y con cierto desequilibrio en sus componentes, corrige esos defectos modificando la ingesta en la comida o la merienda.

#### Características de una buena dieta.

Para que una alimentación satisfaga las necesidades del hombre, debe reunir las siguientes características:

Completa.- En sus nutrientes, es decir, que tenga proteínas, grasas, hidratos de carbono, vitaminas, minerales y agua.

**Equilibrada.-** En sus diferentes nutrientes, es decir que contenga las cantidades necesarias de proteínas y grasas, hidratos de carbono, lípidos, minerales y vitaminas.

**Suficiente.-** En su valor calórico, que contenga las cantidades que requiere el organismo para su funcionamiento normal.

**Adecuada.-** Al momento fisiológico en el que vive el individuo, por ejemplo: recién nacido, lactante, escolar, adolescente y adulto.

**Pura.-** Libre de sustancias patógenas.

#### Factores que afectan las necesidades nutricionales

- **La edad:** se relaciona estrechamente con el patrón de crecimiento.
- **Sexo:** Los requerimientos de nutrientes son mayores en el hombre que en la mujer, excepto el hierro.
- **La actividad física:** a mayor actividad física, mayor necesidad de aporte calórico.
- **Clima:** El clima requiere de mayor aporte calórico.
- **En el embarazo y lactancia:** Aumentan las necesidades de los nutrientes hasta en un 20%.
- **Estado de salud:** Aumentan las necesidades de algunos nutrientes, por ejemplo cuando hay quemaduras aumentan los requerimientos de proteínas.
- **La fiebre acelera el metabolismo,** el cual aumenta la necesidad de nutrientes. Cuando hay enfermedad febril crónica, la nutrición puede verse afectada.
- **El hipertiroidismo eleva el metabolismo.** Si la ingesta de nutrientes no es adecuada, el individuo experimentará pérdida de peso, debilidad y fatiga.
- **Cuando hay daño renal,** en que se pierden proteínas por la orina, puede haber aumento en la necesidad de ingerir más proteínas.
- **Cuando un paciente está bajo de peso,** la ingestión de alimentos y de calorías debe aumentarse.

- Cuando un paciente está excedido de peso u obeso se debe restringir la ingestión de calorías.

#### Recomendaciones para favorecer una ingesta adecuada

- Procure que el acto de comer sea placentero
- Facilite la comodidad física y emocional.
- Proporcione alimentos que agraden al paciente según su nivel cultural.
- Ofrezca porciones de tamaño adecuado al estado general o a la edad del paciente.
- Evite el aspecto desagradable de las cosas, los ruidos y olores no gratos
- Presente los alimentos en forma agradable.
- Deje el suficiente tiempo para comer.
- Recomiende masticar bien el alimento antes de deglutirlo.
- Procure la autoalimentación sin ayuda, según las necesidades de cada paciente.

#### Recomendaciones para mejorar los hábitos alimentarios.

Es necesario educar al paciente y familia para que:

- Consuma una dieta balanceada.
- No desperdicie dinero al comprar alimentos que no nutren.
- Estimule la producción y consumo de los alimentos nutritivos.
- Reduzca la demanda de alimentos no nutritivos.
- Prepare los alimentos con el mínimo de pérdida de sus propiedades.
- Consuma los productos que se dan en la estación, por ser más económicos.  
Por ejemplo las frutas y verduras.

**Las alteraciones en el peso corporal nos indican problemas por defecto o por exceso en el consumo de los nutrientes. Las más frecuentes son: la desnutrición y la obesidad.**

Problemas más comunes de la dieta inadecuada.

Desnutrición.

Las desnutriciones se clasifican en agudas y crónicas, por el tiempo de inicio y la rapidez con que se manifiestan, también se distinguen por la intensidad de las alteraciones en relación con la pérdida de peso corporal.

Se dice que la desnutrición de primer grado o moderada, si la pérdida de peso es de 15 a 25% del peso normal para la talla. En este caso hay alteraciones ligeras en la circulación y sistema nervioso, pero la persona puede seguir trabajando aunque con menos eficiencia y mayor fatiga.

En la desnutrición de segundo grado, la pérdida de peso es de 25 a 35% del normal, los adultos presentan alteraciones orgánicas y funcionales que les permiten únicamente un trabajo sedentario de calidad inferior.

La desnutrición de tercer grado o marasmo, se acompaña de alteraciones orgánicas y funcionales graves, la pérdida del peso corporal es mayor es de 35% del peso normal

Aunque existen diversas causas de la desnutrición, se pueden enumerar algunas de entre las más comunes: hay desnutrición por trastornos que alteran la digestión; cuando no se consume una dieta suficiente y completa, por anorexia nerviosa, por pobreza, por enfermedades infecciosas y enfermedades crónicas. Por hábitos alimenticios deficientes, por ignorancia o por costumbre

Obesidad.

Se le da esta denominación al aumento del peso corporal superior a un 10% del peso teórico normal, según sexo, edad y talla corporal, que produce acumulación y distribución anormal de grasa en el tejido subcutáneo. Para que se le pueda dar esa denominación debe hacerse balance energético positivo, o sea que los gastos calóricos son menores que los ingresos calóricos, lo cual hace que se acumulen los excedentes en forma de grasas de relleno.

El exceso en la alimentación está ocasionado en algunos casos por: angustia, represiones, hábitos familiares, o el placer no controlado frente a los alimentos y golosinas.

La obesidad, representa para el organismo una sobre carga constante de las funciones circulatorias, hepáticas, pancreáticas, renales, respiratorias que pueden llevar a complicaciones como la arteriosclerosis y la diabetes.

En los obesos están perturbados los mecanismos de termorregulación periférica y soportan más el calor húmedo. Se defienden del calor seco por sudoración abundante, pero se defienden más del frío por la lentitud de los mecanismos de termorregulación y se enfrían rápidamente.<sup>16</sup>

#### 4.9 .-Ejercicio y actividades recreativas.

Principios y fundamentos racionales de los cuidados de enfermería.

Consideraciones genéricas.

- Todos los seres humanos necesitan estímulos. En el adulto la falta de estímulos da como resultado el aburrimiento y la depresión. En el niño produce "interrupciones del desarrollo" y puede dañar gravemente el crecimiento.
- Existe una relación significativa entre la actividad informal y la satisfacción vital. La calidad o el tipo de interacción es más importante que la cantidad de actividad.
- Las actividades informales promueven el bienestar más que las actividades formalmente estructuradas. Las actividades en solitario tienen poco efecto en la satisfacción vital.
- El aburrimiento paraliza la productividad del individuo y produce un sentimiento de estancamiento. A menudo, es uno de los principales factores que contribuyen al abuso de sustancias (exceso de comida, abuso de drogas, alcoholismo, tabaquismo).
- La persona aburrida tiene sentimientos introspectivos de estar oprimida y atrapada, lo que provoca enojo y hostilidad consciente o inconsciente.
- Darse cuenta que uno se aburre permite reorientar las actividades para aumentar los estímulos.
- Las enfermeras que entienden el concepto de aburrimiento, y se dan cuenta de sus propios patrones de reacción y conducta respecto al mismo, están más capacitadas para tratarlo en los demás.
- Asumir la responsabilidad de hacer algo ante una situación aburrida es un medio positivo de disipar el aburrimiento.
- La musicoterapia o el "uso controlado de la música, sus elementos y sus influencias en el ser humano para ayudar a la integración fisiológica, psicológica y emocional del individuo durante el tratamiento de una enfermedad o incapacidad, puede ser una actuación valiosa para aliviar el aburrimiento, despertar el interés y ayudar a los individuos a afrontar los problemas sociales.
- El ser miembro de un grupo o de un grupo de apoyo puede favorecer la autoestima y la propia importancia, proporcionar una sensación de pertenencia y

---

<sup>16</sup> GARCIA, M. OP CIT p. 66-71

fomentar las actividades de las que la persona de otra forma se habría retraído. Los grupos de apoyo pueden ayudar a menudo a los individuos con problemas que producen estrés, costosos o que gastan tiempo.

- Las reminiscencias, o el pasar el tiempo concentrándose en recordar hechos significativos, puede ser un pasatiempo satisfactorio y estimulante para los que están aburridos, enfermos, confinados o ancianos.
- La falta de motivación se relaciona a menudo con temores respecto a las expectativas de los demás y a la capacidad de uno mismo para cumplir las tareas necesarias.
- Si una persona ha sufrido un ictus, cirugía mayor o ataque cardíaco, llega a aceptarlo cuando el tratamiento para la enfermedad aguda ha disminuido y éste hace que la responsabilidad de la persona se “ponga en marcha”.

### Consideraciones pediátricas.

Entre los niños que tienen un riesgo especial de déficit de las actividades recreativas se incluyen:

- Los que están aburridos.
- Los que están inmovilizados.
- Los que están hospitalizados durante largos periodos de tiempo.
- Aquellos que están aislados para protegerse a sí mismos o a los demás.
- Los que tienen poco contacto con sus familiares y/o amigos.

Se deben proporcionar actividades adecuadas a su edad para promover la salud mental y el desarrollo humano.

Los niños que están aburridos pueden estar en mayor riesgo de lesionarse.  
Beneficios del ejercicio.

- Reduce la absorción de calorías.
- Es un supresor del apetito.
- Aumenta el índice metabólico.
- Conserva la masa muscular magra.
- Aumenta la absorción de oxígeno.
- Aumenta la autoestima.
- Disminuye la depresión, la ansiedad y el estrés.
- Aumenta el gasto calórico.
- Aumenta las posibilidades de mantener la pérdida de peso.
- Aumenta el sueño reparador.
- Mejora la postura corporal.
- Aporta diversión y entretenimiento.

- Aumenta la resistencia a enfermedades degenerativas de la segunda y tercera edad (p.ej.,el corazón, vasos sanguíneos.<sup>17</sup>

#### REQUERIMIENTOS ENERGÉTICOS

|                 |              |                          |
|-----------------|--------------|--------------------------|
| Sentado         | 15 kcal/hora | 17 watts                 |
| De pie relajado | 20           | 21                       |
| Escribiendo     | 20           | 21                       |
| Caminando       | 200 a 350    | 210 a 400                |
| Corriendo       | 800 a 1000   | 930 a 1160               |
| Bailando        | 200 a 400    | 210 a 460                |
| Gimnasia        | 200 a 500    | 210 a 600                |
| Tenis           | 400 a 500    | 460 a 600                |
| Natación        | 300 a 900    | 350 a 1050               |
| Escalamiento    | 700 a 900    | 800 a 1050 <sup>18</sup> |

El uso terapéutico de los juegos.

Uno de los desarrollos contemporáneos en el área de la terapia infantil y de adolescentes ha sido la utilización de juegos y la teoría del juego. Este desarrollo ha tenido lugar en las escuelas debido a su utilidad demostrada en la instrucción en clase. Los antecedentes terapéuticos de este desarrollo se remontan al uso original del juego. Como un medio para evaluar y trabajar con niños y el trabajo de Slavson y Cols. Que desarrollaron los que Slavson llamó Terapia de grupo para los pequeños en edad de latencia.

<sup>17</sup> CARPENITO, L. Diagnósticos de Enfermería p. 723-724

<sup>18</sup> CORDOBA, J. La Química y la Cocina p.59

## Usos terapéuticos.

Los fundamentos para incorporar los medios del juego y el juego al trabajo con niños se basan en los siguientes conceptos:

- 1.- El juego y los juegos son un medio de expresión natural, experimentación y aprendizaje en general del niño.
- 2.- El niño se siente "en casa" en un escenario de juego y se relaciona fácilmente con los juguetes y lo que les concierne.
- 3.- Un medio de juegos facilita la comunicación y la expresión.
- 4.- Un medio de juegos también permite una liberación catártica de sentimientos, frustraciones, ansiedades (es decir, oportunidad de ventilar y acomodar las preocupaciones en una perspectiva).
- 5.- Las experiencias de los juegos son renovadoras, saludables y constructivas.
- 6.- Un adulto puede comprender más completa y naturalmente el mundo de los niños observándolos en los juegos, se relaciona con ellos más fácilmente mediante las actividades del juego, tratando de inducir discusiones completamente verbales de sus vidas.

Todas las personas tenemos la capacidad para el descanso y la creatividad, lo podemos comprobar en la gama de juegos y artesanías elaboradas por los artesanos de los diferentes Estados de la República, que hacen verdaderas obras de arte, con los instrumentos de trabajo más indispensables y de naturaleza manual.

Clasificación de las diferentes actividades que pueden realizar los niños (dependiendo de su edad) se agrupan en terapia recreativa y terapia ocupacional.

### Terapia Recreativa:

- Juegos de mesa. Dominó, lotería, serpientes y escaleras, oca, turista, memoramas etc.
- Escuchar música instrumental, cantar, bailar.
- Gimnasia, aeróbicos, yoga.
- Visitas a museos, ferias, espectáculos, alamedas.
- Excursiones: Balnearios, sierra, mar.
- Funciones: teatro, cine, etc.

## Terapia Ocupacional:

- Habilidades del pensamiento. Crucigramas, sopa de letras, rompecabezas, acertijos, cuentos. escritura etc.
- Manualidades. Pintura, tarjetería, papel maché, decoración (para aniversarios, navidad, fiestas)

Juegos de ingenio. Le permitirán: Descubrir nuevas facetas de su imaginación y de sus fuerzas creativas, las que le ayudarán a vencer las dificultades crónicas de la vida diaria, desarrollar nuevos modos y patrones de pensamiento, lo cuál le ayudará a resolver las dificultades y a vencer los patrones de hábitos negativos.<sup>19</sup>

### 4.10.- El aprendizaje del niño.

Básicamente se aprende por mecanismos de ensayo y error que el sujeto debe ejercer por sí mismo, que no pueden regalarse, comprarse ni imponerse, tienen que experimentarse. En ellos participan las vivencias previas, la memoria, voluntad y propósito, expectativas, curiosidad, iniciativa, confianza en sí mismo y muchas otras circunstancias en las esferas de lo orgánico, emocional y cognoscitivo. Las leyes que rigen el aprendizaje pueden enunciarse como sigue:

- 1.- Madurez orgánica: Para aprender se requiere de un grado determinado de madurez e integridad orgánica.
- 2.- Secuencia y masa crítica de habilidades: El aprendizaje es continuo. Hay una secuencia básica y se aprenden nuevas cosas en términos de conocimiento previo.
- 3.- Estimulo inicial: El aprendizaje requiere de un estímulo inicial que depende del ambiente que rodea al individuo y de las características de su sensorio.
- 4.- Propósito: El aprendizaje es, en esencia, un acto volitivo que requiere de un propósito, depende de una circunstancia subjetiva.
- 5.- Influencia cultural: La cultura del grupo influye necesariamente en el aprendizaje, "conspira" para determinar lo que se aprende.

El proceso del desarrollo del niño y algunas de sus perturbaciones son más comprensibles a la luz de los "periodos críticos de la sensibilidad para el aprendizaje.

El desarrollo de ciertas habilidades en los niños sigue una secuencia y ocurre en ciertos periodos durante los cuales el aprendizaje procede rápidamente. Fuera de estos periodos críticos procede las habilidades se adquieren más lentamente o no se

<sup>19</sup> SHAEFER, C. Manual de terapia de Juegos p 160-162

adquieren. Lo importante es que pasado el periodo óptimo la capacidad de adquirirlas disminuye.

Cuando un patrón de conducta aparece por primera vez, el aprendizaje progresa rápidamente, después se hace más lento y si durante el periodo sensitivo se detiene a causa de circunstancias desfavorables, la formación de ese patrón de conducta tiende a retratarse aún cuando las circunstancias ya sean favorables. Las habilidades son especialmente vulnerables cuando están en el proceso de ser adquiridas y las circunstancias adversas no solo, pueden impedir su adquisición, sino inducir su regresión aún cuando ya están establecidas.

La succión es una respuesta que normalmente se adquiere en los primeros días después del nacimiento, si esta no ocurre, el niño tiene dificultades para su alimentación. Si la función binocular no se logra en el primer año, ya no se logra después, y ocurre que el niño suprime parcial o totalmente la visión de un ojo. El control de la vejiga se adquiere en el segundo año, pero este hábito es muy vulnerable y si el niño es afectado por una situación crítica puede perder el hábito y entonces el aprendizaje es sumamente lento; la pérdida regresiva del control de esfínteres ocurre frecuentemente. En el tercero, cuarto y quinto años, el lenguaje se hace fluido y rítmico. En esta etapa se inicia la tartamudez como un defecto del desarrollo, también en casos de retardo mental, los defectos en la articulación de la palabra y la falta de ritmo en el lenguaje se hacen aparentes del tercero al quinto año de vida.

Los periodos de sensibilidad crítica para el aprendizaje pueden explicarse tanto en los términos de maduración como en términos psicológicos; durante ellos, el aprendizaje se acelera. Se puede decir que el niño de un año de edad aprende a comprender el lenguaje y a hablar porque tiene la necesidad de adquirir nuevos medios de comunicación y a que su creciente poder de caminar lo separa de su madre y le hace entrar en contacto con personas extrañas. Las explicaciones que siguen esta línea están de acuerdo con los hallazgos en el campo de la conducta animal.

La adquisición de habilidades sigue una secuencia.

La adquisición de una habilidad prepara al niño para las siguientes. Cada habilidad y destreza se adquiere a una edad determinada. La secuencia es fija, pero es posible que ciertas habilidades se adquieran algo más tempranamente. Por ejemplo, un niño aprende a leer a los 6 años, pero es posible que esto ocurra a los 3 ó 4 años si es que el niño ha adquirido ya las habilidades para la lectura.

La iniciación de un periodo de sensibilidad para el aprendizaje depende de la maduración física, es decir del crecimiento y diferenciación del sistema nervioso central y de otros sistemas orgánicos. En algunos casos los mecanismos están listos anticipadamente, de ahí que, cuando las circunstancias son especialmente favorables, ciertas habilidades pueden ser adquiridas antes.

El retraso y la limitación de la capacidad para aprender es debida a defectos del sistema nervioso central, pero en ciertos casos es necesario tomar en cuenta causas explicativas mas especificas. Puede ocurrir que ciertas necesidades sean satisfechas en formas diferentes. Puede ocurrir que algunas circunstancias le evoquen al niño angustia en forma repetida; el niño se encierra entonces en sí mismo y no aprende a hablar y aun deja de escuchar. El círculo se cierra porque siendo incapaz de comunicarse, cada vez le es más difícil formar relaciones sociales.

En general los niños evitan aquellas tareas que les causan tensión.

Indudablemente la privación del contacto afectivo con la madre ejerce sus efectos nocivos no solamente a causa de la frustración de las necesidades emocionales muy especificas, sino que también puede producir otros efectos, especialmente la falta de estimulación y la falta de protección ante la tensión excesiva. En el desarrollo mental del niño influye la calidad de los estímulos que recibe, los cuales dependen del nivel intelectual de las personas que le rodean.

Hay estudios que muestran que los niños criados en un ambiente donde se les estimula, donde se les exige y hay disciplina, obtienen mejores resultados en las pruebas de inteligencia. Sin embargo, es necesario que la disciplina sea de tal naturaleza que no genere angustia ya que, de ser así, el rendimiento del niño en las pruebas de ejecución es comparativamente más bajo. En las pruebas verbales de niños criados en condiciones donde no hay disciplina, se les permite hacer lo que quieren y donde, además; hay escasa interacción con los padres es bajo, si bien es relativamente mejor en las pruebas de ejecución.

Casi todos los niños cuyo cociente intelectual es de más de 140 se han desarrollado en condiciones donde priva una disciplina demandante.

La familia como totalidad provee al niño de un sistema de seguridad y apoyo social. La madre asume el principal papel protector por la naturaleza de su liga con el niño, pero otros miembros de la familia, particularmente el padre, participan en el sistema; este se debilita cuando falta el apoyo del padre, cuando los niños reciben poca atención y si la familia está socialmente aislada. El apoyo social sigue siendo fundamental para el despliegue de las mejores capacidades.<sup>20</sup>

#### 4.11.- Los trastornos de la alimentación en el niño.

La teoría psicoanalítica propone que la urgencia compulsiva de los pacientes obesos de comer en exceso tiene como base la fijación o la regresión de "estado oral" del desarrollo psicosexual es decir, la etapa cuando las satisfacciones del niño se centran en torno de la boca y la ingestión de comida es la fuente principal de bienestar y seguridad. Estas "fijaciones orales" se explican por excesos o

---

<sup>20</sup> DE LA FUENTE, R. *Psicología Médica* p. 1002-1005

deficiencias en la satisfacción de las necesidades orales del niño. El término "oralidad", cuando se refiere a adultos, tiene un sentido más general; se refiere a dependencia y a necesidades de afecto exageradas.

Brunch a prestado atención a las interacciones en la familia de los niños obesos. Las madres tienden a preocuparse y angustiarse exageradamente a cerca de ellos y al mismo tiempo son muy dominantes, tratan a sus hijos como posesiones, o los usan para compensar frustraciones o desengaños y no toman en cuenta su individualidad y sus deseos. Estas madres según Brunch, ponen un énfasis exagerado en la comida y el comer, cargándolos de significados simbólicos. Si bien la madre obtiene prestigio con su niño bien alimentado, llega un momento en que ya no es así, y entonces ejerce presión excesiva sobre el niño y sobre los médicos.

Se han descrito cuatro tipos de obesos. Algunos obesos comen en exceso con respuesta a tensiones emocionales inespecíficas, cuando se sienten solos, ansiosos, aburridos o tristes. Otro grupo come no sólo en respuesta a tensiones o frustraciones transitorias como sino en forma persistente, como una gratificación en situaciones desagradables sostenidas.

En un tercer grupo, el exceso en el comer es sinónimo de una enfermedad emocional subyacente, frecuentemente la depresión. A este grupo corresponden los obesos reactivos descritos por Brunch. En el cuarto grupo el exceso tiene proporciones de adicción y se caracteriza por un anhelo de comer, sin relación con eventos externos de la vida ni con emociones transitorias.

Desde el punto de vista de iniciación, los obesos pueden ser juveniles o adultos. Hay personas que se tornan obesos desde la infancia o en la adolescencia y otras que se hacen obesos después de la adolescencia.

Casi la mitad de 34 obesos juveniles estudiados sufrían distorsiones de la imagen corporal y del concepto de sí mismos. Además estaban desadaptados en las relaciones interpersonales y sexuales. Por otra parte, ninguno de los 40 obesos adultos sufría desórdenes de esta clase en grado semejante.

Elementos de los obesos que aparecen en forma recurrente en varias combinaciones; actitudes parentales que dotan a la comida valores exagerados o simbólicos, inactividad física, dependencia emocional, pasividad, miedo a la pérdida del autocontrol, autoacusaciones relativas a la glotonería, extrema conciencia de sí mismos acerca de su apariencia física. Es posible encontrar fantasías de grandeza y de fuerza, actitudes derogatorias hacia los padres, y algunas veces crueldad.

La obesidad representa un síndrome más que una entidad nosológica simple. No es una condición unitaria y, aunque muchos casos de obesidad no responden al tratamiento, hay una proporción que se maneja con éxito. Pacientes que han sido obesos desde la infancia o la adolescencia tienden a tener, mal pronóstico. Los que han estado luchando contra la compulsión a comer toda su vida han tenido fracasos repetidos que les dejan cicatrices psicológicas.

Los enfermos obesos requieren psicoterapia, pero la eficacia de los tratamientos psicológicos para producir pérdida de peso es limitada. Los psiquiatras hacen ahora pronósticos reservados en pacientes juveniles y obesos del desarrollo. Brunch ve el exceso de alimentación del obeso del desarrollo como una adaptación necesaria que debe ser aceptada por el médico y el enfermo.

Manejo psicológico. Debe realizarse en casos especiales: cuando hay rendimiento escolar deficiente, conflictos con los amigos, distanciamiento con los padres; para ello será de utilidad la entrevista con el higienista mental.

Medicamentos.- No son recomendables el extracto de tiroides, los diuréticos, ni las gonadotropinas coriónicas. Las anfetaminas y sus derivados tampoco se utilizan: deprimen el apetito, aunque solo por semanas, tienen además el riesgo de dependencia psíquica en adolescentes y/o psicosis severa dependiendo de dosis y tiempo.

Cualquier medicamento hará que le pongan menos atención a lo principal; dieta y actividad física y por supuesto contrarrestar los factores de riesgo.

Limitación del daño. La vigilancia posterior debe ser estricta. Mantener el peso es lo ideal. Si la dieta es exagerada y prolongada, el paciente puede presentar: hipotensión ortostática, alopecia, arritmias, balance nitrogenado negativo.<sup>21</sup>

#### 4.12.- Caries dental.

Es una enfermedad multifactorial en la que se distingue especificidad bacteriana y nutricional. La formación de una lesión cariosa es el resultado final de una compleja serie de fenómenos bioquímicos y microbianos dinámicamente entrelazados, que por fermentación de carbohidratos de la dieta producen ácidos orgánicos que desmineralizan en forma local y progresiva el esmalte de un diente susceptible. Esta enfermedad, la más frecuente en la niñez, presenta muchas de las características de los padecimientos infecciosos y, por cumplir los postulados de Koch, el microorganismo considerado más significativo en las lesiones de caries en el hombre es *S. mutans*, anaerobio facultativo grampositivo. Para el desarrollo de la caries deben concurrir:

- La presencia de bacterias cariógenas en la placa dentobacteriana, capaces de producir ácidos por debajo de un PH de 5.5, necesario para la desmineralización del esmalte.
- Presencia, en la dieta, de carbohidratos que favorezcan la colonización de la superficie dental por bacterias capaces de metabolizarlos, originando ácidos.
- Un diente susceptible.

---

<sup>21</sup> IBIDEM p. 406-409

Estos factores actuarán en base al tiempo en que estén presentes y la edad del sujeto.

En la producción de caries, la sacarosa es el componente dietético de mayor importancia. Una dieta rica en sacarosa no solo favorece la formación de la placa dentobacteriana sino que también, y de manera selectiva, promueve la colonización de microorganismos cariógenos.

*S. mutans* es el más virulento en la producción de caries, además de fermentar sacarosa y producir ácidos, sintetiza glucanos insolubles a partir, precisamente, de la sacarosa. El glucano (dextrano) inhibe la difusión del ácido fuera de la placa e impide que sea neutralizado por amortiguadores salivales o diluido por los fluidos bucales. Otros carbohidratos, como glucosa, fructuosa, lactosa y maltosa, también son susceptibles de fermentación por las bacterias cariógenas, aunque en menor grado que la sacarosa.

Los experimentos de Beighton y Hayday, demostrando que algunas sustancias de la dieta- los almidones entre ellos pueden hacer que el pH de la placa dental baje a concentraciones en las que, cuando menos en teoría, el esmalte puede desmineralizarse, han creado cierta confusión pues el pH no es el único determinante en la lesión cariosa.

Para la producción de caries es más importante la frecuencia que la cantidad en el consumo de carbohidratos fermentables.

Otras propiedades de los alimentos que se deben considerar cuando se busca establecer su potencial cariógeno son: propiedades retentivas, solubilidad, composición mineral, tamaño de su película, contenido de lípidos, textura, temperatura, efectos promotores de salivación, índice de hidratación y capacidad amortiguadora.

#### Prevención de la caries dental.

La prevención de la caries se basa en la reducción del número de microorganismos cariógenos, el aumento de la resistencia del diente a la caries y la modificación de malos hábitos en la alimentación. El método básico para reducir los microorganismos en y alrededor del diente es la eliminación sistemática de la placa dentobacteriana por el cepillado. El incremento de la resistencia del diente se puede lograr por el uso adecuado de fluoruros y selladores plásticos de las superficies masticatorias de los dientes (selladores de fosetas y fisuras).

## Aseo de los dientes.

Para lograr un nivel óptimo de la salud bucal en el niño requiere un programa supervisado de higiene, iniciada a temprana edad, la higiene bucal puede llegar a ser una praxis en las rutinas de alimentación. En la actualidad se recomienda iniciar los procedimientos de higiene bucal aun antes de que broten los dientes, para ello se asea la boca una vez al día, con una gasa húmeda enrollada (sin dentífrico) alrededor del dedo índice.

Después de la erupción del primer diente, hay más razón para que el aseo sea sistemático y constituya una obligación de los padres hasta que el niño pueda hacerlo por sí mismo. Para ver dentro de la boca del niño y poder limpiar los dientes hay que adoptar una posición cómoda, tanto para el niño como para la mamá. Es conveniente que el niño esté presente cuando la madre practique su propio cepillado pues, la mejor enseñanza es el ejemplo.

La primera visita al odontopediatra se debe hacer cuando el niño tenga 18 a 24 meses de edad y más que nada debe ser informativo, para la madre, el odontólogo, y por supuesto, para el niño. Para eso se necesita una buena posición, iluminación. Conforme la dentición primaria brota, se recomienda iniciar el tradicional cepillado dental. En 1981, Klesber y Col. Informaron el uso espontáneo de la técnica de cepillado horizontal para niños preescolares, así como de su incapacidad para usar otros métodos. Por otra parte, el éxito para enseñar las técnicas de cepillado requiere el conocimiento previo del nivel de desarrollo motriz del niño, debido a que la adquisición de esa habilidad está en relación al mismo.

Como los niños no tienen motivación bien definida, ni ha adquirido habilidad para usar el cepillo dental, los padres se deben encargar del cepillado, por lo menos una vez al día. Después de cada alimento entre las comidas, lo menos que se puede pedir es que el niño se enjuague la boca con agua y no se le deberá permitir retirarse a dormir sin cepillarse los dientes.

Para facilitar el manejo del cepillo se recomiendan los que tengan mangos largos y cerdas múltiples de nylon suave con puntas redondas. Los cepillos eléctricos aumentan la motivación inicial pero, por lo general, sólo en forma pasajera.

Después de los dos años de edad, los dentífricos con fluoruro se deben usar colocando cantidades pequeñas en el cepillo, es el cepillado y no la pasta lo que limpia los dientes. El uso muy temprano de pastas dentales puede ser contraproducente, por un lado, su sabor puede desagradar al preescolar, y por otro, impedir a la madre una adecuada visibilidad. En relación al tipo de dentífrico común o en gel, no hay diferencias significativas en cuanto al método y tiempo de cepillado que se debe seguir.

Mediante el cepillado se logra limpiar tres de las cinco superficies de un diente, las restantes son las superficies interproximales, en especial susceptibles a las caries

por la dificultad para eliminar de ellas la placa dentobacteriana. La caries que afecta a las superficies interproximales de los dientes primarios puede llegar a provocar pérdida de espacio para los dientes permanentes, por eso es importante la restauración más oportuna de la dentición primaria.

Las superficies interproximales se pueden limpiar en forma eficaz con hilo de seda. Como con cualquier otro método preventivo, el hilo dental se requiere explorar primero el grado de habilidad de la madre y el niño y su uso se iniciará solo después que el niño domine el cepillado. Como es frecuente que los niños menores de ocho años carezcan de destreza manual necesaria para pasar el hilo entre los dientes sin lastimarse la encía. Se recomienda que sean los padres quienes inicialmente lleven a cabo esta tarea. El cepillado dental no es sinónimo de buena higiene oral; un programa de control de placa dentobacteriana debe incluir métodos y medios que eliminen de todas las superficies del diente.

### Flúor.

Los principales mecanismos de acción del flúor en la prevención de la caries dental son: remineralizados del esmalte; aumento de la resistencia del esmalte; sobretodo en las superficies lisas, y alteración en el metabolismo y la reproducción de los microorganismos cariogénos.

El método mas practico , seguro , eficaz y económico para la administración del flúor es su adicional al agua de consumo humano .Para la obtención de resultados óptimos , en cuanto a reducción de caries , el agua potable debe contener flúor en una concentración de una parte por millón .En las localidades donde la fluoración del agua no es adecuada ,sería deseable que por lo menos la que se usa en escuelas y jardines de niños lo fuera , en concentraciones de 2 a 3 ppm ,sin que este procedimiento excluya la necesidad del cepillado diario .en las comunidades donde el agua potable contenga flúor , se recomienda la percepción de suplementos por vía oral desde el nacimiento hasta los 13 años de edad , siguiendo el régimen propuesto y aceptado por la Comisión de Terapéutica Dental de la Asociación Dental Americana y por el Consejo sobre Nutrición de la Academia americana de Pediatría Tal régimen se basa en la concentración de flúor en el agua de la comunidad y en la edad del paciente .

El flúor por vía sistemática es eficaz solo cuando se ingiere en forma regular y constante. Su uso tópico debe ser durante toda la vida mediante aplicaciones profesionales semianuales y su empleo en el hogar en forma de pastas y enjuagues bucales. Los niños con alto riesgo de caries deberán recibir aplicaciones tópicos profesionales con mas frecuencia según sea necesario .Las aplicaciones frecuentes de flúor en bajas concentraciones producen efectos mas favorables que la aplicaciones menos frecuentes pero de mayor concentraciones.

## RECOMENDACIONES SOBRE LA DOSIFICACIÓN DE SUPLEMENTOS DE FLÚOR

Dosis diaria del ión flúor (mg) según la edad.

| Contenido de flúor en el agua potable(ppm) | Menos de 2 años                        | De 2 a 3 años                           | De 3 a 14 años                          |
|--|--|---|---|
| Menos de 0.3 y de 0.3 a 0.7 a más de 0.7   | 0.25 a 0.0 no se requieren suplementos | 0.50 a 0.25 no se requieren suplementos | 1.00 a 0.50 no se requieren suplementos |

Debido a que la aplicación continúa de flúor restituye su reserva en la superficie dental. Sin el beneficio del flúor las lesiones cariosas progresan con mas rapidez aun con concentraciones optimas del ión, la caries se presenta y avanza si el paciente no tiene hábitos apropiados de alimentación e higiene .

El riesgo de efectos secundarios en la terapéutica con fluoruros es mínimo cuando el flúor, en sus diferentes formas, se emplea bajo supervisión juiciosa. La intoxicación aguda por ingestión de 2.5 a 5 gramos de ión puede causar la muerte en 2 hrs. Para niños la dosis letal es de 30 a 70 mg de ión de f/kg de peso. En caso de sobredosis accidental se recomienda la ingestión de leche en volúmenes considerables, así como de leche de magnesia para neutralizar el flúor reducir y retardar su absorción.

En la actualidad se considera innecesaria la administración prenatal de suplementos de flúor. No hay pruebas científicas que demuestren que esta práctica reduzca en forma significativa la presencia de caries en la dentición primaria. Además, las estructuras dentales que se mineralizan en la vida embrionaria son menos susceptibles a la caries que las que lo hacen postnatalmente.

### Selladores de fosetas y fisuras

El flúor contiene mínima protección de anticaries en las superficies de masticación de los molares y el cepillado es de eficacia limitada en la eliminación de la placa dentobacteriana de los mismos, por lo intrincado de su morfología. Los selladores plásticos de fosetas y fisuras cubren un aspecto importante en un programa integral de prevención de caries puesto que múltiples estudios han demostrado su eficacia y, junto con la fluoración del agua son las medidas preventivas mas económicas en reducción de caries. Con estos selladores se obtienen reducciones hasta el 65% en índices de caries después de 4 años. Es importante identificar los beneficios, pero también las limitaciones de los selladores de fosetas y fisuras .El diente aun después de la aplicación del sellador, tiene superficies susceptibles a las caries, además, al ser un material plástico, el sellador puede romperse y requerir recolocación. Su

colocación debería ser selectiva, según las necesidades particulares de cada paciente.

Modificaciones de la dieta y de los malos hábitos alimenticios.

Para que la alimentación del preescolar tenga efectos positivos sobre el desarrollo no solo debe ser normal desde el punto de vista nutricional.

Los alimentos se deben consumir de preferencia en su forma natural y una parte de ellos crudos evitando su excesivo refinamiento. Son de elección los que requieren una masticación rigurosa como sea posible en base a la edad del niño, para estimular y ejercitar los diferentes tejidos y órganos que participan en la subdivisión de los alimentos.

Se debe emplear al mínimo alimentos viscosos o adherentes, difíciles de ser eliminados de la cavidad bucal y con alto contenido en carbohidratos. Solo por esta razón y sin incluir otras ya mencionadas deben estar proscritos de la dieta del preescolar, el pan dulce, las especialidades comerciales conocidas como alimentos colados y picados y las golosinas que en lenguaje popular se conoce como alimento chatarra.

Aplicación a nivel individual de las medidas preventivas.

Para obtener mejores resultados en el diseño y aplicaciones del programa preventivo destinado a un niño o a un grupo específico de niños es conveniente un análisis previo e individualizado de la situación. Como ya se indicó para lograr una buena prevención de la caries dental es necesario integrar cuatro factores:

1. El control eficaz de la placa dentobacteriana.
2. Óptima utilización de fluoruros.
3. Uso de selladores de fosetas y fisuras.
4. Empleo de una dieta correcta y eliminación de varios hábitos alimentarios.

El forzar en forma rutinaria al menor al terminar el contenido del biberón, ofrecerlo al niño cada vez que llora u ofrecer postre dulce después de cada comida, puede fomentar el establecimiento de hábitos de alimentación que a largo plazo serán difíciles de modificar. En el escolar la ingestión frecuente de golosinas se puede deber a malos hábitos de alimentación desarrollados a temprana edad.

Adoptando un punto de vista ajustado a la realidad es imposible proponer la restricción absoluta de alimentos potencialmente cariogénicos en la dieta de un niño; sin embargo, cuando se desea producir de manera significativa el riesgo de caries, son necesarias para determinar posturas estrictas. Tampoco se puede olvidar que las enfermedades bucales más frecuentes en el hombre la caries y la paradontopatías son entidades que reinciden a lo largo de la vida, aun después de eliminadas y que el modo más eficaz para su control radica en la continua acción educativa y la aplicación sistemática de medidas preventivas.<sup>22</sup>

#### 4.13.- La comunicación en el niño.

Principios y fundamentos racionales de los cuidados de enfermería.

Consideraciones genéricas.

1.- La comunicación eficaz es un proceso interactivo que implica el intercambio mutuo de información (pensamientos, ideas, sentimientos y percepciones) entre dos o más personas. Este proceso puede estar obstaculizado por problemas con la emisión o la recepción de los mensajes, o ambos.

2.- A los ojos de la comunicación toda conducta comunica algo.

3.- Después de la supervivencia, la necesidad humana más básica es la comunicación con los demás. La comunicación proporciona una sensación de seguridad a los pacientes de que no están solos y de que hay personas que los escucharán.

Una comunicación deficiente puede producir sentimientos de frustración, irritación, hostilidad, depresión, miedo, confusión y aislamiento.

4.- La palabra representa el miedo por el cual los hombres expresan sus necesidades, sus deseos y sentimientos. Sin embargo, si una persona sólo expresa información, sin ninguna respuesta por parte del que escucha, no se puede decir que haya tenido lugar una comunicación eficaz.

5.- Los problemas con la emisión de información pueden producirse por cualquiera de lo que sigue:

- a) Incapacidad o fracaso en enviar mensajes que puedan ser entendidos con claridad por parte del que escucha, p. ej., debido a problemas idiomáticos, problemas con los significados de las palabras, fracaso en hablar cuando el que escucha está dispuesto a hacerlo.

---

<sup>22</sup> RAMOS, R. Op Cit p. 670-674

- b) Miedo a ser oído por casualidad, juzgado o mal entendido, p. ej., cuando haya falta de intimidad, confidencialidad, confianza o actitud no de juicio.
- c) Preocupación sobre la respuesta a lo que se dice, p. ej., “no quiero herir los sentimientos de nadie o que alguien se enfade conmigo”
- d) Utilizar palabras que no correspondan al individuo que recibe los mensajes, p. ej., hablar a los ancianos o minusválidos como si fueran niños.
- e) Fracaso en darle tiempo suficiente para que escuche o responda.
- f) Problemas físicos que interfieran con la capacidad de ver, hablar o moverse.

6.- Los problemas con la recepción de la información pueden estar producidos por:

- a) Problemas de idioma o vocabulario.
- b) Fatiga, dolor, miedo, ansiedad, distracciones, problemas de atención.
- c) No darse cuenta de la importancia de la información.
- d) Problemas físicos que interfieren con la capacidad de ver u oír.

7.- El significado de los mensajes está afectado no solo por la elección de las palabras, sino también por el tono y la entonación de la voz, la proximidad de los comunicantes y el uso del lenguaje corporal, contacto ocular y gestos. Las palabras que expresan aprobación o aceptación pueden ser negadas por el lenguaje corporal, las expresiones faciales y el contacto ocular que expresa desaprobación.

8.- El entendimiento mutuo con la comunicación puede ser favorecido por el uso de mensajes, tanto verbales como escritos. La información importante se debe escribir, comentar mutuamente, y disponer de ella como referencia posteriormente.

9.- Los buenos comunicadores son también buenos oyentes, que escuchan tanto los hechos como los sentimientos.

10.- “Presenciar”, o sólo estar presente y a disposición, aunque se diga o haga poco, puede ser un medio eficaz de comunicar cariño hacia otro individuo.

11.- La comunicación terapéutica comienza:

- a) Al ofrecer consideración positiva intencional, un sentimiento genuino de calor hacia la persona, que se está ayudando.
- b) Al preocuparse por la otra persona y ser libre de enjuiciar lo que se cree o siente.

12.- La realización de comunicaciones terapéuticas requiere de:

- a) Capacidad para tener un conocimiento categórico de la estructura interna de referencia del cliente. Esto supone trabajar para comprender cómo se siente realmente la persona y mantener una actitud imparcial.
- b) La capacidad del ser humano y auténtico. Denominó a esta cualidad autenticidad, la denominaron transparencia, y la llamaron genuinidad

## Consideraciones pediátricas.

1.- La comunicación en los niños debe tener en cuenta el estadio de desarrollo, las capacidades idiomáticas y el nivel cognitivo.

2.- La comunicación con los niños implica los aspectos verbales y no verbales. Aunque la mayor parte de la comunicación verbal se produce entre la enfermera y los padres, no se deben ignorar los estímulos verbales del niño. La escritura, el dibujo, el juego y el uso del lenguaje corporal (expresiones faciales, gestos) son formas de comunicación no verbal que utilizan los niños.

3.- La terapia por el juego puede ser una herramienta inestimable a la hora de establecer una buena relación y sentimientos de verdadera comunicación.

4.- En los niños, el lenguaje receptivo siempre es más avanzado que el lenguaje expresivo, los niños entienden más de lo que puedan articular.

5.- La afectación de la comunicación puede ser el resultado de la incapacidad para aprender, la afectación del discurso o las pérdidas de audición.

6.- El niño con pérdidas de audición puede mostrar alteraciones en las siguientes respuestas:

- a) Respuestas de orientación, p. ej., falta de reflejo de sobresalto hacia un sonido fuerte.
- b) Vocalizaciones y producción de sonidos, p. ej., falta de balbuceo hacia la edad de 7 meses.
- c) Atención visual, p. ej., responde más a la expresión facial que a la explicación verbal.
- d) Conducta social / emocional, p. ej., se vuelve irritable e incapaz de hacerse entender.

7.- Existen diferentes tests para ayudar a las enfermeras a identificar las alteraciones de la comunicación. Se deben hacer las referencias adecuadas.<sup>23</sup>

### 4.14.- Autoestima en el niño obeso.

El hombre es un ser social que necesita la compañía de otras personas para sentirse bien en el mundo. Su seguridad es gran parte una necesidad cultural y en consecuencia depende de que se sienta a salvo y cómodo en sus relaciones con otras personas y protegido físicamente de los factores perjudiciales del ambiente.

<sup>23</sup> CARPENITO, L. Op Cit p. 775-776

La sensación de seguridad de una persona deriva de diferentes elementos. Primero, que todo debe satisfacer sus necesidades fisiológicas. Un individuo no se siente muy seguro si tiene el estómago vacío y no sabe como obtendrá su próxima comida, o si tiene dolor constante.

No obstante, no basta con la seguridad física. El individuo también necesita la sensación de pertenecer a la especie humana y de que es parte de un sector particular de ella, asimismo, el amor y la compañía de otra persona, aunque en ocasiones alguna mascota le proporcionará el amor y el afecto que necesita.. Una persona requiere además la atención y el reconocimiento de otros, que sepa que se le acepta como miembro de la sociedad. Otro elemento esencial en la seguridad de una persona es un concepto realista de sí mismo.

En el último análisis, la seguridad, de un individuo o la falta de ella depende principalmente de cómo se sienta en relación con otros: superior, inferior, o igual, que agrade o no a los demás, sea respetado o no, deseado o no, y aceptado o rechazado.

Se ha dicho que la autoestimación de una persona es la clave para la conducta. Influye en su proceso de pensamiento, emociones, deseos, valores y metas. La autoestimación tiene dos aspectos interrelacionados. Uno es de la confianza en sí mismo, es decir, la de ser competente y capaz de hacer las cosas. El otro es el respeto de sí mismo, que es el sentimiento de que lo que se hace o se ha hecho es "correcto" según sus valores.

Gran parte de la autoestimación de una persona deriva de cómo percibe su bienestar físico. Se denomina "imagen corporal" y refleja tanto el cuadro mental que tiene de sí misma como de sus actitudes hacia su cuerpo y sus diversas partes y funciones. El individuo desarrolla un concepto de su aspecto físico por los estímulos sensoriales durante los años.

La actitud de una persona hacia sus cuerpo y sus partes y funciones son en gran parte un producto de su socialización. Un niño capta sin dudar las actitudes de los padres sobre las áreas "limpias" y "sucias" del cuerpo, el estado adecuado de limpieza y si es bueno estar gordo o delgado.

Una actividad primaria es cuidar a la persona a sentirse segura y apoyar su confianza y respeto en sí misma.<sup>24</sup>

Consideraciones pediátricas.

1. El concepto de uno mismo es aprendido. El concepto de un niño de sí mismo, por ejemplo, surge como resultado de los cambios que se producen durante las primeras fases del desarrollo.

---

<sup>24</sup> DU-GAS Op Cit p. 695-696

2. Para desarrollar y mantener la autoestima, un niño necesita sentirse importante, diferente de alguna manera, y superior y más digno de amor que cualquier otro niño.
3. La autoestima aumenta según el niño desarrolla relaciones significativas y domina las tareas de desarrollo. Los primeros años de adolescencia son un momento de alto riesgo para la autoestima ya que el adolescente se esfuerza en definir su identidad y el sentido de sí mismo dentro de un grupo de compañeros.
4. El desarrollo de la imagen corporal del niño está basada en su propio cuerpo, y se ve influido por las percepciones presentes y pasadas del mismo, su funcionamiento fisiológico, su desarrollo de maduración y la respuesta de los otros hacia él.
5. La adolescencia es probablemente el período crítico de desarrollo de la formación de la imagen corporal, ya que los cambios de la pubertad fuerzan la alteración de la imagen corporal del adolescente.
6. Abajo se describe el desarrollo de una imagen corporal positiva según la edad.

| Edad               | Tarea de desarrollo   |
|--------------------|---|
| Nacimiento a 1 año | Aprender a tolerar las pequeñas frustraciones<br>Aprender a confiar.  |
| 1 a 3 años         | Aprender a amar el cuerpo.<br>Aprender el dominio de :<br>Capacidades motoras.<br>Capacidades del lenguaje.<br>Entrenamiento intestinal.  |
| 3 a 6 años         | Aprender a tener iniciativa.<br>Aprender la diferenciación de sexo.<br>Se identifica con los modelos de los padres.   |
| 6 a 12 años        | Aumenta sus habilidades (lenguaje motor)<br>Desarrollar un sentido de laboriosidad.<br>Tiene una clara identificación del rol del sexo.<br>Aprende la interacción con los compañeros.<br>Desarrolla capacidades académicas. |
| Adolescencia       | Establecer la propia identidad y el rol sexual.<br>Utiliza el pensamiento abstracto.<br>Desarrolla un sistema personal de valores.  |

7. Un niño aprende a verse a sí mismo de la forma que es visto por sus padres o allegados.
8. Para desarrollar una personalidad sana, el niño necesita una imagen corporal sana y exacta, ideal realista de sí mismo, concepto de sí mismo positivo, y elevada autoestima.
9. Las experiencias y restricciones impuestas por la enfermedad crónica o incapacidad pueden interferir con el desarrollo de una autoestima sana.
10. Los niños y adolescentes obesos están en especial riesgo de desarrollar trastornos en la imagen corporal o en la autoestima.

11. Los conceptos negativos sobre uno mismo se han asociado a conductas de salud autodestructivas en niños y adolescentes, como p. ej., comer en exceso, alcoholismo, tabaco, abuso de drogas<sup>25</sup>

## **V.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.**

El presente proceso está basado en el modelo de Virginia Henderson en las fases del cuidado de una niña de preescolar en su hogar.

Se realiza la presentación del caso aplicando el instrumento de valoración (ver anexo) para la atención y organización de los datos del paciente. Se detectan necesidades que se manifiestan en la persona y en su entorno, mediante una serie de valoraciones.

Con base en lo anterior se jerarquizaron las necesidades ya detectadas y se realizan diagnósticos de enfermería con el formato PES que permitió llevar a la planeación de los cuidados de enfermería sustentados en bases teóricas, la priorización de necesidades y cuidados fundamentales, que permitieran obtener una evaluación de logro de los objetivos, respuesta y estabilidad de una persona preescolar.

En este trabajo se aborda el proceso de enfermería como la base para la práctica para la identificación y solución del problema a través de las 5 etapas del método de enfermería:

### **5.1.- Presentación del Caso.**

Se trata de una preescolar femenina de 4 años 9 meses de edad, es el segundo producto de la gestación de su madre, el cual fue extraído por cesárea por bradicardia fetal con peso al nacer de 3,000 kgrs, talla de 50 centímetros y Apgar de 8/9: Actualmente pesa 23 kilos y tiene una talla de 99 centímetros. El embarazo y el parto fueron controlados y atendidos en una unidad hospitalaria, sin problema alguno.

El entorno físico; su familia está integrada por sus padres unidos en matrimonio, su padre con obesidad de tipo II y su madre con obesidad de tipo II. Habita en un medio urbano comunitario, en casa propia de concreto, con buena ventilación e iluminación natural y artificial, con piso de concreto, cuenta con todos los servicios interdomiciliarios.

---

<sup>25</sup> CARPENITO, L. Op Cit. p.1061, 1080, 1092

Su padre trabaja de chofer de trailer con escolaridad de secundaria, su mamá es ama de casa y su escolaridad es de preparatoria terminada, no cuenta con hermanos y pertenece a un nivel socioeconómico medio con buena relación interfamiliar, todos creyentes católicos.

Es hija deseada y planeada. Actualmente cumple con el esquema básico de vacunación con revacunaciones actualizadas.

Su crecimiento y desarrollo había sido óptimo hasta los dos años de edad. Actualmente tiene 7 kilos más de su peso ideal. Los estímulos cognitivos y motores han sido normales.

Su alimentación consiste en leche con chocolate y/o yogurt, en la escuela come manzana y/o jícama, fruta, 1 vaso de agua, en la comida en su hogar come pollo, nopales, refresco, 2 tortillas, frituras, dulces, golosinas en general, en la merienda nuevamente leche con chocolate, yogurt, refresco. Presenta 2 evacuaciones y 5 o 6 micciones diarias con buen control de esfínteres en el día y noche.

Su higiene personal es deficiente. La ducha no es diaria, sino cada 2 o 3 días y su cambio de ropa es completo diario. El aseo de manos es deficiente, el cepillado de dientes es de 2 veces al día.

Realiza movimientos normales para su edad aunque se agita al caminar tramos de aproximadamente 100 metros, así como al abrocharse los zapatos. Su vida es sedentaria, la mayor parte del día se mantiene sentada viendo televisión, comiendo y jugando con sus juguetes. Es caprichosa y consentida por su familia, es un tanto grosera con su mamá (gritando le obedece).

A la exploración física de forma céfalo-caudal, se observa cabeza simétrica, normocefala con cabello bien implantado, ojos simétricos con pupilas isocóricas y normo reflexivas, distribución e implantación normal de las cejas, implantación del pabellón auricular simétrico con presencia de cerumen en oído externo, se aprecia tímpano normal, su nariz está centrada desproporcionadamente fina sin obstrucción y con "papada".

Sus labios de color rosado, con regular hidratación de mucosas, amígdalas de buen tamaño y color, con presencia de caries dental en molar inferior. La lengua se encuentra rosada y limpia, el cuello es corto sin adenomegalias ni ingurgitación yugular con presencia de pulsos carotídeos.

Su tórax es simétrico, se observa adiposidad en región mamaria, se palpan áreas costales y esternón sin deformidad ni hundimientos, movimientos de amplexión y amplexación normales, a la auscultación no se escuchan ruidos anormales, ruidos cardiacos de buena intensidad y ritmo.

Abdomen globoso con panículo adiposo, cicatriz umbilical sin presencia de patología, ruidos intestinales presentes y normales a la auscultación, se encuentra abdomen blando depresible sin partes de molestia ni visceromegalia.

Sus genitales se encuentran en buen estado, genotípicamente de acuerdo al sexo con buena coloración, los labios mayores cubren en su totalidad a los menores, no presentan exudado, hipersensibilidad ni algún tipo de infección.

Sus extremidades superiores obesas, manos pequeñas, sus extremidades inferiores obesas en muslos y piernas, simétricos, sin edema y llenado capilar normal.

## 5.2 .-Valoración de necesidades humanas.

I.- Necesidades básicas de: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

### A) Oxigenación

Subjetivo:

Disnea debido a : ----- Tos productiva seca: ----- Dolor asociado con la Respiración: -----Fumador:-----  
Desde cuando fuma/cuántos cigarros al día/varía la cantidad según su estado emocional.

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: Temp.=36.5°C. dentro de límites normales FC.=92 x min. Normal en frecuencia, intensidad y ritmo. FR.=22 x min. Normal en frecuencia e intensidad.

Tos productiva/ seca : \_\_\_\_\_ Estado de conciencia: Conciente

Coloración de piel/ lechos ungueales/peribucal: rubicunda, sonrosada.

Circulación del retorno venoso: Sin alteración.

Otros: no se observan.

### b). Nutrición e hidratación

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo) a libre demanda. Número de comidas diarias: 4-5-6

Trastornos digestivos: no refieren.

Intolerancia alimentaria/ alergias: Ninguna.

Problemas de la masticación y deglución: no refieren.

Patrón de ejercicio: no se lleva ninguno.

Objetivo:

Turgencia de la piel: Sin alteración.

Membranas mucosas hidratadas/ secas: hidratadas.

Características de uñas/cabello: buena coloración en lecho ungueal, cabello bien implantado, brillante.

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: no responde con agilidad, el esquelético es bueno pero por su obesidad responde lento, se encuentra bien formado, no se observan alteraciones a simple vista.

Aspecto de los dientes y encías: los dientes de acuerdo a su edad, se observa un segundo molar inferior, caries, encías con buena coloración.

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: No se observan a la inspección.

Otros: Se observa panículo adiposo en cara, cuello, tórax anterior y posterior, miembros superiores e inferiores.

#### c) Eliminación

Subjetivo:

Hábitos intestinales: 2 evacuaciones al día, características de las heces: refiere la mamá que son formadas, la orina es amarilla ámbar con olor característico y las veces son de 4, 5 o 6 al día. Menstruación: \_\_\_\_

Historia de hemorragia / enfermedades renales, otros. No existen.

Uso de laxantes/ no se ha utilizado. Hemorroides: no tiene

Dolor al defecar/ menstruar/orinar: no refiere la niña.

Cómo influyen las emociones en sus patrones de eliminación: Normalmente.

Objetivo:

Abdomen/características: buen tamaño para su talla, con cicatriz umbilical sin alteración, no existe dolor a la palpación y percusión, en la auscultación ruidos intestinales presentes normales, panículo adiposo presente en tamaño un poco exagerado para su edad.

Palpación de la vejiga urinaria: Presente y sin alteración.

Otros: No se observan.

#### d) Termorregulación.

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: Sin problemas.

Ejercicio / tipo y frecuencia: No lo realiza, a veces cuando asiste a la escuela camina pocas cuadras con su mamá.

Temperatura ambiental que le es agradable. El calor de la primavera y verano.

Objetivo:

Características de la piel: Bien hidratada, un poco áspera, con buena detención.

Transpiración: Normal.

Condiciones del entorno físico: Su casa es de una sola planta, de ladrillo con piso de cemento, existe corrido lo que es sala comedor, recamara, cocina, y solamente esta cerrado el baño.

2.- Necesidades básicas de moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel.

a) Moverse y mantener una buena postura.

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: Se observa cansancio al caminar 100 metros, no tiene mucha flexibilidad al recoger objetos del piso, ni al abrocharse las agujetas.

Actividades en el tiempo libre: Suele ir de compras con su Papá y Mamá, a comer en la calle, asiste a fiestas, visita familiares, juega con sus juguetes en la casa, y ve televisión.

Hábitos de descanso: Duerme siesta por las tardes de 1 a 2 horas diarias.

Hábitos de trabajo: no tiene, a veces le dejan en la preprimaria.

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza: Considero que es normal para la edad de la niña.

Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: Son positivas todas.

Posturas: Al sentarse mantiene las piernas abiertas, al caminar los miembros pélvicos tienen marcha de pato.

Ayuda para la deambulación: No necesaria.

Dolor con el movimiento: No refiere.

Presencia de temblores: no presenta. Estado de conciencia: conciente, orientada en tiempo y espacio.

Estado emocional: Se observa en el momento normal, solo se escucha rebelde con su Mamá.

Otros: Consentida por su familia al ser Hija única.

b) Descanso y sueño.

Subjetivo:

Horario de descanso: 13 a 21 horas.      Horario de sueño: 21 a 8 horas.

Horas de descanso: 8:00 horas.      Horas de sueño: 11:00 horas

Siesta: de: 15 a 17 horas.

Padece insomnio: No

A qué considera que se deba: ----

¿Se siente descansado al levantarse? : Casi siempre.

Objetivo:

Estado mental: ansiedad/ estrés/lenguaje: Ansiedad cuando tiene visitas de niños de su edad, estrés cuando quiere algo que le gusta y esta en su casa, el lenguaje es adecuado para su edad.

Ojeras: No presenta. Atención: Es buena. Bostezos: No se observan. Concentración: normal para lo que le rodea.

Apatía: No presenta. Cefaleas: No refiere.

Respuesta a estímulos: Si responde y es normal.

Otros: No se observan.

c) Uso de prendas de vestir adecuadas.

Subjetivo:

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir?: No se observa, la Mamá refiere que no.

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir?: La tía refiere que a la niña le gusta mucho la moda, pero a veces las tallas no le quedan y se siente mal. Pero tiene la esperanza que le traigan de su medida.

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría?. No.

¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario?: no siempre, la familia le cumple la mayoría de sus caprichos.

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: Si.

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Lo realiza casi siempre sola.

Vestido incompleto: No. Sucio: No. Inadecuado: No. Otros: ----

d) Necesidad de higiene y protección de la piel.

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: Baño cada dos días, solo la cara y manos a diario.

Momento preferido para el baño: Por las tardes y noches.

Cuántas veces se lava los dientes al día: 1 vez.

Aseo de manos antes y después de comer: No observe que se las lave. Después de eliminar heces: No se observo.

¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos?: No

Objetivo:

Aspecto general: Bueno.

Olor corporal: Su pelo huele a sucio.

Halitosis: no se percibe.

Estado del cuero cabelludo: Abundante, bien implantado.

Lesiones dérmicas, qué tipo: No presenta.

(anote su ubicación en el diagrama)

Otros: No se observan.

e) Necesidad de evitar peligros.

Subjetivo:

Qué miembros componen su familia de pertenencia: Papá y Mamá.

Cómo reacciona ante una situación de urgencia: No se observa, por la edad y dependencia que tiene la personita hacia su familia, considero que es normal.

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes?: Algunas en el hogar.

En el hogar: Agua caliente, fuego, electricidad y algunas sustancias tóxicas como:

Cloro, pino, etc. Y los medicamentos.

En el trabajo: En la escuela se desconoce por que hace unos días entro.

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados?: solo su esquema básico de vacunación.

Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida. En la escuela se comporta caprichosa, no quiere trabajar, es un poco agresiva por el cambio de ambiente.

Objetivo:

Deformidades congénitas: No se observa a la vista.

Condiciones del ambiente en su hogar: La mayor parte del tiempo esta con su mamá.

Su papá se va a trabajar cuando ella aun duerme, y cuando llega de trabajar el papá, la niña ya se durmió. Solo los sábados por la tarde y domingos lo ve. La mamá es muy consentidora con la niña, pero siempre permanecen en su casa.

Trabajo: En la escuela es bueno, asiste a preprimaria de estado.

Otros: En fiestas se ambienta, pero es envidiosa.

3.- Necesidades básicas de comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

a) Necesidad de comunicarse.

Subjetivo:

Estado civil: Soltera. Años de relación:---- Vive con: Su familia y en el mismo terreno tienen su casa sus abuelos paternos.

Preocupaciones estrés: En la escuela. Familiares: No presenta.

Otras personas que puedan ayudar: Sus abuelos paternos, sus primos que le quiten sus juguetes o no se los presten, o ella no los presta.

Rol en la estructura familiar: Hija única.

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad estado: No se da cuenta bien de su problema de la obesidad, ya que en la familia existen obesos.

Cuanto tiempo pasa sola: Siempre esta acompañada por alguien de la familia.  
Frecuencia de los diferentes contactos sociales con el trabajo: 5 veces a la semana en la escuela.

Objetivo:

Habla claro: Si. Confuso: No.

Dificultad en la visión: No presenta. Audición: Sin alteración.

Comunicación verbal/no verbal con la familia con otras personas significativas: asisten sus familiares en la semana, ella visita a su abuelo materno con su mamá. Su comunicación con las niñas de su edad es agresiva, en la escuela (por referencias de su mamá le dijeron que no quería trabajar)

Otros: no se observan.

b). Necesidad de vivir según sus creencias y valores.

Subjetivo:

Creencia religiosa: Católica.

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?: No refiere la mamá.

Principales valores en su familia: Amor, respeto, responsabilidad.

Principales valores personales: No se observan.

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir?: No se puede observar.

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): No tiene.

¿Permite el contacto físico?: No es amorosa, ni efusiva, no se observa ni con su mamá.

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?: No se observan.

Otros.---

c). Necesidad de trabajar y realizarse.

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente?: No pero asiste a la escuela. Tipo de trabajo: en la escuela.

Riesgos: Ninguno. Cuanto tiempo le dedica al trabajo: 4 horas.

¿Está satisfecho con su trabajo?: A veces, no existen remuneraciones que le permitan cubrir sus necesidades básicas y/o de su familia.

¿Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega?: No refiere, no se aprecia.

Objetivo:

Está

emocionalmente/calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/eufórica:

ca: Enfadada, irritable, y temerosa en la casa y en la escuela.

Otros: No se observan.

d) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Ver televisión, jugar con sus juguetes y jugar con niños en la escuela.

¿Las satisfacciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad?: no se observan.

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación?: Si la casa de la cultura, deportivo, en algunos lugares se realiza pintura, tarjetería, etc.

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa?: No.

Objetivo:

Integridad del sistema neuro muscular. Aparentemente sin alteración patológica.

¿Rechaza las actividades recreativas?: La preescolar a veces y su mamá siempre.

¿Su estado de ánimo es apático/aburrido, participativo?: Aburrida.

Otros: Su mamá es apática, no le gusta llevar a la niña a realizar actividades fuera de su hogar.

f) Necesidad de aprendizaje.

Subjetivo:

Nivel de educación: Segundo de preprimaria.

Problemas de aprendizaje. No se detectan.

Limitaciones cognoscitivas: No tiene, de acuerdo a su edad. Tipo. ---

Preferencias: leer/escribir: apenas inicia el año preescolar y se lo han enseñado.

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje de su comunidad?: Su mamá si las sabe.

¿Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo?: Su mamá si las sabe.

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud?: A su mamá no se le observa interés.

Otros: Su mamá se observa indiferente a los problemas de la obesidad de la niña y no le interesa mucho la recreación.

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: Un poco alterado ya que le grita a su mamá.

Órganos de los sentidos: Dentro de los límites normales.

Estado emocional/ansiedad/dolor: Se observa ansiedad solo cuando necesita algo.

Memoria reciente: Buena.

Memoria remota: No se aprecia.

Otras manifestaciones: ninguna.

### 5.3.- Jerarquización de necesidades detectadas.

El presente proceso se llevo a cabo mediante una historia clínica que incluye los siguientes apartados.

Historia de Enfermería.

-Familia, niña, comportamiento de la niña, comportamiento alimenticio, evacuación, sueño, descanso, higiene personal, comportamiento social, actividades, discapacidades, comunicación focalización, historia prenatal, natal, antecedentes de salud, inmunizaciones, enfermedad actual y respuesta de los padres y de la niña (ver anexo).

Consecutivamente se integraron los datos y se realizó un análisis de la información para jerarquizar las necesidades.

1. NECESIDAD DE ALIMENTARSE E HIDRATARSE
2. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL
3. NECESIDAD DE JUEGO Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS
4. NECESIDAD DE COMUNICARSE
5. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS Y MANTENER LA INTEGRIDAD FISICA
6. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Una vez recabada la información a través del instrumento de interrogación (historia clínica) se realizaron seguimientos a través de visitas domiciliarias, recabando datos en su formato que confirma la valoración localizada (ver anexo).

#### 5.4.- Diagnósticos de enfermería de las necesidades jerarquizadas.

##### NECESIDAD DE ALIMENTACION/HIDRATARSE

Diagnóstico.

Alteración de la nutrición por exceso en la persona preescolar relacionada por el desconocimiento parental sobre necesidades nutricionales, manifestadas por obesidad.

##### NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Diagnóstico.

Alteración de la mucosa oral relacionado con higiene oral inadecuada manifestada por caries.

##### NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Diagnóstico.

Déficit de actividades recreativas relacionadas con el ambiente monótono manifestado por aumento de peso.

##### NECESIDAD DE COMUNICARSE

Diagnóstico.

Deterioro de la interacción social, relacionado con intereses inmaduros, manifestado por hostilidad verbal y de comportamiento.

##### NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

Diagnóstico.

Trastorno de la autoestima relacionada con la imagen corporal manifestado por hipersensibilidad a las críticas.

##### NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

Diagnóstico.

Déficit de conocimientos alimenticios relacionados con información errónea parental de la preescolar manifestada por malos hábitos alimenticios y obesidad de la familia.

## 5.5.- Ejecución del plan de atención de enfermería.

### PLANEACION, EJECUCION Y EVALUACION DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERÍA.

#### Diagnóstico de enfermería:

Alteración de la nutrición por exceso en persona preescolar relacionada por el desconocimiento parental sobre necesidades nutricionales, manifestadas por obesidad.

Necesidad: De alimentarse e hidratarse.

Objetivos: Enseñar a disminuir la ingesta calórica y diseñar un plan dietético, con el fin de reducir en un año la obesidad en la persona y así lograr el crecimiento y desarrollo normal.

#### Fundamentación científica.

En los niños y los jóvenes los requerimientos nutricionales varían directamente en relación con la velocidad del crecimiento y del desarrollo, es por ello que durante el primer año de vida y en la adolescencia los requerimientos son proporcionalmente mayores que en cualquier otra época de la vida.

#### Intervenciones de enfermería. Independientes:

##### Con la mamá:

- Anotó toda la comida que la niña ha ingerido en las últimas 24 horas, y revisó el diario dietético para revisar los patrones (tiempo, lugar, personas, emociones, comidas), que afectan a la ingesta.
- Revisó los alimentos de bajo y alto contenido calórico.- Suprimió totalmente las comidas rápidas, porque contienen muchas grasas y un contenido calórico total elevado.
- Leyó las etiquetas de los alimentos y observó la composición y las calorías por ración.

##### Con la niña:

- Se le enseñó que no debe comer mientras se realizan otras actividades como ver televisión.

#### Evaluación:

En colaboración con su mamá y el apoyo de su papá se lleva a cabo la planeación del cambio de hábitos alimenticios.

### Diagnóstico de enfermería:

Alteración de la mucosa oral relacionada con higiene oral inadecuada manifestada por caries.

Necesidad:

De higiene y protección de la piel.

Objetivos:

Enseñar teórica y prácticamente el cuidado de la higiene bucal a la persona y su familia.

Fundamentación científica:

La prevención de la caries se basa en la reducción del número de microorganismos cariogénos, el aumento de la resistencia del diente a la caries y la modificación de malos hábitos en la alimentación.

Intervenciones de enfermería: independientes.

Con la mamá.

- Se le explicó la importancia del cambio de cepillo dental cada tres meses y las características que debe tener.(redondo, cerdas suaves)
- La cita con el dentista debe ser cada 6 meses y la aplicación del flúor.
- Se explicó a la mamá sobre el uso de tetraciclinas, que se deben evitar en lo posible.
- Se enseñó que realice la limpieza con el hilo dental.
- Que no importa el dentífrico sino el cepillado.

Con la niña:

- Se cambió los dentífricos de sabores que le agraden.
- Se enseñó la técnica el cepillado de dientes
- Se enseñó la técnica el cepillado de dientes y la utilización de un dentífrico con flúor.
- Se dijo que debe evitar los líquidos y comidas muy azucaradas.
- Se indicó que debe beber agua como líquido extra.
- Se le enseñó que el cepillado debe ser 3 veces al día por lo menos.

Evaluación:

Existe disposición para realizar el entrenamiento con la persona, la mamá comprende perfectamente la importancia de las citas con el dentista.

### Diagnóstico de enfermería

Déficit de actividades recreativas relacionadas con el ambiente monótono, manifestado por aumento de peso.

Necesidad:

Jugar y participar en actividades recreativas.

Objetivos:

En coordinación con la familia de la persona diseñar actividades adecuadas a su edad, integrarla a grupos de juegos y ejercicios y así promover la salud mental y desarrollo humano.

Fundamentación científica:

El aburrimiento paraliza la productividad del individuo y produce un sentimiento de estancamiento. A menudo es uno de los principales factores que contribuyen al abuso de sustancias (exceso de comida, abuso de drogas, alcoholismo, etc.).

Intervenciones de enfermería. Independientes.

Con la familia:

- Se animó a la familia a que se incorpore también al paseo., llevar a la persona a visitar museos, ferias, alamedas.
- Así como de que traiga juguetes favoritos de la niña, incluyendo objetos de naturaleza que ayude a mantener la realidad (peces del acuario, hojas de otoño etc.)
- Se incluyó a la familia en la rutina diaria.
- Se dijo a la familia que le proporcione en el hogar un ambiente agradable (flores, luz).
- Que debe crearle un ambiente con juguetes accesibles y adecuados a su edad de desarrollo y de ocuparse de que estén a su alcance.
- Que es necesario colocarle juguetes en todas las zonas de espera

Con la niña:

- Se permitió a la niña a que tome decisiones como sea posible.
- Se varió la rutina diaria cuando sea posible.
- Se promovió la creatividad de la persona.
- Se evitó el uso de la televisión como fuente principal de recreo.
- Se integró a la persona a unirse a grupos de su edad para actividades ocupacionales y recreativas
- Se planificó a la niña un programa diario para caminar y aumentarle gradualmente la velocidad y longitud del paseo.
- Se consiguió llegar a realizar una hora de ejercicio diario por lo menos durante cuatro días a la semana
- Se enseñó a manejar la bicicleta, a bailar, cantar, juegos de mesa como serpientes y escaleras, lotería, oca, se integro a un grupo de aerobics, gimnasia.

Evaluación:

Se inició terapia recreativa con interés y colaboración familiar.

### Diagnóstico de enfermería:

Deterioro de la interacción social relacionado con intereses inmaduros manifestados por hostilidad verbal y de comportamiento.

Necesidad:

De comunicarse.

Objetivos:

Explicarle a la persona la importancia que tienen las relaciones humanas, lograr que se comunique en un período no mayor de seis meses, con cordialidad con su familia y compañeros de escuela, así lograr que disminuyan los estados de enojo y rebeldía.

Fundamentación científica:

Los síntomas y las alteraciones de la conducta que un niño eventualmente desarrolla no solo dependen de las influencias morbogénicas que interfieren con su desarrollo y la expansión productiva de sus potencialidades, sino también de ciertas predisposiciones inherentes a su dotación genética.

Intervenciones de enfermería:

Con su mamá:

- Con su mamá se evaluaron las actitudes de la niña.
- Se integró a la niña a grupos de niños de su edad.
- Se llevaron a la niña a reuniones sociales y su integración en juegos
- Festejar en lo posible los cumpleaños de la persona en compañía de familiares e invitados de su edad.

Con la niña:

- Se platicó con la niña la importancia de las relaciones interpersonales
- Se estimuló la motivación personal demostrando interés en las actividades y logros alcanzados.
- Se fomentó la expresión de sentimientos y experiencias.
- Se estimuló la expresión verbal.

Evaluación:

- La organización de fiestas familiares no es muy frecuente.
- Mejora la relación interpersonal en la escuela.

### Diagnóstico de enfermería:

Trastorno de la autoestima relacionada con la imagen corporal, manifestada por hipersensibilidad a las críticas.

Necesidad:

Evitar peligros y mantener la integridad física.

Objetivos:

Educar a la persona a mejorar su imagen corporal, utilizando ropa moderna, zapatos y accesorios acorde a la edad y clima para que se sienta bien.

En coordinación con la mamá, familiares y profesor de la escuela hacer sentir bien a la persona.

Fundamentación científica:

El desarrollo de la imagen corporal de la niña esta basada en su propio cuerpo, y se ve influido por las percepciones presentes y pasadas del mismo, su funcionamiento fisiológico, su desarrollo de maduración y la respuesta de otros hacia el.

Intervenciones de enfermería. Independiente:

- Se le permite a la preescolar a expresarse y dar sus puntos de vista, a cerca de su vestido y accesorios.
- Se concientizó a la familia de la preescolar que la autoestima empieza a deteriorarse.
- Se insistió con la familia la importancia que tiene el vestir de acuerdo a la época del año.
- La Cita con el médico pediatra debe ser dos veces al año por lo menos para valorar avances con el plan alimenticio y el crecimiento y desarrollo.
- Se evalúa por medio de test la personalidad de la niña (interdependiente).
- La familia festeja avances de la perdida de peso en la niña.

Evaluación:

La familia no entiende el problema real, considero que su apreciación es porque en los familiares cercanos existe obesidad.

### Diagnóstico de enfermería:

Déficit de conocimientos alimenticios relacionados con información errónea parental de la persona manifestada por malos hábitos alimenticios y obesidad en la familia.

Necesidad:

De aprendizaje.

Objetivos:

Educar a la mamá de la persona sobre la importancia de llevar a cabo una dieta balanceada, equilibrada, adecuada.

Enseñar a la persona por medio de juegos y dibujos los cuatro grupos de alimentos.

Fundamentación científica:

El mejor aprendizaje se da en mejor aprendizaje será el que se inicie al alcanzar un nivel adecuado de madurez orgánica, no antes ni después; que ponga en juego habilidades previas; se inicie por estímulo positivo y respetuoso, y obedezca un propósito del que aprende. A pesar de esto, tendrá una influencia y un matiz determinado por los hábitos familiares y la cultura del grupo.

Intervenciones de enfermería. Independientes

Con la mamá:

- Se enseñó a la mamá por medio de bibliografía, revistas y documentales los cuatro grupos de alimentos y la importancia en la integración diaria en la dieta familiar.
- Se le realizó a la mamá de la persona un autoanálisis de sus acciones relacionadas con la elaboración de la dieta familiar.

Con la niña:

- Se enseñó la elaboración de una dieta sencilla prácticamente
- Hábitos higiénicos.
- Comunicarse con las personas
- A bailar, cantar, escuchar, a conocer a las personas. .

Evaluación:

La participación de la mamá es buena, cuesta trabajo hacer cambiar sus ideas y costumbres respecto a la variedad de alimentos que se pueden combinar, se sugiere acudir a libros de cocina y clases de la misma.

## 5.6.- Plan de seguimiento

Con el fin de lograr los objetivos a largo plazo se diseña un plan de seguimiento para colaborar en el crecimiento y desarrollo en la persona obesa.

Asimismo, para evitar posibles complicaciones en:

**A. Auto-estima.** “Los niños y jóvenes merecen ser tratados de forma segura y responsable de parte de sus familiares, maestros; compañeros, personal escolar y profesionales de la salud. Recibir de otra persona mensajes denigrantes producto de la impresión del peso hace daño al bienestar y autoestima de la persona. Enseñarle a los niños que su cuerpo es uno apropiado porque lo cuida bien los refuerza a mantenerse saludables.”<sup>26</sup>

**B. Evaluación.** Pesar y medir a los niños de forma inapropiada puede estigmatizar y humillarles.

Una evaluación apropiada se realiza bajo condiciones privadas, reconociendo las diferencias individuales en el ritmo de crecimiento, de tamaño corporal, y rechaza utilizar los datos para etiquetar a los niños.

**C. Intervención.** Existe un serio riesgo que los programas de intervención, incluso los de profesionales de la salud puedan causar daño mientras tratan de resultar positivos. Esto es de particular preocupación entre los niños en crecimiento. Poner a los niños en dietas de reducción de peso es poco seguro y efectivo.

El restringir la alimentación a los niños incluso a los niños en edad preescolar regularmente resulta en sobre-consumo. El intento de ayudar a los niños a reducir de peso resulta con regularidad en un fracaso provocando un ciclo de aumentar y bajar de peso lo cual por sí solo representa un riesgo. .Aproximadamente cada uno de los desórdenes alimenticios comienza con una dieta para reducción de peso.

La depresión, malnutrición y daño ó muerte pueden ser también el producto de los tratamientos de alto riesgo como resultado de intervenciones inapropiadas. Además el exagerar los riesgos del sobre-peso y la obesidad pueden aumentar el temor, la vergüenza, el consumo desproporcionado, la discriminación social y el hostigamiento por peso, y esto no ayuda a promover cambios en el peso de las personas. Por el contrario, la prevención de la obesidad en niños se debe dirigir hacia cambios positivos en el estilo de vida para toda la familia, creando un ambiente donde el niño esté físicamente activo, donde él consuma alimentos e identifique cuando está saciado y donde éste crezca según su peso.

---

SCOTTIE, Misner. Guías para los programas de prevención de obesidad en niños. <sup>26</sup>  
[www.cals.arizona.edu/pubs/health/az1318.htm](http://www.cals.arizona.edu/pubs/health/az1318.htm) p.3

Las siguientes actividades de enfermería independientes se realizarán:

En el mes de febrero a marzo 2004:

Realizar en una libreta anotaciones de estado actual de la persona y observaciones directas hacia la persona, entorno y familia.

- Valoración de peso y talla, tomar somatometría
- Revisión de hábitos higiénicos
- Realizar preguntas a cerca de la comunicación de la persona con familia, familiares y compañeras de escuela.
- Responder a preguntas sobre alimentación y llevar a cabo la continuación de la dieta de 1400 calorías
- Cerciorarse que se lleve a cabo el ejercicio y terapia recreativa establecida.
- Revisión de cavidad bucal.
- Valorar por medio de la observación y preguntas dirigidas si la autoestima va mejorando.

En el mes de marzo- abril:

Si el peso se encuentra con un déficit de 2 a 3 kilos se continuará la dieta normal para su edad según tablas de 1500 a 1700 calorías, se suspenderán las grasas, refrescos, frituras, harinas, mayonesas y el exceso de dulces fuera del horario de comidas.

La actividad física y recreativa es definitiva para la vida de la persona porque tiene herencia genética que pueden colaborar en la obesidad, además será más sana física y emocionalmente.

La socialización de la persona en cualquier entorno en que se encuentre deberá seguirlo siempre, ya que con ello se pretende que sea una persona sociable, feliz, y sin traumas.

La comunicación, el aprendizaje serán armas que la niña tendrá para toda su vida en su desenvolvimiento intelectual y desarrollo emocional en su vida.

NOTA:

Si existieran alteraciones en alguna de las necesidades de la persona, se corregirá el plan de seguimiento.

Se pretende seguir hasta un año a la persona, quizá con encuentros casuales, o visitas domiciliarias, con la cooperación y disposición para colaborar en el crecimiento y desarrollo o cualquier necesidad que se pudiera presentar.

## VI.- EVALUACION

La última fase del proceso de enfermería es la evaluación. La evaluación señala más bien el comienzo del proceso de la enfermería que su final.

El proceso de Atención de Enfermería aplicado a la preescolar obesa fue al inicio de la entrevista un poco difícil de convencer a la madre, ya que desconocía las intervenciones independientes de enfermería para planear y ejecutar un plan de atención que pudiera satisfacer las necesidades de la niña.

A medida que se fue implementando el plan de atención de enfermería se fueron facilitando las intervenciones con la preescolar y con la familia. Se logró una cooperación satisfactoria para aplicar mis conocimientos. Los malos hábitos alimenticios fueron los más difíciles de cambiar ya que por cultura de la familia no fue fácil el cambio radical.

La evaluación de las intervenciones de enfermería fueron constantes, esta se llevó a cabo mediante las visitas domiciliarias con la persona y su familia, mediante el intercambio de preguntas y respuestas, la observación directa, se planearon preguntas, se disiparon dudas acerca de problemas ya establecidos. Se lograron los objetivos trazados desde el principio, el enfoque se dio a los problemas desde un punto social, biológico, psicológico. Ya que al realizar el análisis de datos, la identificación de necesidades se detectaron todas estas áreas.

## VII.-CONCLUSIONES

El trabajo fue realizado mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería, basado en el modelo de Virginia Henderson. A una preescolar obesa de cuatro años en el municipio de Coacalco Estado de México (domicilio).

Al finalizar el presente trabajo se alcanzaron los objetivos trazados a través de un método de investigación documental aplicado a una preescolar con obesidad, detectándose las necesidades fundamentales, partiendo de ahí se establecieron diagnósticos que me permitieron el inicio del conocimiento de la aplicación del proceso del cuidado.

Al elaborar los cuidados a la preescolar se obtuvieron resultados favorables ya que modificaron su conducta logrando así reducción de peso y cambio en otras necesidades detectadas, con la colaboración siempre de su familia.

## **VIII.- SUGERENCIAS**

Con la instrucción de la Directora del Trabajo y con mis competencias como enfermera, no existen sugerencias para cambiar de proceso de atención de enfermería a preescolar obesa en el Municipio de Coacalco.

Fue de gran interés desde el principio el elegir a una preescolar obesa ya que en el marco teórico se resalta la importancia de las complicaciones más comunes en el niño y adolescente obeso.

## GLOSARIO

**AUTONOMIA:** Se trata de la capacidad física y psíquica de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.

**COGNOCITIVO:** Perteneciente o relativo a la capacidad de conocer.

**CRECIMIENTO:** Desarrollo progresivo del cuerpo, especialmente en altura, en los primeros tiempos de la vida.

**DEPENDENCIA:** Se trata del desarrollo insuficiente del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, en el presente y en el futuro, de acuerdo con su situación de vida, a causa de una falta de fuerza, conocimientos o voluntad.

**DEPENDENCIA EN EL NIÑO:** Deficiencia en el niño en su capacidad de manifestar las necesidades que se deben ser habitualmente satisfechas por otra persona por razón de su edad y etapa de crecimiento, o incapacidad de realizar por sí mismo acciones capaces de satisfacer sus necesidades cuando llega a la edad normal para hacerlo.

**DESARROLLO:** propiedad Elemental que tienen los órganos o seres vivos de crecer en todos los sentidos y modificarse hasta llegar hasta su estado perfecto.

**DIAGNOSTICO:** Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y construye una función intelectual compleja, al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad, así como de los recursos existentes (capacidades).

**EJECUCION:** Es la puesta en práctica del plan de intervención.

**ENTORNO:** son los factores tanto personales como físicos que pueden afectar a la salud de una persona.

**ETIOLOGIA:** Causa o factores contribuyentes de un problema de salud.

**EVALUACION:** Determinación de la eficacia de la intervención en términos de logro de los objetivos propuestos.

**INDEPENDENCIA:** Se define como el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su situación de vida.

**INDEPENDENCIA EN EL NIÑO:** alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que otros hacen por el de forma normal, de acuerdo con la fase de crecimiento y desarrollo en que se encuentran.

**OBESIDAD:** Acumulación excesiva de grasa en el cuerpo, hipertrofia general del tejido adiposo.

**PLANIFICACION:** Identificación de los objetivos que se han de conseguir y de la actuación más adecuada para lograrlos.

**PREESCOLAR:** Se dice de la educación anterior a la escuela primaria.

**SALUD:** Estado positivo de bienestar que incluye la aptitud física, estabilidad mental (o emocional) y tranquilidad social.

## BIBLIOGRAFIA

ALFARO, Rosalina. *Aplicación del proceso de enfermería* 3ª ed. México Edit. Barcelona 1996. 289 p..

BUCHER , Huguette. *Estudio de la personalidad del niño a través de la exploración psicomotriz* Barcelona España, Edit. Toray-masson 1978. 190.p.

CARPENITO, Lynda Jual. *Diagnósticos de enfermería* 2ª. Ed. Barcelona España Edit. Mc.Graw-Hill Interamericana 1998 754 p.

DU-GAS. B.W. *Tratado de enfermería Práctica* 4ª.ed. México, Edit. Mc Graw- Hill Interamericana 1995 . 793 p.

GARCIA. Ma. Jesús. *El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson* 1ª. Ed. México Edit. Trillas 1997. 320 p.

HENRY. M. John. *Desarrollo de la personalidad del niño* México, Edit. Trillas 1982 425 p.

HOEKELMAN Robert A. *Atención primaria en pediatría* España, Edit. Harcourt 1998. 435 p.

IYER , Patricia W *El proceso y diagnósticos de enfermería* México, Edit. Mc. Graw-Hill Interamericana 1997. 444 p.

LUIS, Ma. Teresa. *De la teoría a la práctica, el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI* 2ª. Ed. Barcelona España, Edit. Masson 2000 187.p.

MARK H. *El manual Merck Diagnóstico y Tratamiento* 10ª. Ed. Madrid Edit. Harcout 1999 2878 p.

MARRINER, Ann *Modelos y teorías de enfermería* , 2ª. Ed. España Edit. Masson 1997 540. p.

MARTINEZ. R, *La salud del niño y del adolescente* 3ª. Edic. México. Edit.. JGH editores 1999 . 1461. p.

MUNGUÍA, Irma *Redacción de investigación documental I* 1ª Ed. México. Edit. SEP . 1981 233 p.

MURRAY, Atikson *Proceso de atención de enfermería* 5ª. Ed. México, Edit. Mc.Graw-Hill Interamericana 1994. . 225 p.

NELSON , Vaughan , *Tratado de Pediatría* Tomo I . México, Edit. Salvat. 1980 . 191. p.

RAMOS, Roberto. *Alimentación normal en niños y adolescentes*, México, Edit. Manual Moderno 1985. 785.p.

SALVAT , Diccionario terminológico de ciencias médicas. 11ª. Ed. México, Edit. Salvat. 1980 1073 p..

SCHAEFER , Charles. *Manual de terapia de juegos*. México Edit. Moderana 1997. 450. p.

SHAFII, Mohamed. *El desarrollo humano*. Argentina. Edit. El ateneo 1982. 461p.

TORROELLA , Julio. *Pediatría* 3ª.Reimp. . México . Edit. Méndez Oteo 1980. 1073.p.

UNAM, ENEO *El proceso de enfermería, seminario taller*, Coordinación de educación continua. México. 2000 . 137. p.

UNAM, ENEO. *Investigación clínica en enfermería* Antología, México 2000 . 375 p..

VALENZUELA, H:R. *Manual de pediatría*. México . Edit. Mc. Graw-Hill Interamericana 1993.

VEGA, Leopoldo. "*Crecimiento y desarrollo*", Revista del hospital infantil de México, México. Vol. I 1980, 27.p.

#### REFERENCIAS ELECTRONICAS

Scottie Misner Especialista nutricional. Guías para los programas de Prevención de Obesidad en niños: Promoviendo un peso saludable en los niños. *Cooperative extensión, Collage of Agricultura and Life Sciences, The University of Arizona*. Octubre 20 de 2003 <http://cals.arizona.edu/pubs/health/az1318.html> 7 p.

Dr. Alejandro Serrano Sierra y Lic en Nutrición Guadalupe Prieto. Obesidad en los niños. Hospital Infantil de México Octubre 20 de 2003. [www.mipediatra.com.mx/infantil/obesidad-semana.htm](http://www.mipediatra.com.mx/infantil/obesidad-semana.htm) 7.p.

Departamento de Bioquímica y Biología Molecular de la Facultad de Biología de la Universidad de Barcelona. Nociones básicas de nutrición, Madrid, España Octubre 20 de 2003.

[www.seedo.es/nociones/13.ht.m](http://www.seedo.es/nociones/13.ht.m). 2p.

## VALORACION:

### HISTORIA CLINICA EN PEDIATRIA

#### A).- Interrogatorio

##### 1.- Ficha de Identificación.

Nombre: MA .FERNANDA CASTILLO B.

Edad: 4años9meses Fecha de Nacimiento: 9-febrero1999

Domicilio: Calle Durango 15 Manzana.4 lote. 37 Col. República. Mexicana Coacalco Estado de México.

Nacionalidad: Mexicana.

##### 2.- Informante: la mamá de Ma. Fernanda.

##### 3.- Padecimiento actual.

a).- Hace aproximadamente dos años inicia con aumento de peso exagerado para su edad, de aproximadamente de 2 a 3 kilos mayor del peso ideal para su edad( este dato se corroboró con recetas de una Dra. Pediatra)

##### b).- Interrogatorio por aparatos y sistemas.

Respiratorio: Sin patología.

Digestivo: Apetito voraz para la ingesta de dulces, frituras y refrescos.

Cardiovascular: Sin patologías.

Neurológico: Sin patologías.

Endocrino: Aumento de 7 kilos de peso por arriba de estándares establecidos,

Síntomas generales: Sobrepeso de 7 kilos, con poca actividad física al realizar actividades como correr, se fatiga un poco.

##### c).- Terapéutica empleada: No existe ninguna

#### 4.- Antecedentes personales

a).- Prenatales. Durante el embarazo, la mamá refiere haberse controlado en el IMSS y no haber padecido ninguna patología, sus 40 semanas de gestación fueron sin complicaciones, le recetaron solo vitamínicos y Hierro. La madre desconoce el tipo y Rh sanguíneo de ambas

b).- Natales.- Fue valorada en el IMSS y fue el parto quirúrgico por presentar bradicardia fetal, sufrimiento fetal agudo. Lloro y respira al nacer.

c).- Pos-natales.- La valoración por el método de Virginia Apgar fue de 8-9 y por Capurro fue de 38 semanas de gestación., al egreso del hospital la niña presenta ictericia fisiológica en carita y cara anterior de tórax.

## Manifestaciones del desarrollo

- 1.- Edad en que levantó la cabeza: 2 meses  
Se sentó sola: 8 meses  
Caminó sin ayuda: 1 año de edad  
Sus primeras palabras. 8 meses de edad.
- 2.- Edad en que dejó de orinarse en la cama: 2 años de edad (durante la noche)
- 3.- Control de esfínteres: A los 2 años de edad.
- 4.- Período de exceso de crecimiento: de 1 a 2 años
- 5.- Grado escolar: segundo año de pre- primaria, por el momento el aprovechamiento es bueno

## Antecedentes Nutricionales

a). En los lactancia. Fue la niña alimentada al seno materno desde el nacimiento hasta los 3 meses de edad, pero alternada con fórmula láctea, proporcionándole en este lapso más leche materna que fórmula, a los 4 meses de edad más fórmula que leche materna, a los 6 meses de edad sólo solo fórmula láctea (leche entera) a la edad de dos años en adelante leche entera. La alimentación complementaria se inicia a los 4 meses de edad, verduras y carnes a 6 meses, los huevos y frijoles al año de edad.

Vitaminicos se proporcionaron a los 4 meses de edad: ce-vi-sol, clusivol.

b).- En niños mayores.- Dieta ingerida.

8:00 hrs Desayuno. Vaso de leche con choco milk, y / o yogurt

10:00 hrs. Almuerzo: fruta (manzana, papaya), ejotes con huevo, agua (en la escuela).

14:00 hrs. Comida. Ejemplo. 1 pieza de pollo, nopales 2 cucharadas, 1 a 2 tortillas y refresco a libre demanda.

20.00 hrs Cena, yogurt, vaso con leche y choco milk, gelatina (solo alguna de las 3)

## Hábitos:

- 1.- Horas de sueño son de 11 a 12 horas, durante el día es de 1 a 2 horas. Su actividad ve televisión de 4 a 6 horas, juega con sus juguetes en su casa.
- 2.- Ejercicio. Es poco algunas veces refiere la mamá se van caminando a la escuela (aproximadamente 20 a 25 minutos). Solo los días que la niña acude a la escuela.
- 3.- Habitación. La comparte con sus padres es de aproximadamente de 4 metros

de ancho por 7 metros de largo, este espacio sirve de sala, comedor y cocina.

#### Trastornos nerviosos funcionales

1.- El comportamiento de la niña es caprichosa con sus familiares y a veces grosera con su mamá, acata órdenes pero solo cuando ella quiere. No presenta alteraciones en cuanto a la eliminación de excretas.

#### 5.- Antecedentes personales patológicos

a).- Ictericia leve en carita y cara anterior de tórax el cual se remite con baños de sol diario por una semana.

b).- Infecciones de vías respiratorias, amigdalitis, y convulsionó a los 5 meses de edad. Se le realizó cultivo y antibiograma, se le proporcionó medicamentos antiparasitarios (todos los padecimientos fueron tratados por una Dra. Pediatra.)

#### 6.- Inmunizaciones y pruebas biológicas.

Cuadro de vacunación por el momento completo, pendiente algunas revacunaciones a los 6 años de edad.

#### 7.- Operaciones y accidentes sufridos.- Ninguno.

#### 8.- Antecedentes familiares.

a).- Padres: Papá de 30 años de edad y mamá de 25 años. Ambos en aparente buen estado de salud.

b).- Edad de hermanos. No tiene.

c).- Madre con 1 aborto anterior al nacimiento de la niña, y con problemas de anovulación, con problemas de fertilidad (bajo tratamiento médico)  
Con sobrepeso de 15 kilos

d).- Abuela paterna con Diabetes Mellitas tipo II, bajo control, tía, primos obesos.

#### 9.- Antecedentes Socioeconómicos.

a).- Ingreso aproximado del padre \$ 2000 00 a 2500 00 pesos semanales.

b).- Tipo de casa. Zona residencial.

c).- Casa. Pequeña con todos los servicios.

d).- Asiste a la escuela pre-primaria de gobierno.

#### EXPLORACION FISICA

Inspección general.

- 1.- Edad 4 años 9 meses Sexo: femenino. Raza: Blanca.
- 2.- Estado nutricional: Es bueno en general..
- 3.- Facies: Normales sin gestos..
- 4.- Actitud; Es buena con la gente extraña, es positiva en general.
- 5.- El sensorio: Es positivo.
- 6.-Llanto: No se le escuchó llorar.
- 7.- Color de los tegumentos: sonrosados
- 8.- Respiración: normal sin esfuerzo.
- 9.- Estado metal.- Conciente, orientada, con buena respuesta al interrogatorio.
- 10.- Personalidad. Buena sabe lo que quiere.
- 11.- El lenguaje.- Es coherente y adecuado para su edad
- 12.- Problemas detectados en ella misma.- No se percata de la problemática de la obesidad,
- 13.- Piel: temperatura. 36.5oC, un poco de resequedad en su carita y miembros pélvicos, la distribución del tejido adiposo es más acentuado en cara anterior de tórax, abdomen y miembros pélvicos.

Cabeza: Normocéfala

Cara: Simétrica

- 1.- Ojos: Sin alteración.
- 2.- Oídos: Sin alteración
- 3.- Nariz: Sin alteración
- 4.- Boca: caries en segundo premolar inferior.
- 5.- Faringe: sin patologías

- cuello. sin patologías
- tórax; respiraciones 22 por minuto
- corazón: frecuencia cardíaca 92 por minuto

6.- Abdomen: en la inspección voluminoso con panículo adiposo.

- En la palpación sin alteraciones
- En la percusión, no presenta alteración.
- En la auscultación. Se escucha actividad peristáltica.

7.- Genitales: Sin alteraciones.

8.- Extremidades. Sin patologías.

9.- Columna vertebral: Sin alteraciones.

10.- Sistema nervioso. Sin alteraciones.

| Edad       | peso  |       |       |       |       | Talla |       |       |       |       |
|------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|            | 3     | 10    | 50    | 90    | 97    | 3     | 10    | 50    | 90    | 97    |
| Al nacer   | 2.42  | 2.80  | 3.22  | 3.85  | 4.12  | 44.5  | 46.4  | 49.5  | 51.6  | 52.8  |
| 1 mes      | 3.12  | 3.46  | 3.90  | 4.60  | 4.88  | 48.6  | 50.4  | 53.3  | 55.8  | 57.0  |
| 3 meses    | 4.76  | 5.00  | 5.58  | 6.22  | 6.60  | 55.4  | 57.0  | 59.4  | 62.0  | 63.4  |
| 6 meses    | 6.32  | 6.62  | 7.34  | 8.22  | 8.68  | 62.0  | 63.5  | 66.0  | 69.0  | 70.6  |
| 9 meses    | 7.40  | 7.77  | 8.60  | 9.52  | 10.20 | 66.5  | 68.0  | 70.7  | 73.9  | 75.6  |
| 1 año      | 8.25  | 8.69  | 9.60  | 10.73 | 11.48 | 70.1  | 71.6  | 74.4  | 77.8  | 79.8  |
| 1 1/2 años | 9.50  | 10.00 | 11.08 | 12.28 | 13.08 | 75.6  | 77.4  | 80.6  | 84.1  | 86.3  |
| 2 años     | 10.50 | 11.13 | 12.28 | 13.58 | 14.50 | 80.2  | 82.0  | 85.7  | 89.6  | 91.8  |
| 3 años     | 13.38 | 13.00 | 14.25 | 16.19 | 17.50 | 88.0  | 89.8  | 94.1  | 98.8  | 101.6 |
| 4 años     | 14.02 | 14.74 | 16.24 | 18.80 | 20.20 | 94.5  | 96.6  | 101.2 | 106.2 | 109.1 |
| 5 años     | 15.63 | 16.40 | 18.25 | 21.20 | 22.95 | 100.1 | 102.3 | 107.3 | 112.8 | 115.8 |
| 6 años     | 17.20 | 18.10 | 20.33 | 23.94 | 26.05 | 105.2 | 107.8 | 113.2 | 119.0 | 122.5 |
| 7 años     | 18.94 | 19.98 | 22.62 | 27.16 | 29.81 | 110.2 | 113.0 | 118.9 | 125.3 | 129.1 |
| 8 años     | 20.80 | 22.13 | 25.35 | 30.80 | 34.07 | 115.3 | 118.2 | 124.6 | 131.4 | 135.7 |
| 9 años     | 23.08 | 24.52 | 28.34 | 35.02 | 38.48 | 120.3 | 123.5 | 130.4 | 137.7 | 142.4 |
| 10 años    | 25.70 | 27.35 | 32.07 | 40.14 | 44.40 | 125.5 | 129.0 | 136.1 | 144.0 | 148.8 |
| 11 años    | 28.92 | 30.95 | 37.30 | 46.75 | 52.81 | 131.4 | 135.2 | 142.6 | 151.0 | 155.4 |
| 12 años    | 33.00 | 35.90 | 44.15 | 54.08 | 61.20 | 137.5 | 141.2 | 149.0 | 157.7 | 161.8 |
| 13 años    | 38.05 | 41.70 | 49.25 | 59.63 | 65.67 | 142.5 | 146.1 | 153.7 | 162.3 | 166.6 |
| 14 años    | 42.80 | 45.90 | 52.85 | 62.90 | 68.02 | 146.0 | 149.3 | 157.1 | 165.2 | 169.0 |
| 15 años    | 44.37 | 47.75 | 54.85 | 64.30 | 68.93 | 147.0 | 150.0 | 158.3 | 166.4 | 170.2 |
| 16 años    | 44.75 | 47.58 | 55.86 | 64.77 | 69.39 | 147.6 | 150.4 | 159.0 | 167.0 | 171.0 |
| 17 años    | 44.84 | 47.75 | 56.09 | 64.80 | 69.57 | 148.1 | 151.0 | 159.4 | 167.6 | 171.3 |
| 18 años    | 44.85 | 47.85 | 56.10 | 64.90 | 69.64 | 148.8 | 151.5 | 159.8 | 168.0 | 171.8 |

\* En Kg. y Cm. Fuente: Ramos Galván R. Somatometría pediátrica. Arch. Inv. Méd. (Mex.) 6: Supl. 1 1975

Cuadro 5.- CIFRAS QUE RECORDAR EN LA VALORACION DEL CRECIMIENTO

PESO:

Al nacer 3.2 kg  
Se duplica al 4° mes  
Se triplica al año  
Se multiplica por 4 a los 2 años  
Se multiplica por 6 a los 6 años  
Se multiplica 10 a los 10 años  
Entre los 2 y 7 años: peso = (edad x 2) + 8

3.2 kg  
2 x 3.2 = 6.4 kg  
3 x 3.2 = 9.6 kg  
4 x 3.2 = 12.8 kg  
6 x 3.2 = 19.2 kg  
10 x 3.2 = 32.0 kg  
(5x2) + 8 = 18.0 kg

TALLA:

Al nacer  
Los primeros 6 meses incrementa 16 cm  
El 2° semestre aumenta la mitad (8 cm)  
Durante el 2° año incrementa 1 cm por mes  
A los 2 años alcanza la mitad de la talla de adulto  
A los 4 años se duplica la talla  
De los 2 a los 7 años: talla = (edad x 5) + 80  
De los 12 a los 13 años se triplica la talla al nacer

50 cm  
50 + 16 = 66 cm  
66 + 8 = 74 cm  
74 + 12 = 86 cm  
86x2 = 172 cm  
2 x 50 = 100 cm  
(5 x 5) + 80 = 105 cm  
3 x 50 = 150 cm

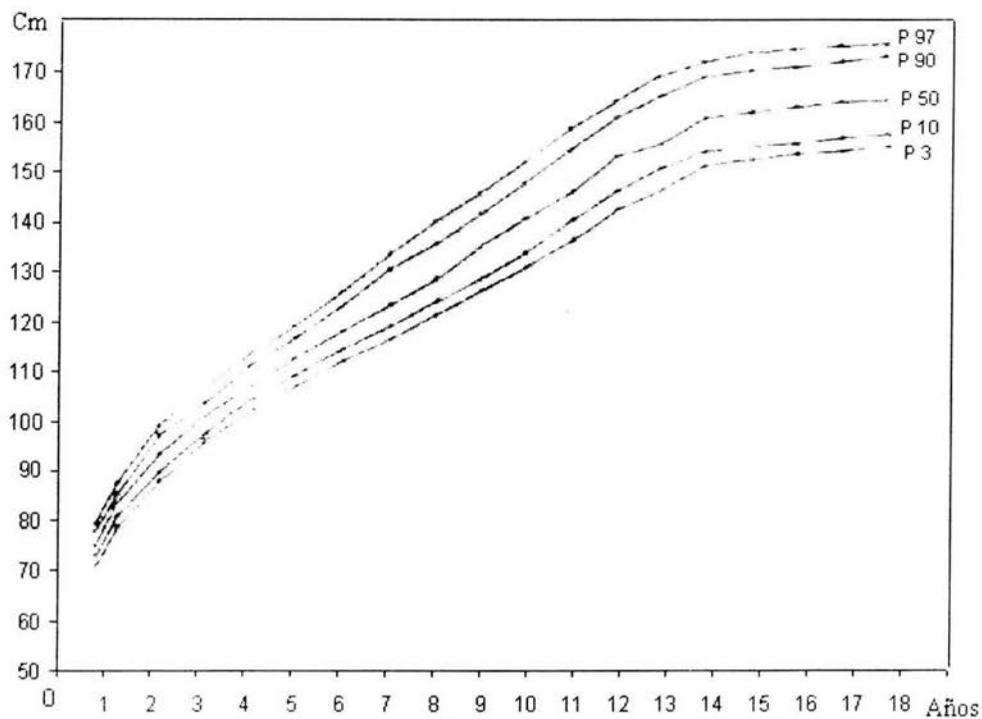
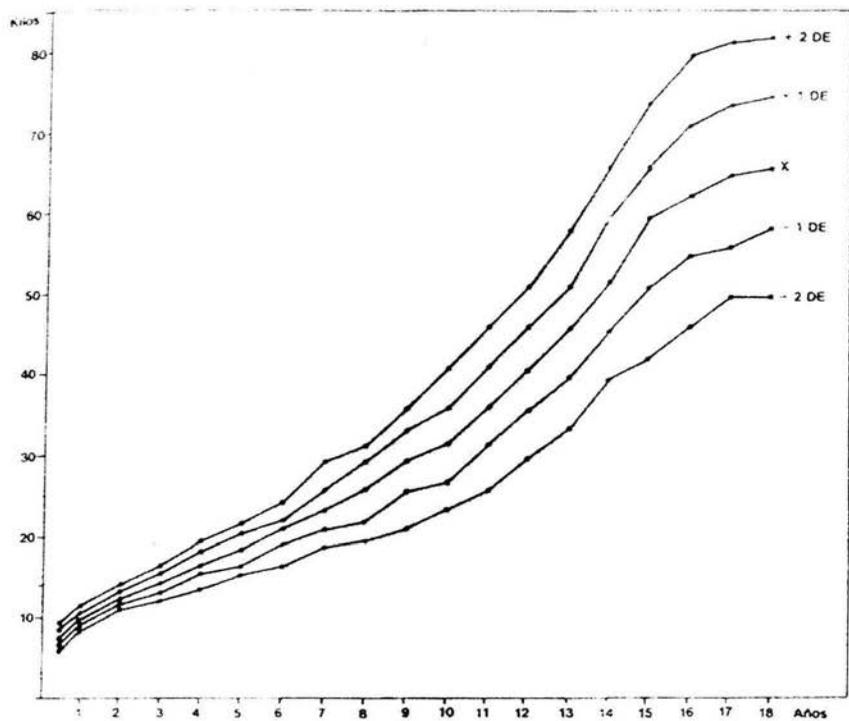


Fig. 2-5. Estatura (niños) en percentilas. (Adaptada de Ramos-Galván, R.:Somatometria pediátrica. Archivos de Investigación Médica IMSS., Vol. 6, Supl I, México. DF., 1975.



2-6. Peso (niñas) en desviación estandar. (Adaptada de Ramos-Galván, R.: Somatometría Pediátrica. Archivos de investigación Médica IMSS., Vol. 6, Supl I, México, DF., 1975)

## Dieta de 1,200 a 1,400 calorías

---

### Desayuno:

- 1 naranja, media toronja o una taza de zumo de tomate.
- 1 huevo
- 1 rebanada de pan integral o un plato de harina sin azúcar.
- 1 cucharita de mantequilla
- 1 taza de leche completa.

### Comida:

- 60 g. de carne magra, 1 huevo o media taza de requesón.
- 1 plato de hortalizas crudas en forma de ensaladas, sin aderezar.
- 1 rebanada de pan integral
- 1 cucharadita de mantequilla
- 1 ración de fruta fresca sin edulcorar
- 1 taza de leche completa

### Cena:

- 60 g de carne magra (hígado una vez por semana), pescado
- 2 platos de hortalizas verdes, amarillas o rojas, sin papas , frijoles, habas secas.
- 1 plato de fruta fresca, sin edulcorar.
- 1 taza de leche completa..

Cuadro 30-6. Listas diarias de alimento para preescolares, según el aporte energético total (mayor costo)

| Alimentos             | Kilocalorías  |                 |                 |                 |                 |                 |                 |
|-----------------------|---------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
|                       | 1,000         | 1,100           | 1,200           | 1,300           | 1,400           | 1,500           | 1,600           |
| Leche (ml)            | 500           | 500             | 500             | 500             | 500             | 500             | 500             |
| Huevo (unidades)      | 1/2           | 1               | 1               | 1               | 1               | 1               | 1               |
| Carne (g)             | 25            | 25              | 25              | 25              | 35              | 35              | 60              |
| Frijol(g)             | -             | -               | -               | 20              | 20              | 20              | 20              |
| Arroz (g)             | 15            | 15              | 15              | 15              | 25              | 25              | 25              |
| Pan (g)               | 25            | 35              | 50              | 50              | 50              | 75              | 75              |
| Frutas a 5% (g)       | 100           | 100             | 100             | 100             | 100             | 100             | 100             |
| Frutas a 10% (g)      | 75            | 75              | 75              | 75              | 75              | 75              | 75              |
| Vegetales a 5% (g)    | 50            | 50              | 50              | 50              | 50              | 50              | 50              |
| Vegetales a 10% (g)   | 75            | 75              | 75              | 75              | 75              | 75              | 75              |
| Vegetales a 20% (g)   | 50            | 50              | 50              | 50              | 50              | 50              | 50              |
| Mantequilla (g)       | 8             | 8               | 10              | 15              | 15              | 15              | 15              |
| Aceite (ml)           | 7             | 8               | 8               | 8               | 8               | 8               | 8               |
| Mayonesa (g)          | -             | -               | -               | -               | 5               | 10              | 10              |
| Mermelada (g)         | 25            | 35              | 35              | 35              | 40              | 40              | 60              |
| Azúcar (g)            | 40            | 40              | 50              | 50              | 50              | 50              | 50              |
| <b>Energía (Kcal)</b> | <b>993.57</b> | <b>1,095.88</b> | <b>1,196.58</b> | <b>1,309.32</b> | <b>1,405.74</b> | <b>1,514.13</b> | <b>1,597.54</b> |

Fuente: Ramos Galván R. Alimentación Normal en niños y adolescentes. México. Edit. Manual Moderno

Cuadro 30-7. Listas diarias de alimentos para preescolares, según el aporte energético total (menor costo)

| Alimentos             | Kilocalorías    |                 |                 |                 |                 |                 |                 |  |  |  |
|-----------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|--|--|--|
|                       | 1,000           | 1,100           | 1,200           | 1,300           | 1,400           | 1,500           | 1,600           |  |  |  |
| Leche (ml)            | 400             | 400             | 400             | 400             | 400             | 400             | 400             |  |  |  |
| Huevo (unidades)      | ½               | 1               | 1               | 1               | 1               | 1               | 1               |  |  |  |
| Carne (g)             | -               | -               | 15              | 15              | 15              | 30              | 30              |  |  |  |
| Frijol(g)             | 15              | 20              | 20              | 25              | 30              | 30              | 35              |  |  |  |
| Arroz (g)             | 15              | 15              | 15              | 15              | 15              | 15              | 15              |  |  |  |
| Avena (g)             | -               | -               | -               | -               | -               | -               | 15              |  |  |  |
| Pan (g)               | 50              | 60              | 70              | 70              | 70              | 70              | 70              |  |  |  |
| Tortilla (g)          | -               | -               | -               | 25              | 50              | 75              | 75              |  |  |  |
| Frutas a 5% (g)       | 100             | 100             | 100             | 100             | 100             | 100             | 100             |  |  |  |
| Frutas a 10% (g)      | -               | -               | -               | -               | -               | -               | 50              |  |  |  |
| Frutas a 20% (g)      | 50              | 50              | 50              | 50              | 50              | 50              | 50              |  |  |  |
| Vegetales a 5% (g)    | 50              | 50              | 50              | 50              | 50              | 50              | 50              |  |  |  |
| Vegetales a 10% (g)   | 50              | 50              | 50              | 50              | 50              | 50              | 50              |  |  |  |
| Vegetales a 20% (g)   | 50              | 50              | 50              | 50              | 50              | 50              | 50              |  |  |  |
| Margarina (g)         | 8               | 8               | 10              | 10              | 12              | 12              | 15              |  |  |  |
| Aceite (ml)           | 10              | 10              | 12              | 15              | 17              | 20              | 20              |  |  |  |
| Mermelada (g)         | 25              | 25              | 25              | 25              | 25              | 25              | 25              |  |  |  |
| Azúcar (g)            | 30              | 30              | 35              | 35              | 35              | 35              | 35              |  |  |  |
| <b>Energía (kcal)</b> | <b>1,018.71</b> | <b>1,099.92</b> | <b>1,197.31</b> | <b>1,298.22</b> | <b>1,404.80</b> | <b>1,505.05</b> | <b>1,598.39</b> |  |  |  |

Fuente: Ramos Galván Roberto. Alimentación normal en niños y adolescentes, México. Edit. Manual Moderno. 1985

## TEST DIBUJO DE LA FAMILIA

Material.

1 hoja de papel blanca.

1 lápiz.

Indicación Dibuja r una familia(una familia que la persona imagine)  
Después de que terminé el dibujo se debe elogiar al niño por su dibujo.

Efectuar una breve entrevista en la cual el niño debe explicar lo que hizo, caracterizar sus personajes y su función.

Entrevista. Se debe anotar todo lo que la niña diga.

Se debe anotar en que lugar de la página empezó y con qué personaje.

- 1.- ¿ Dónde están? Y ¿ qué hacen allí?
- 2.- Que nombre a todas las personas, empezando por la primera que dibujó. Averiguar el papel o lugar que ocupan cada persona en la familia, su sexo y edad.
- 3.-¿Cuál es la más buena en esta familia?
- 4.- ¿Cuál es la menos buena de todos?
- 5.- ¿Cuál es la más feliz?
- 6.- ¿Cuál es la menos feliz?
- 7.- ¿Y tú en esta familia, a quién prefieres?

Ante cada respuesta se le debe preguntar porqué

- Uno de los chicos se portó mal. ¿Cuál es ¿ y ¿Qué castigo tendrá?.
- Sirve para complementar.

## TEST DE LA FIGURA HUMANA

Material

- 1 hoja de papel blanca
- 1 lápiz y 1 goma.

Indicación. Dibujar a una persona

Si no entiende la persona, se le puede ayudar diciendo:

Quiero que en esta hoja dibujes una persona completa. Puede ser cualquier clase de persona que quieras dibujar, siempre que sea una persona completa y no una figura hecha con palitos.

Si no entiende el significado de persona, entonces se le puede decir que puede dibujar un hombre, una mujer, una niña o un niño.

Se debe examinar la conducta del niño mientras dibuja, se debe tomar notas de gestos inusuales, la secuencia de su dibujo, su actitud y sus comentarios espontáneos, así como el tiempo empleado.

Si el niño queda insatisfecho con su dibujo, se le puede permitir empezar de nuevo en el reverso, o en una segunda hoja lo pide.

No se puede permitir que el niño tome algún modelo para su ejecución, tiene que ser de propia inspiración.