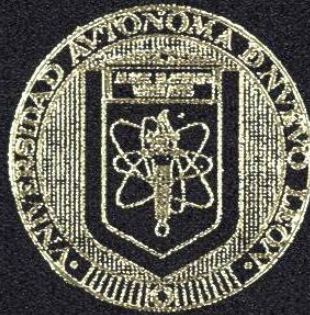


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



DESARROLLO EN EL PRE-ESCOLAR VALORADO
POR ENFERMERIA Y PARTICIPACION FAMILIAR

POR

IRMA GUADALUPE ROJAS GARZA
LICENCIADA EN ENFERMERIA

COMO REQUISITO PARCIAL
PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN ENFERMERIA CON
ESPECIALDAD EN SALUD COMUNITARIA

MONTERREY, N. L.

JUNIO DE 1995

TM

Z6675

.N6

FEN

1995

R61

0095-84460



1020090162

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



DESARROLLO EN EL PRE-ESCOLAR VALORADO
POR ENFERMERIA Y PARTICIPACION FAMILIAR

POR

IRMA GUADALUPE ROJAS GARZA
LICENCIADA EN ENFERMERIA

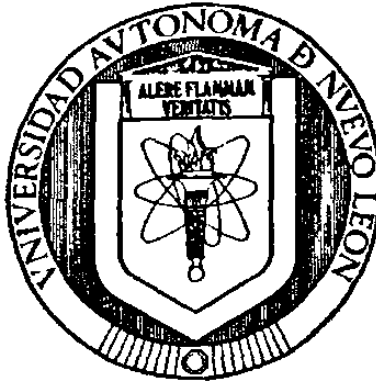
COMO REQUISITO PARCIAL
PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN ENFERMERIA CON
ESPECIALDAD EN SALUD COMUNITARIA

MONTERREY, N. L.

JUNIO DE 1995

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



**DESARROLLO EN EL PRE-ESCOLAR VALORADO POR
ENFERMERIA Y PARTICIPACION FAMILIAR**

PRESENTA:

LIC. IRMA GUADALUPE ROJAS GARZA

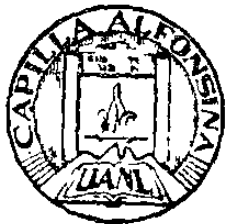
ASESOR:

LIC. MA. DEL REFUGIO DURAN LOPEZ, M.E.

MONTERREY, N.L., JUNIO DE 1995

2

5



FONDO TESIS

DEDICATORIA

A DIOS

Por darme fé, esperanza y la satisfacción de alcanzar una meta más.

A MIS PADRES

Porque con gran amor y confianza me enseñaron a luchar por ser mejor cada día.

A MI UNICO HERMANO

Que de alguna manera me ha ayudado a seguir adelante, sin permitir que las adversidades de la vida me detuvieran en un momento dado y por muchas cosas más.

A MI AMIGA DIANA

Por su sincera amistad, consejos positivos, entusiasmo y apoyo para la culminación de una meta más en mi vida.

MUCHAS GRACIAS.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS, que lo hizo todo, que me dió vida y salud.

A las Autoridades de la Universidad Autónoma de Nuevo León, por permitirme formar parte del grupo de docentes.

A la Directora de la Facultad de Enfermería, LIC. MARIANA LOPEZ DE LAREDO, por su apoyo brindado para el desarrollo y culminación de la presente tesis.

A la LIC. MA. DEL REFUGIO DURAN LOPEZ, por su invaluable apoyo y guía en el desarrollo de este trabajo, así como su integridad como persona.

A mis Maestros, deseo manifestar mi profunda gratitud, porque a lo largo de mi vida universitaria despertaron en mí la inquietud de superación, especialmente a Lic. Margarita Magallanes, Lic. Ma Luisa Chávez, Lic. Hermila Oropeza y Lic. Dora Elia Silva L.

A las autoridades de la Institución Preescolar que facilitaron la implementación de la valoración del niño y entrevista con las madres.

A la Lic. Guadalupe Moreno Monsiváis y Lic. Socorro Patiño Reyes, por su colaboración en el procesamiento y mecanografiado de la información del estudio

Gracias.

RESUMEN

El propósito principal del presente estudio fue valorar la participación familiar en el desarrollo del niño, además de realizar un diagnóstico situacional del mismo a través de la valoración Denver. La hipótesis de trabajo fue: el apoyo familiar en niños preescolares influye positivamente en su desarrollo.

La muestra fue intencional, constituida por 102 niños con sus respectivas madres; a los primeros se les realizó prueba de Desarrollo Denver I (PDD), a madres se les aplicó una Cédula de Entrevista (CEM).

Los resultados reflejan que en el 41 por ciento de los casos existe participación familiar en el desarrollo motor fino-adaptativo; en personal social un 100 por ciento; en el área motor grueso la participación familiar es absoluta; en lenguaje en un 51 por ciento existe participación familiar, se reconoce la participación de la maestra en un 37 por ciento y 12 por ciento la televisión como medio de comunicación.

Al buscar relacionar entre participación familiar y desarrollo del niño en las cuatro áreas, se encontró correlación positiva, con CHI^2 calculada en todos los casos menor que la teórica con una $P > 0.05$ por lo que la hipótesis nula se acepta con reservas para este estudio.

La participación familiar como hecho inherente en el cuidado de salud de sus miembros y particularmente en los menores, requiere ser orientado y supervisado por personal profesional del área de la salud.

La enfermera Comunitaria tiene la capacidad y compromiso de participar en la detección de problemas y fomentar la salud en los pre-escolares, quienes requieren ser atendidos en el ámbito escolar y familiar.

DESARROLLO EN EL PRE-ESCOLAR VALORADO POR ENFERMERIA
Y PARTICIPACION FAMILIAR

DECISION DEL JURADO

COMISION DE TESIS

Presidente

Secretario

Vocal

Monterrey, N.L.

Junio de 1995

INDICE

	Hoja
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS	ii
RESUMEN	iii
CAPITULO I.	
INTRODUCCION	1
1.1 Planteamiento del Problema	3
1.2 Hipótesis	6
1.3 Objetivos	6
1.4 Importancia del Estudio	6
1.5 Limitación del Estudio	7
1.6 Definición de Términos	9
CAPITULO II.	
MARCO TEORICO	11
2.1 Aspectos Generales	11
2.2 Desarrollo del Niño	15
2.3 Familia	21
2.4 Estudios Relacionados	25
CAPITULO III.	
METODOLOGIA	30
3.1 Sujetos	30

3.2	Materiales	31
3.3	Procedimiento	32
3.4	Etica del Estudio	34
CAPITULO IV.		
	RESULTADOS	35
CAPITULO V.		
	DISCUSION	60
5.1	Conclusiones	62
5.2	Recomendaciones	63
CAPITULO VI.		
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	66
	APENDICE A	70
	APENDICE B	74

LISTA DE FIGURAS

FIGURA	DESCRIPCION	HOJA
1	Tipo de Familia	36
2	Número de Miembros en las Familias	37
3	Edad de los Padres	38
4	Escolaridad de los Padres	39
5	Ocupación de los Padres	40
6	Número de Hijos en las Familias	41
7	Hermanos Mayores y Menores del Preescolar.	42
8	Desarrollo por áreas identificadas por las madres.	43
9	Dificultad en el Desarrollo	45
10	Problemas más relevantes en el desarrollo referidos por las madres.	47
11	Participación Familiar en Desarrollo Personal Social y Motor Grueso	48
12	Participación Familiar y Social en el Desarrollo Motor Fino-Adaptativo.	49
13	Participación Familiar y de otros en desarrollo del lenguaje.	50

LISTA DE CUADROS

NO.	DESCRIPCION	HOJA
1	Diagnóstico Situacional Global del desarrollo efectuado por Enfermería en los Preescolares.	51
2	Problemas identificados por Enfermería y la Madre en desarrollo del niño.	52
3	Ocupación Materna y valoración del desarrollo.	53
4	Escolaridad Materna y Desarrollo obtenido por las Enfermeras en las diferentes áreas del preescolar.	54
5	Existencia de Hermanos Mayores y Desarrollo del Preescolar.	55
6	Desarrollo Personal Social Identificado por la Madres Relacionado con la Valoración Denver obtenida por la Enfermera.	56
7	Desarrollo Motor Fino Adaptativo identificado por la Madre Relacionado con la Valoración Denver.	57
8	Desarrollo del Lenguaje identificado por la Madre relacionado con la valoración obtenida por la Enfermera.	58
9	Desarrollo Motor Grueso identificado por la Madre relacionado con la Valoración Denver.	59

CAPITULO I

INTRODUCCION

Los programas de salud en atención primaria, contemplan como objetivos y metas tener coberturas amplias, por lo que se hacen esfuerzos para tal fin, no obstante existen subprogramas que debido a falta de recursos y tiempo no se atienden en su totalidad, tal y como lo reportó Ramírez y Cols. en 1992, al señalar que el subprograma de control del niño sano fue el que tuvo la cobertura más baja respecto a los de inmunizaciones, hidratación oral y atención al niño enfermo.

En México, el sub-programa de control del niño sano (C.N.S.), como parte del Plan Nacional de Salud (1981), tiene como propósito fundamental crear una estructura organizacional que logre en cada nivel aplicativo, mantener un control periódico del crecimiento y desarrollo en las diferentes etapas de la vida infantil. Siendo la infancia el período básico que comprende entre la edad de tres a seis años donde el niño establece los cimientos de un desarrollo adecuado o inadecuado a lo largo de la vida. (Carpenito, 1990).

Si bien el crecimiento del niño es un hecho biológico en el que confluyen una multiplicidad de factores, tanto de orden biológico como psicosocial, desde hace relativamente poco tiempo este enfoque está adquiriendo relevancia en los programas de salud. Las exigencias que impone el cuidado de la salud del niño han demostrado fehacientemente que el control del

crecimiento y desarrollo es una actividad de primera importancia, alrededor de la cual se articula toda la atención del niño, no sólo en estado de salud, sino también ante las alteraciones que pueda padecer. (O.P.S., 1986).

El desarrollo del ser humano está determinado por los factores genéticos, neuroendocrinos y ambientales que le otorga el grupo socioeconómico a que pertenece. En efecto, las clases sociales con mayores desventajas económicas, presentarán ineludiblemente mayores riesgos de morir y enfermar, así como un desarrollo por debajo de sus potencialidades debido a la situación que prevalece en su medio ambiente. La participación familiar en el desarrollo da las bases para considerar las metas deseables a alcanzar en cada uno de los niños. De hecho cuando los padres conocen de algún grado de retraso en sus niños suelen cambiar o modificar sus expectativas respecto a su hijo enfermo, tal es el caso de niños con Síndrome Down, o en aquellos que de pronto se les diagnostica alguna situación que le imposibilita para realizar con "normalidad" actividades de la vida diaria propias de su edad. (Martínez, 1991).

La vida del niño esta dividida por ciertos acontecimientos importantes durante su desarrollo, de tal manera que las habilidades caminar y hablar proporcionan una independencia que diferencia la lactancia de la primera infancia. Durante los primeros cuatro o cinco años el niño desarrolla progresivamente

sus habilidades motoras y orales, aumentándolas, elaborándolas y perfeccionándolas. El siguiente paso de importancia ocurre cuando el niño va a la escuela y amplía su mundo social más allá de la familia. La formación y educación que recibe el niño durante esta etapa es muy importante para las etapas futuras de su desarrollo, por lo que la valoración y estimulación que la familia realice en él serán de gran importancia para trazar nuevas metas.

El preescolar no necesita una supervisión constante, ya que ha desarrollado el control de esfínteres, sabe comer y vestirse solo, y prefiere la independencia y el juego activo al aire libre, sin embargo, tiene algunas necesidades especiales como son: la de sentirse seguro, integración, respeto y autonomía, lo que deberá fomentarse en el núcleo familiar; sus habilidades lingüísticas y ampliar su conocimiento del mundo que le rodea son intereses particulares en esta edad. (Hamilton, 1990). Al incorporarse en grupos sociales secundarios suelen reforzarse algunas conductas o mostrarse incompetentes para ellas especialmente cuando el grupo familiar no ha asumido la responsabilidad de sus tareas específicas tal y como lo señaló Duvall en 1977.

1.1 Planteamiento del Problema

Según datos del Instituto Nacional de Estadística,

Geografía e Informática (INEGI, 1990) en el estado de Nuevo León, existe una población total de 3;098,736 habitantes, con una población escolar de 272,803 habitantes esto es 8.8 por ciento.

En el Municipio de Monterrey, N.L., en el mismo año se reportó una población total de 1;069,238 habitantes con un total de 81;650 en edad preescolar, a lo que corresponde un 7.64 por ciento; particularmente, en la comunidad de San Bernabé correspondiente al municipio de Monterrey, Nuevo León, se cuenta con una población de 6,597 habitantes, con un total de 542 niños de 3 a 6 años, que dan un 8.22 por ciento, aunque estas cifras por si mismas pueden no reflejar un impacto para la sociedad, es necesario considerar que como profesionales de la salud se tiene la responsabilidad de mantener un equilibrio armónico en su salud, con medidas tendientes no sólo a curar sino mantener un programa permanente para control de la salud donde la valoración del desarrollo deberá ser parte integral del cuidado orientado a fortalecer y evaluar las áreas que determinan una referencia de bienestar o anormalidad de acuerdo al caso o casos particulares de que se trate.

En el complejo proceso de desarrollo participan una serie de factores de riesgo relacionados con el medio

ambiente y con el propio individuo, que afectan negativamente, como pueden ser: la deficiencia nutricional, bajo ingreso económico, problemas genéticos y neuroendocrinos. Otros factores asociados lo constituyen los padres indiferentes, ambivalentes, sobreprotectores que en casos extremos impiden que el niño logre superar adecuadamente las etapas del desarrollo, cuando esto sucede, el niño muestra en etapas posteriores comportamientos inadecuados que no corresponden a su edad, O.P.S. (1986).

Es importante que el personal de enfermería considere que existen factores interno y externos que pueden influir en la salud, y sobre todo en el desarrollo del niño, ya que esto le permitirá abordar los problemas en forma adecuada.

La investigación del desarrollo del niño es de gran importancia para enfermería, ya que este profesional es el responsable en gran número de casos del programa de CNS en instituciones de salud, por lo que conocer la situación que prevalece y la participación de la familia, permitirá a la Enfermera Comunitaria identificar el origen de problemas en forma específica, y plantear estrategias de acción para resolverlos en beneficio no sólo del niño sino de la familia y sociedad en general.

Por lo expuesto anteriormente surgió la siguiente

pregunta de investigación: ¿Qué relación existe entre las características del desarrollo en preescolares y la participación familiar?

1.2 Hipótesis

Hi El apoyo familiar a los niños preescolares influye positivamente en su desarrollo.

Ho El apoyo familiar a los niños preescolares no influye positivamente en su desarrollo.

1.3 Objetivos

Los objetivos del estudio son:

1. Identificar la participación familiar en el desarrollo del preescolar.
2. Realizar un diagnóstico situacional del desarrollo en niños preescolares a través de la Valoración Denver.

1.4 Importancia del Estudio

En la búsqueda bibliográfica para el presente estudio no se encontró referencia alguna sobre la temática aquí planteada por lo tanto en el estudio se pretende aportar algunos conocimientos sobre la importancia del trabajo de la Enfermera Comunitaria, de familias y preescolares para

contribuir a mejorar las condiciones de desarrollo en los mismos.

El beneficio derivado de los resultados aquí presentados será directamente en los niños, en la medida que tanto la familia como profesionales de la salud asumen la responsabilidad que les corresponde en el cuidado de la población pediátrica.

En la atención de primer nivel y a través del programa del control del niño sano se podrán implementar medidas específicas para la orientación y supervisión de la estimulación para el desarrollo del niño, tarea que le compete a la Enfermera Comunitaria.

Los resultados aquí presentados darán algunas pautas para el cuidado específico del desarrollo en la niñez, ya que la situación particular de los países en desarrollo tienen como carácter prioritario la implementación de medidas en beneficio de la salud del niño de hoy y hombre del futuro como derecho de todo ser humano y como base del desarrollo económico y social de los pueblos.

1.5 Limitación del Estudio

Los resultados pueden ser generalizados a grupos de población con características de estrato socioeconómico bajo, sin embargo, se reconoce que la edad preescolar

abarca de los tres a seis años y la situación que se presentó en la comunidad elegida para el estudio fue, que la institución educativa solamente admite niños de cinco a seis años para estudios de preescolar debido al espacio físico y recursos humanos con los que cuenta.

El hecho de que el personal de enfermería solo se haya presentado durante el tiempo en que se hicieron las valoraciones, no dió la posibilidad de mayor relación y familiaridad con el niño. Los niños que acuden a una institución de educación preescolar, ya hacen una gran diferencia de aquellos niños que no son enviados, pues el niño que asiste al kinder tendrá estimulación social y motora fuera de su hogar, poniéndolo en ventaja contra lo que no tienen acceso por razones diversas.

El método para selección de la muestra de acuerdo a Polit (1994), no permite tener representatividad en el grupo particular de estudio de toda la comunidad; además, el investigador requiere identificar variables extrañas de impotencia, en el caso particular de este estudio estas fueron identificadas durante la aplicación de prueba piloto y sus resultados aparecen como hallazgos adicionales de influencia en el desarrollo del niño tal es el caso de "Maestro y Televisión".

1.6 Definición de Términos

Desarrollo.- Es el proceso de maduración funcional donde se dan cambios psicológicos, sociales, intelectuales y físicos que se presentan durante toda la vida de un individuo. (Waechter, 1993).

Diagnóstico Situacional.- Situación global que prevalece en niños estudiados en función de la presencia de fallas o retrasos en cada área del desarrollo: personal-social, motor fino-adaptativo, lenguaje y motor grueso.

Factor de Riesgo.- Es una característica o circunstancia detectable en individuos o grupos, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud. Pueden ser: biológicos, ambientales, de comportamiento, relacionados con la atención de salud, sociales, culturales y económicos (O.P.S., 1986).

Infancia.- Es un período que caracteriza a varios grupos de edad dentro del ciclo vital en el cual se incluyen a los preescolares. (Whaley, 1988).

Participación Familiar.- Actividades que los miembros de la familia realizan con el propósito de coadyuvar en el desarrollo del niño.

Preescolar.- Comprende la edades de tres a seis años. (Whaley, 1988).

Problemas del Desarrollo.- Son las fallas o retrasos que el niño presenta en la valoración denver realizada por enfermería o en la referida por la madre (Waechter, 1993).

Prueba de Desarrollo De Denver I.- Examen diseñado para usarse con niños aparentemente sanos, desde el nacimiento hasta los seis años de edad, y es aplicado para valorar el desempeño de un niño en diversas tareas apropiadas para la edad.

Técnica de Valoración Denver.- Son los procedimientos que se siguen para la obtención de la apreciación diagnóstica del desarrollo en menores de seis años, adaptado por Frankenburg (1990).

AREAS DE DESARROLLO

Personal-Social.- Relacionarse con la gente y atender las necesidades preescolares.

Motor fino-adaptativo.- Coordinación de ojos y manos, manipulación de objetos pequeños y solución de problemas.

Lenguaje.- Usar el lenguaje, oír y comprender.

Motor Grueso.- Sentarse, caminar, saltar y movimientos musculares generales grandes.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 Aspectos Generales.

A través de la historia, la salud de los niños ha sido de vital importancia para todas las sociedades, ya que además de ser un derecho universal de todo ser humano ellos son el recurso básico para el futuro de la humanidad. (Waechter, 1993).

Dentro de todos los grupos humanos los niños son en quienes tienen un mayor impacto los problemas sociales, económicos, educativos y de salud, Diez (1992), especialmente en los países pobres y en desarrollo.

En América Latina la morbimortalidad materno-infantil, ha sido uno de los más grandes problemas de salud, que aún hoy en día no ha sido resuelto. En respuesta a esta y a muchas otras problemáticas de salud se observa el interés de los países, por acatar la meta "Salud para Todos en el Año 2000", declarada por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), donde la comunidad y familias deberán tener una gran participación en todo lo referente al mejoramiento de las condiciones de vida, con estrategias acordes a los recursos existentes.

Dentro de los aspectos de bienestar y salud en la población pediátrica influyen múltiples factores y dentro

de la participación de organismos que regulan el cuidado a la niñez, tienen un papel preponderante el fondo de la Naciones Unidas y la Organización de las Naciones Unidas para la Infancia, así como la Ley General de Salud en lo referente a la atención Materno Infantil y lo señalado por la Comisión de los Derechos Humanos en lo que se refiere a la niñez. Todos estos organismos son ampliamente reconocidos a nivel mundial y local.

Por otra parte en México, la Ley General de Salud (1993) en el título tercero se hace mención a la prestación de los servicios de la salud y señala en el capítulo V, artículo 61 "qué la atención materno infantil tiene carácter prioritario en la atención del niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo".

El artículo 63 señala que la protección de la salud física y mental de los menores es responsabilidad de los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad sobre ellos.

En el artículo 64, fracción I, menciona que las autoridades sanitarias competentes establecerán procedimientos que permitan la participación activa de la familia en la prevención y atención oportuna del cuidado del niño.

En el capítulo VII, artículo 73, fracción I, se habla del fomento al desarrollo de actividades educativas,

socioculturales y recreativas que contribuyen a la salud mental, preferentemente a la infancia.

Por otro lado, en el título séptimo referente a la promoción de la salud, señala en el capítulo II, artículo 113, "la Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaria de Educacion Publica y los gobiernos de las entidades federativas, y con la colaboración de las dependencias y entidades del sector salud, formulará, propondrá y desarrollará programas de educación para la salud, procurando optimizar los recursos y alcanzar una cobertura total de la población".

Así mismo la Comisión Nacional de derechos Humanos menciona que "los estados pondrán el máximo empeño en garantizar el reconocimiento del principio de que ambos padres tienen obligaciones comunes en lo que respecta a la crianza y el desarrollo del niño. Incumbirá a los padres o en su caso, a los representantes legales la responsabilidad primordial de la crianza y el desarrollo del niño. Su preocupación fundamental será el interés superior del niño". Artículo 18 sobre los derechos del niño.

En México, el Subprograma de Control del Niño Sano (CNS), como parte del plan nacional de salud (1981), tiene como propósito fundamental crear una estructura organizacional que logre en cada nivel aplicativo, valorar el

crecimiento y desarrollo de los niños, en este sentido ha cobrado importancia el interés por la valoración de desarrollo en la población pediátrica para mantener un control periódico de las evaluaciones en las diferentes etapas de la vida infantil.

El control del niño sano, incluye aspectos relevantes como son la valoración integral del niño, la medición del crecimiento y evaluación del desarrollo, la educación en varios aspectos como son: la estimulación temprana, detección oportuna de riesgos, entre otros.

A nivel local existen instituciones públicas y privadas que tienen instituido el subprograma del Control del Niño Sano, en forma permanente e integral con atención multidisciplinaria.

La experiencia en el conocimiento de las implicaciones del programa materno infantil pone en evidencia que aunque existen estos programas dirigidos a niños, el aspecto de desarrollo no es valorado en su totalidad, quizá con elementos muy justificables, sin embargo, es deseable implementar estrategias para acatar las normas técnicas de valoración en este aspecto y detectar con oportunidad problemas que pueden ser tratados tempranamente. Secretaría Estatal de Salud.

Dentro del Subprograma de Control del Niño Sano (CNS)

se considera la estimulación temprana, que consiste en una valoración clínica, física y del desarrollo, al detectarse problemas ya sean reales o potenciales, se refieren al equipo multidisciplinario (Pediatra, Enfermera, Psicólogo, Nutricionista), según la necesidad del niño.

Muchos de los programas son llevados a cabo por el personal de enfermería y su participación va encaminada a la revisión del niño, medidas preventivas y asesoría a los padres.

2.2 Desarrollo del Niño

La importancia del cuidado en el desarrollo cobra significado cuando se reconoce que esta es una etapa especialmente importante en la adquisición de esquemas de conducta, se perfeccionan las aptitudes psicomotoras y el lenguaje verbal, además se valora su capacidad para el aprendizaje escolar. (Martinez, 1990).

Durante este período el niño busca: 1) consolidar una sensación de autonomía y extenderla hasta una progresiva independencia de acción, 2) adquirir iniciativa, 3) extender su mundo personal fuera del hogar, 4) controlar sus impulsos agresivos y 5) descubrir en qué clase de personas va a convertirse. (Weachter, 1993).

La detección temprana de las alteraciones del desarrollo infantil tiene una variación muy amplia ; desde aquellas anormalidades que son evidentemente detectables por cualquier persona, hasta las alteraciones mínimas que sólo se ponen de manifiesto después de un detallado examen. Tales situaciones ponen de manifiesto la importancia de realizar la valoración del desarrollo como mínimo una vez al año durante la etapa preescolar. (Cusminsky, 1986).

La capacitación y educación de los padres como agentes estimuladores de sus propios hijos posibilitan una interacción oportuna que contribuirá a alcanzar un nivel adecuado en cada etapa del desarrollo.

La dependencia del niño de otras personas, en sus primeros años de vida y la necesidad del cuidado y participación familiar que estimulen su desarrollo, implican ampliar el concepto de riesgo y considerar su efecto en un futuro mediato para lo cual el trabajo de la familia deberá tender a reenfocarse a cada etapa por la que pasan los hijos, los cuales a la vez que crecen y se desarrollan, se constituyen en recursos de apoyo para los niños menores.

Los niños con bajo riesgo, implica la vigilancia del desarrollo en toda la población infantil, se debe aceptar

integralmente el cuidado del niño sano, incluyendo su comportamiento psicológico, social, ambiental y cognoscitivo. (OPS, 1988).

Dentro de los factores de riesgo del desarrollo se incluyen los padres indiferentes, ambivalentes y sobreprotectores que dificultan, y en casos extremos impiden que el niño logre superar adecuadamente cada etapa del desarrollo.

Cuando esto sucede, el niño muestra en etapas posteriores comportamientos inadecuados, como por ejemplo: dificultad en separarse de la madre, conducta agresiva, berrinches, control deficiente de esfínteres y, en general, inseguridad y dependencia, aunada a una percepción inadecuada de su propia persona y de la realidad.

Por lo tanto es crucial, la actitud comprensiva de los padres y su intervención reguladora, constante, responsable, y amorosa. Con el fin de que el niño logre maduración neuromotriz y afectiva, y que reciba la estimulación que favorezca su desarrollo cognoscitivo además de facilitarle que adquiriera un adecuado aprendizaje en el área social. (Martínez, 1993).

El desarrollo temprano tiene un enfoque a una educación previa a la escuela y una clave para la introducción de nuevas experiencias en el momento adecuado.

Sólo quienes se encargan del cuidado cotidiano del infantil, por lo común las madres, son quienes pueden descubrir el momento de iniciar una tarea para fortalecer o favorecer el desarrollo y el éxito en cada período de la vida de los hijos.

Según Ibuka (1994), el propósito de estimular el desarrollo, es educar a un niño a fin de que tenga una mente flexible y un cuerpo sano y de esta manera propiciar en el individuo una personalidad brillante y bondadosa, que le permita aprovechar experiencias actuales para responder de una mejor manera a las demandas sociales en el presente y futuro.

La enfermera responsable de los programas pediátricos en el primer nivel de atención requiere tener el conocimiento de la secuencia de desarrollo para evaluar e identificar desviaciones o anormalidades.

Con el progreso en la maduración biológica ocurre un desarrollo simultáneo de conductas que permiten al preescolar reaccionar a su medio ambiente. Estas conductas de adaptación son en las áreas: personal-social, motor fino-adaptativo, motor grueso y lenguaje, mismas que pueden ser valoradas con el instrumento Denver I, examen diseñado para usarse con niños aparentemente sanos, desde el nacimiento hasta los seis años de edad. El instrumento

ha sido probado en más de 50 millones de niños en todo el mundo. (Frankenburg, et.al., 1990).

Existen investigadores que fueron pioneros en valoración de desarrollo y cuyas teorías reciben aceptación general como son: Sigmund Freud "Desarrollo Psicosexual", Erick Erickson "Desarrollo Psicosocial" y Jean Piaget "Desarrollo Cognoscitivo". En sus teorías consideran al desarrollo humano como una serie de etapas que se traslapan, mismas que ocurren en forma relativamente predecible durante la vida del individuo.

Erick Erickson, psicoanalista que amplió el concepto freudiano del ego, se interesa por la influencia que ejerce la sociedad sobre la personalidad en el desarrollo. Esbozó ocho etapas del desarrollo psicosocial, cada una de las cuales depende de la resolución exitosa de una crisis o un punto decisivo, lo que permite pasar a otra etapa del ciclo de vida.

Según la perspectiva psicoanalítica del mundo, el niño padece un conflicto específico en cada etapa. La manera en que se resuelva o no cada uno de estos conflictos influye en el desarrollo de la personalidad definitiva del individuo.

La teoría de Erickson dá crédito a las influencias sociales y culturales sobre el desarrollo, mientras que

Freud se centra en los factores biológicos y de maduración. Otro de los puntos fuertes de la teoría de Erickson es que comprende todas las etapas de la vida, mientras que la de Freud se detiene en la adolescencia.

Los preescolares están todavía tratando de obtener y mantener un sentido de autonomía. La guía de sus padres y su nueva capacidad de expresar sus necesidades y pensamientos mediante las palabras le ayuda a ser más "independientes". Según Erickson, durante esta etapa los niños están llenos de energía, dispuestos y ansiosos por aprender a experimentar con nuevas cosas y a trabajar en cooperación con los demás. En esta etapa pasan de la unión total con sus padres a una identificación con ellos, esta identificación se lleva a cabo en parte como un resultado de la rivalidad y sentido de culpa edipianos, pero también y en mayor grado como "un sentido de igualdad que se obtiene al hacer las cosas en compañía". (Erickson, 1950).

El conflicto de personalidad básico en el niño de edad preescolar está entre la iniciativa, que le permite emprender, planear y llevar a cabo sus actividades, y la culpa por las cosas que quiere hacer.

Durante la infantil los niños que no desarrollaron un sentido de iniciativa, están propensos a experimentar una

profunda represión de sus deseos, pueden llegar a desarrollar una enfermedad psicosomática, parálisis, inhibición o impotencia; es posible que traten de conseguir una sobrecompensación mediante una actitud jactanciosa; o pueden tornarse personas intachables que se muestran intolerantes con los demás.

2.3 Familia

La familia y particularmente los padres intentan crear a sus hijos de conformidad con la interpretación de su propia socialización y con la influencia de los medios de comunicación, sus grupos de referencia y los servicios de salud, entre otros grupos de apoyo, para alcanzar los objetivos que estiman apropiados. Dentro de las necesidades del niño en la familia se encuentran los cuidados requeridos de acuerdo a la etapa de crecimiento y desarrollo particular en que se encuentra. (Barna, 1986).

Duvall en 1977, planteó que la familia igual que los individuos pasa por etapas de desarrollo dentro de su ciclo de vida, existen ocho etapas dentro del desarrollo familiar, mismas que van desde familias principantes hasta jubilación y vejez. La misma autora, señala que dentro de cada etapa existen tareas de desarrollo, que son inheren-

tes dentro de diversos marcos de referencia, como son: Erickson, Piaget, Freud, entre otros.

La familia es el componente de la estructura social, sobre el cual las personas sienten que poseen experiencias y vivencias mas directas y claras, de tal manera que el núcleo familiar constituye una comunidad total para el individuo, durante su niñez, adolescencia y a veces temprana juventud, dependiendo de los patrones culturales. En la medida en que el niño crece y madura, la familia va perdiendo gradualmente caracter de totalidad, pues es reemplazada por otros grupos e instituciones a los cuales el individuo se va incorporando, haciendo efectiva su participación en la sociedad. (Barna, 1986).

Una de las tareas importantes de la familia es la socialización de los niños, donde se da la oportunidad a que estos desarrollen actitudes autocríticas, lo que les permite aprender a expresarse y por lo tanto a tener dominio de lenguaje. (Duvall, 1977).

En la familia con hijos preescolares es recomendable vigilar y propiciar que el niño desarrolle habilidades psicomotoras para adquirir dominio de su cuerpo y explorar su medio ambiente, desarrollar una capacidad de iniciativa y autonomía.

Los padres deben aceptar y tolerar esta mayor

independencia, velando al mismo tiempo por protegerlo de los peligros que esta implica. Psicológicamente la sobreprotección en preescolares puede inhibir y coartar muchas potencialidades del niño generando sentimientos de vergüenza o culpabilidad. Igualmente el menor debe ser entrenado y socializado para controlar sus impulsos. (Barna, 1986).

En este mismo sentido se reconoce que los preescolares tienen mucho que aprender en esta etapa especialmente en el área de dependencia, ya que deben lograr la suficiente autonomía y autosuficiencia para ser capaces de manejarse sin sus padres en diversos lugares, de hecho la experiencia en el jardín de niños es una buena manera de fomentar este tipo de desarrollo.

En la edad preescolar el niño tiene la oportunidad de asumir un rol más maduro al tomar gradualmente más responsabilidad de su propio cuidado, así como de involucrarse para ayudar en los quehaceres del hogar, donde los padres deberán centrar su atención, no en la productividad sino en el aprendizaje que el niño lleva a cabo. (Duvall, 1977).

El jardín de niños es particularmente benéfico para los que no tienen experiencias con un grupo de su misma edad, como los hijos únicos o los que viven en hogares con

privaciones culturales. Además, proporciona considerable estímulo para el desarrollo del lenguaje, físico y social y es una preparación excelente para la entrada a la escuela al término de este período. (Whaley, 1988).

En la provisión del cuidado de la salud, la madre desempeña un papel determinante en los primeros años de vida de sus hijos, de hecho es la madre quien llena inicialmente sus necesidades más elementales, tanto físicas como psicológicas; buscando sentimientos de satisfacción, reconocimiento y solución a los requerimientos mínimos de la familia, con especial énfasis en aquellos que se refieren al bienestar de los hijos.

Friedman (1986), refiere que en las familias de clase baja el rol central de mayor importancia es el de la madre, y el padre juega un papel mínimo en la familia, como cuidador de esta. De tal manera que la madre es quien realiza la mayoría de las funciones del hogar, incluyendo el cuidado y educación integral de los hijos.

En familias de la clase baja existe una tendencia a ser más tradicionales en la forma de criar o educar a los hijos, hay un gran énfasis en la respetabilidad, obediencia, limpieza y disciplina. Cuando se compara con los padres de clase media quienes ponen más importancia a la independencia de los niños y toman más en cuenta los

principios de desarrollo y psicológicos.

1.4 Estudios sobre el Desarrollo del Niño

Ramírez, Nájera y Bobadilla (1992) en un estudio sobre la cobertura de cuatro programas de salud para preescolares encontraron que el Programa de Control del Niños Sano es uno de los menos utilizados, y por lo tanto con menos cobertura, de hecho el motivo por el cual se llevan a consulta a estos niños es por enfermedad y el uso de programas siempre fue mayor entre las familias pequeñas, además el programa medicalizado tiene predominio sobre el programa preventivo, este comportamiento fue similar en cuatro grupos sociales diferentes entre sí. En el mismo estudio se recomienda el apoyo con acciones sobre la importancia de monitorear la salud y el desarrollo de los niños, esta última puede ser en el escenario de mayor concentración de niños donde periódicamente se atiende al preescolar para fortalecer acciones de las madres y propiciar una mejor condición de salud en sus hijos menores de seis años.

En un estudio longitudinal realizado por Burchinal, et.al. (1989) se compararon los niveles y patrones de desarrollo intelectual de infantes y preescolares de tres

grupos de niños con desventajas socioeconómicas y encontraron que las desventajas del desarrollo intelectual en niños de bajo nivel socioeconómico es positivo cuando asisten a centros educacionales.

En la misma investigación se tomó en cuenta la conducta adaptativa de los niños de kinder con experiencia previa en guarderías o en lugares de cuidado familiar, estos elementos se compararon y contrastaron con la conducta de los niños de kinder que no habían participado en cuidado fuera del hogar, no encontrándose diferencias significativas entre los grupos en las medidas de la conducta adaptativa, de las habilidades de comunicación, habilidades de la vida diaria, socialización o de habilidades motoras por lo que sugiere que ambas formas de cuidado fuera de casa son opciones convenientes para los padres.

Bradley presentó un estudio en 1988 sobre los logros de comportamiento y desarrollo llevados a cabo en una escuela de educación preescolar y un programa integrador a través de un estudio piloto, en donde los resultados indicaron que las clases de logros que pueden esperarse de los niños con alteraciones o deficiencias del desarrollo son menores en un medio ambiente de terapia preescolar y familiar.

En un estudio realizado por Roberts, et.al. (1989) en niños de cinco años, con un nivel socioeconómico bajo que asistían a guardería se encontraron que la estimulación por parte de los padres influía en que los niños tuvieran mayores habilidades de manipulación de tópicos de alta calidad, esta característica estuvo presente incluso después de ajustar la inteligencia de los niños y la cantidad de experiencias en una guardería comunitaria, otra investigación (Ramey, et.al. 1987, citados por Roberts), ha demostrado que los niños que tienen un desempeño académico intelectual pobre, vienen de un nivel socioeconómico bajo y sus habilidades de lenguaje también están implícias y repercuten en las dificultades académicas.

Dentro de algunos programas que se han trabajado en relación al desarrollo del niño preescolar con retardo, se encuentra el realizado por Reed, et.al. (1993), donde los profesionales de la salud abordaron a las familias de niños atendidos en el centro de desarrollo con material escrito anterior a su asistencia, sobre aspectos de salud, educación y servicios sociales para apoyo de los niños en el hogar y posteriormente en el centro de desarrollo.

Moore en 1988, encontró dos tendencias que reportan diferencias en el desempeño cognoscitivo y motor entre los

niños al cuidado de familias y los niños de guardería, en donde los resultados tienden a favorecer a los niños que asisten a guarderías, por lo contrario los estudios que reportan diferencias en el desarrollo emocional tienden a favorecer a los infantes incluidos en los programas de cuidados de familias.

Cohen en 1990 presenta un estudio sobre la relación de las Clasificaciones Globales sobre la Escala de Asistencia (GASC) para niños en lo referente a la conducta y el desarrollo de los preescolares con desórdenes en el desarrollo y lenguaje, obteniéndose indicadores para la clasificación GASC correlacionándose significativamente con el nivel de desarrollo del niño y con la clasificación de los maestros de la evaluación sobre los factores de cooperación obediencia, coraje y desafío.

Lo señalado por organismos de reconocido prestigio a nivel internacional y nacional invitan a reflexionar y considerar lo correspondiente a la participación de cada miembro de la sociedad, familia y profesionales de la salud; además de considerar que el personal de enfermería en atención primaria, dentro de las comunidades deberá conocer que apoyo requieren las familias para iniciar programas en forma oportuna y adecuada para mejorar las condiciones de desarrollo de los menores de seis años,

pues los estudios realizados hasta ahora reiteran la importancia de lo anteriormente señalado.

La valoración del desarrollo en niños en etapas tempranas, es de la competencia de personal de enfermería, quienes por el espacio que ocupan en los programas de salud en la comunidad tienen ingerencia en la atención pediátrica y específicamente en el desarrollo de los hombres del mañana.

CAPITULO III

METODOLOGIA

El estudio se realizó en un Centro de Enseñanza Preescolar, ubicado San Bernabé, 4o. sector, Monterrey, N.L. El tipo de estudio fue descriptivo y transversal. (Polit, 1994).

Los instrumentos que se aplicaron comprende una cédula de entrevista a la cual respondió la madre del preescolar y el instrumento para la valoración Denver misma que se realizó por cuatro enfermeras en los niños.

3.1 Sujetos

La población del estudio se constituyó por niños preescolares y madres de los mismos, la muestra fue de 102 para ambos casos, no probabilística y por conveniencia, Canales F. (1986), y la unidad de observación fue una población cautiva, ubicada en un centro de enseñanza preescolar, de una comunidad urbano marginal, donde por motivos de espacio y recursos humanos, solo se integran niños de cinco a seis años de edad.

Criterios de Inclusión.

- . Niños en edad preescolar sin problema de desarrollo evidente ó diagnosticado por algún profesional del área de la salud.
- . Madres o tutoras de los niños con capacidad de

responder las preguntas del instrumento elaborado exprofeso.

3.2 Material

Dentro de los recursos humanos que fueron necesarios para el desarrollo de la investigación se cita al asesor, tres encuestadores y el investigador, los recursos materiales son: material bibliográfico requerido para dar sustento teórico al estudio, material de oficina, papelería, así como también de equipo de cómputo para procesamiento de la información y viáticos necesarios para la ejecución de la investigación.

Se utilizó una cédula de entrevista materna (CEM) (Apéndice 1) que surgió de la operacionalización de las variables del estudio y fue elaborado por el investigador. Incluyendo los siguientes apartados: 1) Datos de identificación, 2) Características de la Familia, 3) Características específicas del desarrollo del preescolar identificadas por la madre, 4) Participación familiar en el niño de cinco a seis años. Complementada con la prueba de desarrollo de Denver (PDD) y Diagnóstico situacional.

El instrumento contiene un total de veinticinco preguntas acompañada por un instructivo (Apéndice 2) para facilitar la utilización. Este fue aplicado por tres

encuestadores previamente entrenados por el investigador más este último. Se realizó una prueba piloto con un 10 por ciento del total de la muestra en un jardín de niños de características similares al de San Bernabé, 4o. Sector, con la prueba se obtuvo información que permitió se realizaran algunas modificaciones al instrumento inicial, especialmente en lo referente a participación familiar, social y medios de comunicación.

3.3 Procedimiento

En conjunto con la Directora del Jardín de Niños se procede a elegir un lugar accesible para evitar interrupciones al realizar la prueba de desarrollo de Denver y posteriormente se estableció una buena comunicación con las madres entrevistadas para facilitar y asegurar la confiabilidad en sus respuestas.

Las madres contestaron la primera parte del instrumento, misma que captó variables de participación familiar en el desarrollo del niño, mientras que la segunda parte para la valoración Denver fue realizada por personal de enfermería.

En la aplicación de la encuesta se utilizó un tiempo aproximado de 20 minutos. Los cuestionarios fueron revisados diariamente por el investigador a fin de que la

información estuviera completa. El levantamiento de datos fue durante cuatro días. Se elaboró el programa de captura de datos y se utilizó la computadora y el programa estadístico, Statical Package for the Social Sciences (SPSS), del cual se obtuvieron los datos estadísticos descriptivos, listados de frecuencias y proporciones, al ser analizados se detectaron la presencia de dos o más fallas en las diferentes áreas del desarrollo. En primera instancia se procedió a orientar a las madres para la estimulación del niño en las áreas donde se detectaron fallas o retrasos posteriormente al mes se volvió a examinar a estos niños con el mismo instrumento, de acuerdo al procedimiento recomendado (Ver apéndice 2)

Volviendo a utilizar un tiempo aproximado de 15 minutos en la valoración Denver. El siguiente levantamiento de datos fue durante tres días y realizado en su domicilio. Se procede de nuevo a una segunda captura de datos y procesamiento de los mismos.

Para análisis se utilizó el estadístico para variables nominales la V de Cramer a través de la que se buscó la correlación entre lo que la madre identificó en el desarrollo del niño y lo que el personal de enfermería encontró al realizar el diagnóstico situacional. Para comparar los datos obtenidos con los esperados, se utilizó

la X^2 (Chi Cuadrada). La presentación de los resultados se hizo con figuras utilizando el programa Harvard Graphics.

3.4 Etica del Estudio

Para la realización del estudio y acceso a los sujetos, se siguieron los procedimientos legales dentro de la institución educativa, enviándose solicitud por escrito a la Directora, pidiendo su anuencia para realizar la valoración de la población total de niños del jardín de niños de San Bernabé, 4o. Sector, Monterrey, N.L.

A las madres se les solicitó su colaboración en forma verbal, asegurándoseles que el trabajo que se realizaría con sus niños no implicaba riesgos a su integridad física o psicológica y que en caso de presentar algún "problema" en dicha valoración se le realizaría una segunda visita para valoración y que de persistir el problema se referiría al Centro de Educación Especial.

Se hizo uso confidencial de la información extraída del cuestionario y en ningún momento se hará referencia a casos específicos ya que el informe proporciona solo resultados generales para los fines propios del trabajo y del investigador.

CAPITULO IV

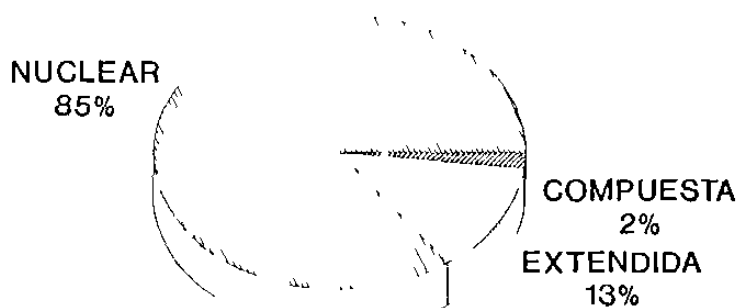
RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de acuerdo al orden de la información obtenida en el instrumento. Se señalan frecuencias y porcentajes, así como los resultados entre las variables más relevantes. La primera información fue la referida por las madres de los preescolares y la segunda se refiere a los hallazgos más notables identificados por enfermería a través del instrumento aplicado en una primera y segunda valoración de acuerdo a los casos que la requirieron, y a la técnica recomendada en la valoración Denver.

Los resultados reflejan que 43 por ciento de los niños tienen cinco años, 50 por ciento, cinco años seis meses y el siete por ciento restante de seis años. El sexo predominante fue el femenino con 53 por ciento y 47 por ciento correspondió al sexo masculino.

La participación social en el desarrollo del menor de seis años es vista únicamente al considerar al docente de la escuela de enseñanza preescolar; además se agrega un apartado de la influencia de los medios de comunicación en el desarrollo del niño, en forma específica la televisión.

FIGURA 1
TIPO DE FAMILIA
San Bernabé, Monterrey, N.L., 1994

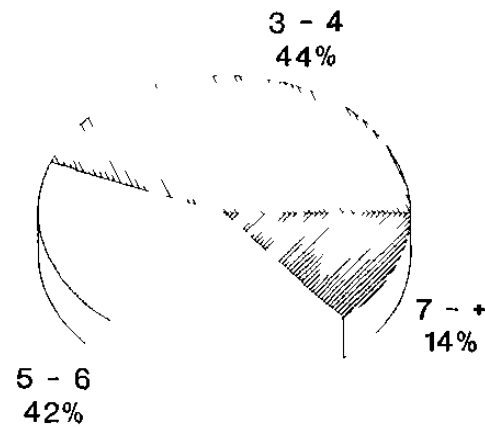


N = 102

FUENTE: Cédula de Entrevista Materna.
(CEM)

Existe predominio de la composición familiar nuclear, seguida de la extendida, además de que el estado civil de las parejas en un 98 por ciento son casados. (Figura 1).

FIGURA 2
NUMERO DE MIEMBROS EN LAS FAMILIAS
San Bernabé, Monterrey, N.L., 1994

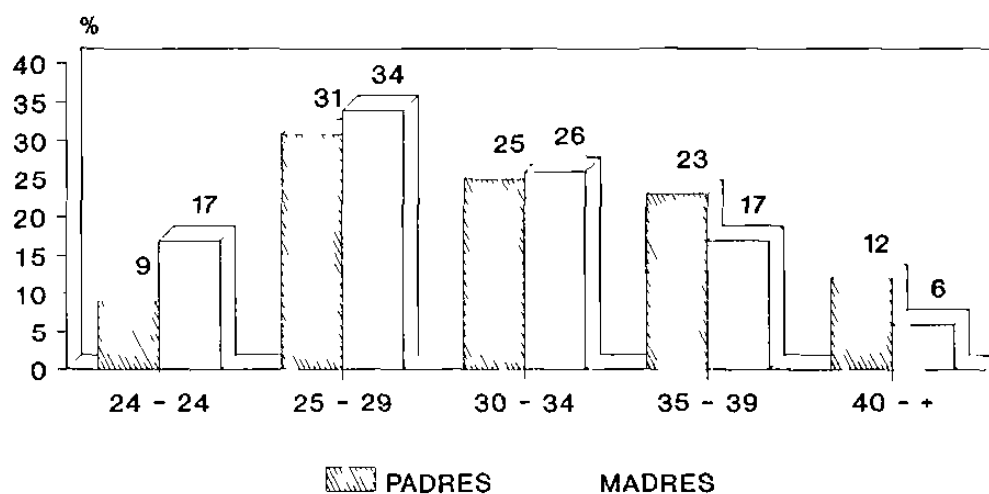


N = 102

Fuente: CEM

El número de miembros que conforman las familias incluyendo a los padres se refleja en la siguiente figura (no. 2) donde es evidente que en proporciones muy semejantes están los de tres a cuatro y de cinco a seis miembros.

FIGURA 3
 EDAD DE LOS PADRES
 San Bernabé, Monterrey, N.L., 1994

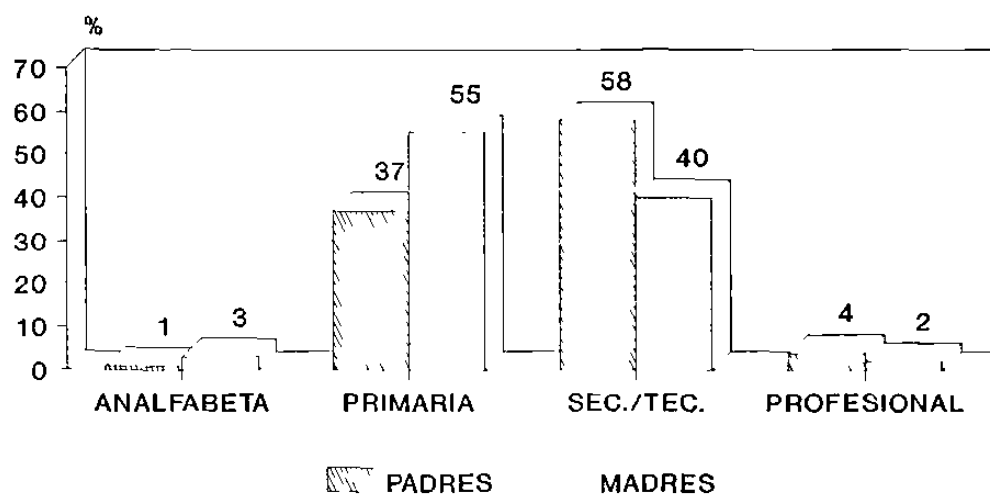


N = 102

Fuente: CEM

Con respecto a la edad de los padres se refleja que estas se concentran mayormente en los grupos de 25 a 29 años y de 30 a 34 años de edad, con porciones muy similares. (Figura 3).

FIGURA 4
 ESCOLARIDAD DE LOS PADRES
 San Bernabé, Monterrey, N.L., 1994

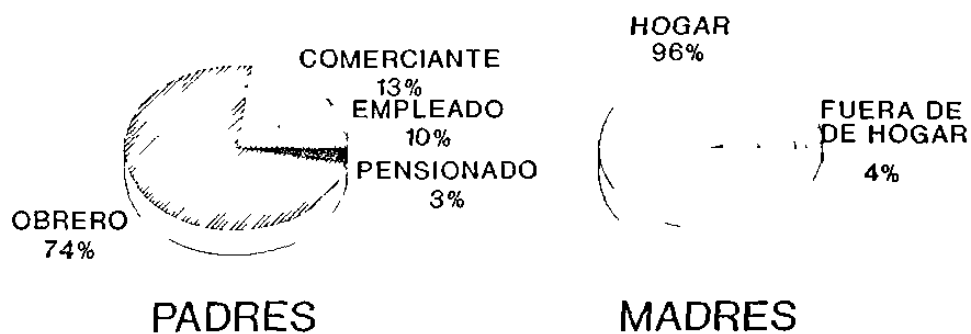


N = 102

Fuente: CEM

En relación a la escolaridad se encontró una mayor cantidad de padres con estudios de primaria, secundaria o técnica, tanto en hombres como en mujeres, sin embargo, entre estas últimas existen tres casos de analfabetismo. (Figura 4).

FIGURA 5
OCUPACION DE LOS PADRES
San Bernabé, Monterrey, N.L., 1994

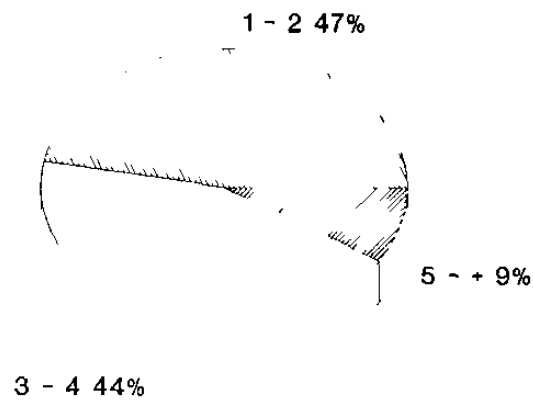


N = 102

Fuente: CEM

La mayoría de los padres son obreros, seguida por comerciantes y empleados, mientras que las madres se dedican en un alto porcentaje a labores de su hogar exclusivamente. (Figura 5).

FIGURA 6
NUMERO DE HIJOS EN LAS FAMILIAS
San Bernabé, Monterrey, N.L., 1994

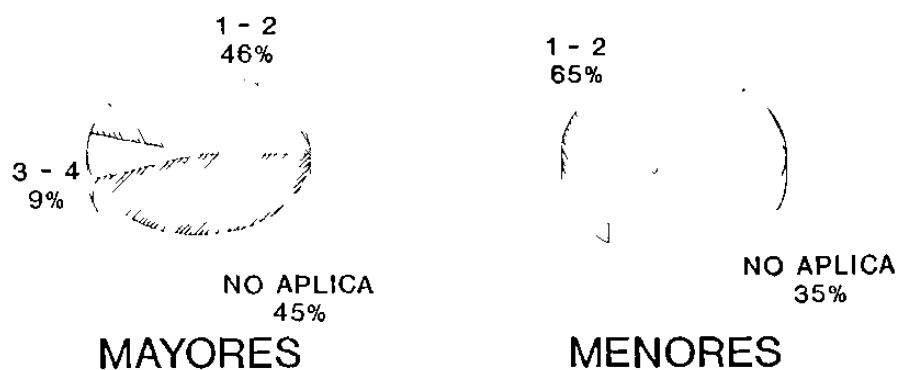


N = 102

Fuente: CEM

El número de hijos en las familias pone de manifiesto que más del 50 por ciento de las familias refirieron tener más de un hijo. (Figura 6).

FIGURA 7
 HERMANOS MAYORES Y MENORES
 DEL PREESCOLAR
 San Bernabé, Monterrey, N.L., 1994

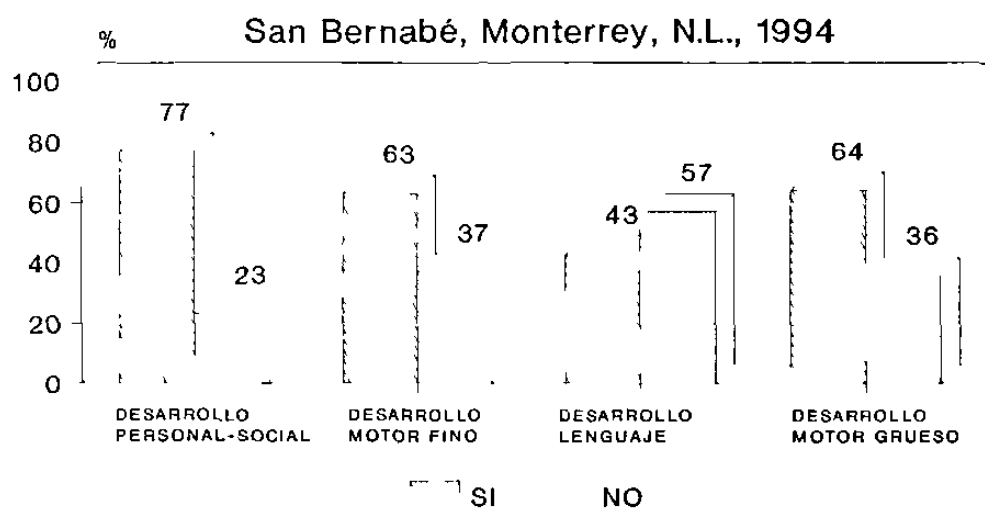


N = 102

Fuente: CEM

El 55 por ciento de los preescolares cuentan con uno o más hermanos mayores y el 65 por ciento con hermanos menores en ambos casos el 45 y el 35 por ciento respectivamente no aplicó debido a que se trata de hijos únicos. (Figura 7).

FIGURA 8
DESARROLLO POR AREAS IDENTIFICADAS
POR LAS MADRES



N = 102

Fuente: CEM

Las áreas de desarrollo identificadas por las madres en orden prioritario son: personal social con 77 por ciento, motor grueso y motor fino con 64 y 63 por ciento respectivamente y con un 43 por ciento desarrollo de lenguaje. (Figura 8).

Es importante señalar que el desarrollo específico identificado según áreas fue el siguiente:

Personal-Social:

Se viste sin vigilancia.

Ayuda en el hogar en labores sencillas.

Se separa fácilmente de la madre.

Motor Fino-Adaptativo:

Le gusta dibujar, pintar, recortar figuras, ser creativo.

Lenguaje:

Conoce los colores.

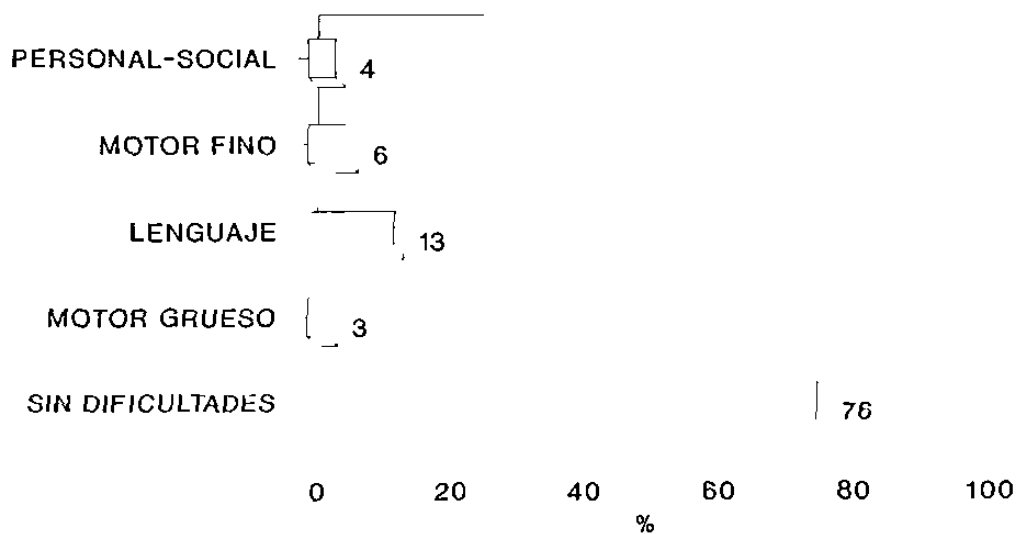
Sabe su nombre completo.

Repite los anuncios.

Motor Grueso:

Le gusta jugar, correr, saltar, andar en bicicleta, jugar con sus hermanos y vecinos.

FIGURA 9
DIFICULTAD EN EL DESARROLLO
San Bernabé, Monterrey, N.L., 1994



N = 102

Fuente: CEM

Las madres identifican "dificultad" en algunas áreas de desarrollo, aunque esto no significa que sea problema de acuerdo al concepto materno. Las áreas de mayor dificultad fueron: lenguaje con un 13 por ciento y motor fino con seis por ciento. (Figura 9).

Dentro de las dificultades encontradas en las diferentes áreas del desarrollo se señalan:

Personal-Social:

No se separa de sus hermanos con facilidad.

Se aísla para jugar.

Dependencia de la madre.

Tímido, vergonzoso y agresivo.

Motor Fino-Adaptativo:

No puede hacer dibujos.

Batalla para copiar letras y números.

Lenguaje:

No pronuncia bien las palabras con "r", no conoce colores, tartamudea.

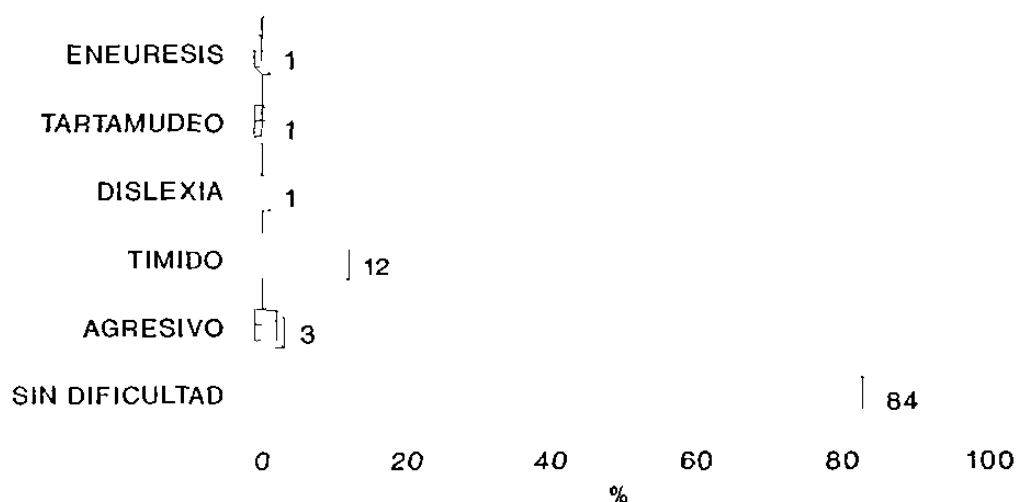
Motor Grueso:

Se le dificulta brincar

No puede atrapar la pelota.

Brinca torpemente.

FIGURA 10
PROBLEMAS MAS RELEVANTES EN EL
DESARROLLO REFERIDOS POR LAS MADRES
 San Bernabé, Monterrey, N.L., 1994



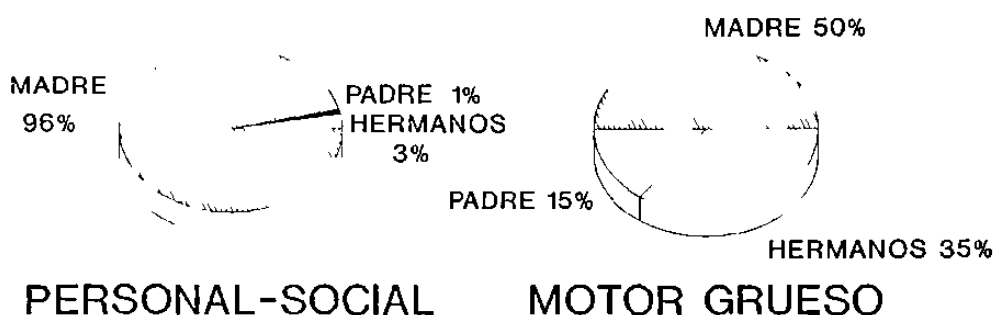
N = 102

Fuente: CEM

Dentro de los problemas mas relevantes se reportan en 18 preescolares, lo siguiente: 12 por ciento, refiere que son tímidos y tres por ciento agresivos, el resto con uno por ciento con problemas de eneuresis, tartamudeo y dislexia. (Figura 10).

FIGURA 11
PARTICIPACION FAMILIAR EN DESARROLLO
PERSONAL SOCIAL Y MOTOR GRUESO

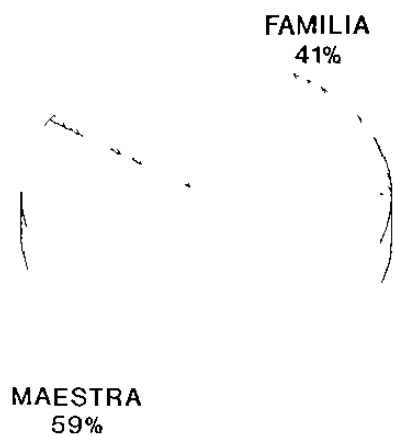
San Bernabé, Monterrey, N.L., 1994



N = 102
Fuente: CEM

En relación a la participación familiar los resultados demostraron el rol materno como responsable del cuidado de los hijos con un apoyo fuerte en la estimulación en el desarrollo personal-social de los hijos. En el área de motor grueso, la madre seguida por los hermanos del preescolar participan en mayor porcentaje y sólo el 15 por ciento de los padres se incorporan en apoyo al desarrollo del niño en esta área. (Figura 11).

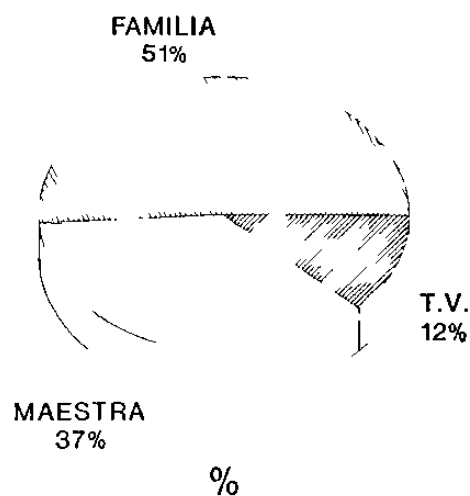
FIGURA 12
PARTICIPACION FAMILIAR Y SOCIAL EN EL
DESARROLLO MOTOR FINO-ADAPTATIVO
San Bernabé, Monterrey, N.L., 1994



N = 102
Fuente: CEM

En el área de motor fino, se encontró que el niño que acude al kinder se ve apoyado por el personal docente en un 59 por ciento, en tanto que la madre es apoyada por el motor fino-adaptativo con un 41 por ciento.

FIGURA 13
PARTICIPACION FAMILIAR Y DE OTROS
EN DESARROLLO DEL LENGUAJE
San Bernabé, Monterrey, N.L., 1994



N = 102
Fuente: CEM

La familia, docentes y los medios de comunicación como la televisión reflejan un apoyo de 51, 37 y 12 por ciento respectivamente, en lo referente al área de lenguaje.

En la primera valoración 53 por ciento de los niños presentaron desarrollo normal y el 47 por ciento presentó fallas y retrasos en el área de lenguaje.

CUADRO NO. 1
 DIAGNOSTICO SITUACIONAL GLOBAL DEL DESARROLLO
 EFECTUADO POR ENFERMERIA EN PREESCOLARES

San Bernabé, Monterrey, N.L., 1994

AREAS DEL DESARROLLO	D. NL.*		FALLAS		RETRASO	
	No.	%	No.	%	No.	%
Personal Social	97	95.1	5	4.9	0	0
Motor Fino-Adaptativo	90	88.2	11	10.8	1	1
Lenguaje	61	59.8	39	38.2	2	2
Motor Grueso	84	82.4	10	9.8	8	7.8

Fuente: Prueba de Desarrollo Denver (PDD)

N = 102

* D.NL = Desarrollo Normal

Las fallas y retrasos encontrados en la valoración por áreas fueron: cinco por ciento en lo relativo a personal social, 11 por ciento motor fino adaptativo, 38 por ciento lenguaje y 10 por ciento motor grueso, es importante señalar que sólo el 3 por ciento presentó retraso, uno por ciento en motor fino-adaptativo y dos por ciento en lenguaje.

CUADRO NO. 2
PROBLEMAS IDENTIFICADOS POR ENFERMERIA Y LA MADRE EN
DESARROLLO DEL NIÑO

San Bernabé, Monterrey, N.L., 1994

AREA DE DESARROLLO	Número de fallas y retrasos en el desarrollo del niño - valorado por enfermería.		Número de pro- blemas de desa- rrollo identifi- cados por la - madre.
	Fallas	Retrasos	
1. Personal-so- cial.	5	0	4
2. Motor fino- adaptativo.	11	1	6
3. Lenguaje.	39	2	11
4. Motor grueso.	10	8	3
Total	65	11	24

Fuente: CEM y PDD

N = 102

Las frecuencias de fallas y retrasos encontrados por enfermería en la valoración Denver se muestran en el cuadro no. 2, así como los problemas de desarrollo referidos por las madres. Enfermería identificó en el primer caso 76 fallas y retrasos en el total de las cuatro áreas, mientras que las madres solo detectaron 24.

ANALISIS DE RESULTADOS

Para el análisis de resultados se hicieron cruces de variables lo que permitió obtener las correlaciones y valor de P.

CUADRO NO. 3

OCUPACION MATERNA Y VALORACION DEL DESARROLLO

San Bernabé, Monterrey, N.L., 1994

VALORES ESTADISTICOS OCUPACION Y DESARROLLO	gl	χ^2_T	χ^2_C	CORRELACION		DECISION
Personal-Social	1	3.84	.01432	.01185	Leve	Se acepta H ₁ .
Motor Fino-Adaptativo	1	3.84	.28931	.05326	Leve	Se acepta H ₁ .
Lenguaje	1	3.84	1.72	.12998	Leve	Se acepta H ₁ .
Motor Grueso	3	12.59	6.58	.17963	Leve	Se acepta H ₁ .

Fuente: CEM y PDD

P = > 0.05

N = 102

La ocupación materna que fue en un 96 por ciento dedicada al hogar se obtuvieron correlaciones leves en relación al desarrollo en las diferentes áreas, sin embargo, la χ^2 calculada en los cuatro casos fue menor que la teórica, lo que permitió aceptar la hipótesis alterna.

CUADRO NO. 4

ESCOLARIDAD MATERNA Y DESARROLLO EN LAS DIFERENTES AREAS

San Bernabé, Monterrey, N.L., 1994

VALORES ESTADISTICOS ESCOLARIDAD Y DESARROLLO	gl	χ^2_T	χ^2_C	CORRELACION		DECISION
Personal-Social	3	7.82	4.15	.20186	Baja Def	Se acepta Ho
Motor Fino-Adaptativo	3	1.57	1.57	.12425	Leve	Se rechaza Hi
Lenguaje	3	3.74	3.74	.19161	Leve	Se acepta Ho
Motor Grueso	3	2.48	2.48	.1559	Leve	Se acepta Ho

Fuente: CEM y PDD

P = > 0.05

N = 102

Al correlacionar la escolaridad materna con las áreas de desarrollo del niño arrojó: en el área de personal social una correlación baja definida y en el resto de las áreas fue leve. Al trabajar con tres grados de libertad se obtuvieron en todos los casos una X^2 calculada diferente a la esperada, con valores menores a la X^2 teórica y con P mayor de .05 lo que permitió que la hipótesis nula se aceptara.

CUADRO NO. 5
EXISTENCIA DE HERMANOS MAYORES Y
DESARROLLO DEL PREESCOLAR

San Bernabé, Monterrey, N.L., 1994

VALORES ESTADISTICOS HERMANOS MAYORES Y DESARROLLO	gl.	X ² T	X ² T	VALOR DE P	CORRELACION		DECISION
Personal-Social	2	5.99	6.59	<0.05	.25434	Baja Def.	Se rechaza Ho
Motor Fino-Adaptativo	4	9.49	1.78	>0.05	.09342	Leve	Se acepta Ho
Lenguaje	4	9.49	9.59	>0.05	.10478	Leve	Se rechaza Ho
Motor Grueso	4	9.49	2.23	<0.05	.21688	Baja Def.	Se acepta Ho

Fuente: CEM y PDD

N = 102

Respecto a la correlación de hermanos mayores en preescolares y desarrollo en el área personal social se obtuvo una correlación baja definida y la hipótesis nula se rechazó, ya que el valor del X² calculada fue mayor que la teórica con una p de .03 y dos grados de libertad; cruzada con el área de lenguaje la correlación fue leve y la hipótesis nula se rechaza, ya que el valor de X² calculada es mayor que la teórica.

En el área de motor fino-adaptativo se obtuvo una correlación leve y la hipótesis nula se acepta pues el valor de X² calculada es menor que la teórica con un valor de p mayor de

0.05. En el área de motor grueso se obtuvo una correlación baja definida y la hipótesis nula se acepta pues el valor de X^2 calculada es menor que la teórica con un valor de p de .04.

CUADRO NO. 6
DESARROLLO PERSONAL SOCIAL DEL NIÑO IDENTIFICADO POR
LA MADRE RELACIONADO CON LA VALORACION

San Bernabé, Monterrey, N.L., 1994

IDENTIFICA LA MADRE	DESARROLLO NORMAL		FALLAS		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
SI	76	74	3	3	79	77
NO	21	21	2	2	23	23
TOTAL	97	95	5	5	102	100

Fuente: CEM y PDD

N = 102

gl. = 1

X^2 Calculada = .91682

X^2 Teórica = 3.84

Significancia = > 0.05

Correlación = .09481

En relación a la valoración realizada por enfermería y la identificada por la madre en el área personal social se encontró una correlación leve, con una significancia mayor de 0.05 y la X^2 calculada permitió aceptar la hipótesis nula, lo que se explica al considerar que el profesional de enfermería tiene una preparación que le permite identificar una mayor problemática en el desarrollo.

CUADRO NO. 7
DESARROLLO MOTOR FINO-ADAPTATIVO IDENTIFICADO POR
LA MADRE RELACIONADO CON LA VALORACION DENVER

San Bernabé, Monterrey, N.L., 1994

DESARROLLO IDENTIFICA LA MADRE	DESARROLLO NORMAL		FALLAS		RETRASO		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
SI	60	59	3	3	1	1	64	63
NO	30	29	8	8	-	-	38	37
TOTAL	90	88	11	11	1	1	102	100

Fuente: CEM y PDD

N = 102

gl = 2

X² Calculada = 7.10

X² Teórica = 5.99

Significancia = < 0.05

Correlación = .26396

Al analizar la valoración de Enfermería en el área de motor fino adaptativo y lo identificado por la madre en la misma área se encontró una correlación baja definida y la hipótesis nula se rechaza, pues al trabajar con dos grados de libertad, la X² calculada es diferente a la esperada.

CUADRO NO. 8
DESARROLLO DEL LENGUAJE IDENTIFICADO POR LA
MADRE RELACIONADO CON LA VALORACION DENVER

San Bernabé, Monterrey, N.L., 1994

DESARROLLO IDENTIFICA LA MADRE	DESARROLLO NORMAL		FALLAS		RETRASO		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
SI	28	27	16	16	-	-	44	43
NO	33	32	23	23	2	2	58	57
TOTAL	61	59	39	39	2	2	102	100

Fuente: CEM y PDD

N = 102

gl = 2

X² Calculada = 1.77

X² Teórica = 5.99

Significancia = > 0.05

Correlación = .13203

En relacion al área de desarrollo del lenguaje identifica-
do por la madre y el valorado por enfermería se encontró una
correlación leve y la hipótesis nula se acepta.

CUADRO NO. 9
DESARROLLO MOTOR GRUESO IDENTIFICADO POR LA MADRE
RELACIONADO CON LA VALORACION DENVER

San Bernabé, Monterrey, N.L., 1994

DESARROLLO IDENTIFICA LA MADRE	DESARROLLO NORMAL		FALLAS		RETRASO		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
SI	58	57	4	4	3	3	65	64
NO	26	25	6	6	5	5	37	36
TOTAL	84	82	10	10	8	8	102	100

Fuente: CEM y PDD

N = 102

gl = 2

X² Calculada = 5.84

X² Teórica = 5.99

Significancia = .05

Correlación = .23937

La valoración realizada por enfermería en el área de motor grueso cruzada con lo identificado por la madre en la misma área dió una correlación baja definida y al trabajar con dos grados de libertad se obtuvo una p de .05 y una X² calculada de 5.84, por lo que se acepta la hipótesis nula.

CAPITULO V

DISCUSION

Pese a la situación socioeconómica prevaleciente y la cultura en las familias del estudio, se ve la permanencia de la madre al cuidado de los hijos y su dedicación a las labores propias del hogar; Duvall (1977) refiere que una de las tareas en la familia está dirigida a fomentar el desarrollo del niño, sin embargo, en el presente estudio fue solo el rol materno en el 98 por ciento de los casos, quien se involucró, en el fomento y estímulo del desarrollo del niño.

En concordancia con lo anterior se puede decir que la madre con una orientación adecuada se puede constituir en un recurso valioso para estimular y evaluar el desarrollo de sus hijos menores de seis años, mientras que el resto de la familia se puede constituir en elemento de apoyo permanente para el mismo fin.

Existen actividades de desarrollo complejas que sólo podrán ser valoradas y evaluadas por personal profesional, donde la enfermera comunitaria en el trabajo, en instituciones de preescolares y escolares puede constituirse en el elemento clave para la valoración del desarrollo, como una forma complementaria que contribuya en forma específica al Subprogra-

ma del Control del Niño Sano (CNS).

Los problemas de mayor relevancia, identificados por las madres en el presente estudio, fueron aquellos que de alguna manera interfieren para que el niño tenga acceso a niveles escolares superiores, pues son del área personal social, y muy evidentes en la conducta diaria del niño.

Aunque el proceso del desarrollo de lenguaje no es fácil de explicar, resulta obvio y comprensible que se inicie en el hogar y sea favorecido inicialmente por la madre, quien mantiene una relación estrecha y directa con el hijo, esta área se ve acrecentada en la medida que el niño tiene contacto con el entorno.

Existen áreas del desarrollo que las madres refieren que deben ser fortalecidas por los maestros en las escuelas, así mismo identifican algunas actividades, como propias del desarrollo de hombres o mujeres. Tal situación es descrita por Waechter en 1993, donde se caracteriza a las niñas con mayor superioridad en destreza manual, mientras que los niños son mejores para saltar desde lo alto y atrapar pelotas.

Aunque es evidente que la participación familiar de alguna manera está presente como tal, es importante señalar que los resultados en cuanto a la participación familiar en el desarrollo del niño, son concluyentes respecto a que es la madre quien tiene una mayor participación en las diferentes áreas del

desarrollo del niño, y además de la detección de algunas fallas-"problemas" del niño; lo anterior tiene relación con lo referido por Freedman (1986) quien señala que la madre tiene un papel preponderante en el cuidado y educación de los hijos.

5.1 Conclusiones

- 1.- La participación familiar, aunque se da como un hecho, inherente en cuestiones de salud dentro del grupo particular, requiere ser orientada y valorada por personal profesional con capacidad para precisar tareas de desarrollo que faciliten su desempeño en grupos sociales secundarios.
- 2.- La participación de la Enfermera Comunitaria en la valoración Denver permite identificar un mayor número de "problemas" (fallas) en el escolar, lo que justifica su presencia e intervención en esta tarea, pues su preparación le permite planear, implementar y evaluar programas de acción de apoyo para que las madres participen en la estimulación del desarrollo del niño menor de seis años.
- 3.- La atención oportuna en problemas del desarrollo por parte de profesionales capacitados por ello, contri-

buye en forma importante a disminuir los impedimentos que si por ahora no representan problema, sí pueden serlo en el futuro.

5.2 Recomendaciones

- 1.- Se debe de tener como prioridad valorar el crecimiento y desarrollo, como mínimo una vez al año y tener seguimiento de aquellos que presentan fallas y hacer recomendaciones específicas en los padres de los preescolares.
- 2.- Dentro del Programa del Control del Niño Sano, además de realizar las actividades de inmunizaciones, aplicación de flúoruro, charlas educativas sobre prevención de accidentes en el preescolar. Se debe de implementar brigadas enfocadas a valoración física y del desarrollo del infante.
- 3.- Formación de redes de apoyo de grupos multidisciplinarios de salud para resolver problemas complejos.
- 4.- Que las enfermeras comunitarias que aplican el programa CNS proporcionen educación a las madres para que hagan observaciones que contribuyan a

detectar problemas del desarrollo en los hijos de acuerdo a su etapa y consecuentemente se preste el apoyo nacional.

- 5.- La Enfermera con Especialidad en Salud Comunitaria y con actividades específicas dentro del entorno familiar, deberá trabajar con un grupo multidisciplinario donde se contribuya en forma real a conocer el potencial de las familias para la identificación de problemas del desarrollo.

- 6.- Como retribucion a las madres de los niños identificados con fallas y problemas se les realizó una segunda valoración a los 30 días donde se revisaron a los 48 niños que presentaron fallas y retrasos, los resultados fueron: en el área personal-social no se presentó problema alguno, en el motor fino-adaptativo 15 por ciento con fallas, en el área de lenguaje 67 por ciento con fallas y uno por ciento con retraso, en tanto que en el motor grueso el seis por ciento presento fallas. Lo anterior pone de manifiesto la importancia del seguimiento en niños identificados con fallas o retrasos para su evaluación subsecuente y apoyo familiar.

- 7.- Realizar estudio comparativo de los niños que acuden y los que no acuden al kinder dado que los primeros tal y como se encontró en el estudio tienen influencia de docentes para la estimulación del desarrollo, situación que permitirá una mayor aproximación al conocimiento de la situación de desarrollo en este grupo de edad.

- 8.- Hacer estudios de investigación donde se vea el impacto de los medios de comunicación y grupos secundarios en el desarrollo del niño.

REFERENCIAS

- Barna, R., Concha, I., Florenzano, R. y Cols. (1986). Salud Familiar. 1a. Ed. Santiago, Chile: Corporación de promoción universitaria. p.p. 63, 112-113.
- Bradley, S.J. Kolers, N., Cohen, N. (1988). Behavioural and development gains made in a therapeutic preschool and an integrated day care. Programa: a study pilot. (Logros de comportamiento y desarrollo llevados a cabo en una escuela de educación preescolar terapéutica y un programa integrador diario: Un estudio piloto). *Can. J. Psychiatry*, 33, 482-487.
- Burchinal, M. Lee, M. Ramey, C., (1989). Type of day-care and preschool intellectual development in disadvantaged children. (Atención de guardería y desarrollo intelectual preescolar de los niños en desventaja). *Child development*, 60, 128-137.
- Canales, F.H., Alvarado, E.L., Pineda, E.B. (1988). Metodología de la Investigación. Editorial Limusa, 2a. reimpresión.
- Carpenito, L.J. (1990). Diagnostico de Enfermería. 3a. ed., Editorial Interamericana, p.p. 301-307.
- Cohen, N.J., Kolers, N., Bradley, S.J. (1990). Relation of global ratings of functioning with behaviour and development in delayed and disturbed preschoolers. (Relación de

- las clasificaciones globales del comportamiento con la conducta y el desarrollo de los preescolares con retardo y desequilibrio). *Can. J. Psychiatry*, 33(6), 514-518.
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (1990). Convención sobre los Derechos del Niño.
- Cusminsky, M. Legarraga, H. (1986). Manual de Crecimiento y Desarrollo del Niño. Serie Paltex. Organización Panamericana de la Salud.
- Diez, E. Martínez, D. (1992). Conceptualizaciones infantiles sobre el proceso de salud y enfermedad, *Salud Mental*. V. 15, No. 2
- Duvall, M.E., (1977). Marriage and Family Development. (Matrimonio y Desarrollo Familiar). 5a. ed. Lippincott Company.
- Frankenburg, W.K., Dodds, J., Archer, P., Brisnick, B. Maschka, P. Edelman, N., Shapiro, H. (1990). Traducido por López V. Denver II. Manual de Examen. Publicado por Denver Developmental Materials. p. 1, 2, 5, 6.
- Friedman, M. (1986). Family Nursing (Enfermería Familiar) Theory and assessment, 2a. ed. Norwack, Connecticut. Appleton Century Crofts.
- Guilford, J.P. (1954). Psychometric Methods. Mc Graw Hill. N.Y.
- Hamilton, P. (1990). Enfermería Pediátrica Básica. Ed. Interamericana, 5a. ed.
- Ibuka, M. (1994). El Jardín de Niños, ya es muy tarde. 2a.

- ed. Editorial Diana.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
(1990). Resultados Definitivos. XI Censo General de Población y Vivienda, N.L.
- Ley General de Salud. (1993). Leyes y Códigos de México, 9a. ed., Editorial Porrúa. p.p. 13, 21-22.
- Martínez, M.R. (1991). La Salud del Niño y del Adolescente. 2a. ed. Editorial Salvat.
- Moore, B.F., Snow, Ch. W. Poteat, G.M. (1988). Effects of variant types of child car experience on the adaptive behavior of kindergarten children. (Efectos de tipos variantes de experiencia de atención de niños sobre la conducta adaptativa de los niños preescolares). Amer. J. Orthopschiat, 58(2), 297-303.
- Naranjo, C. (1981). Guía de Estimulación Temprana. UNICEF.
- Organización Panamericana de la Salud. (1986). Manual sobre el Enfoque de Riesgo en la Atención Materno-Infantil. Serie Paltex, Programa de Salud No. 7.
- Organización Panamericana de la Salud (1986) Manual de Crecimiento y Desarrollo del Niño. Serie Paltex No. 8.
- Organización Panamericana de la Salud (1988). Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo del Niño. Cuaderno Técnico No.18.
- Papalia, D. (1988). Psicología del Desarrollo de la Infancia a la Adolescencia. 2a. ed. McGraw-Hill.

- Polit, D.F., Hungler, B.P. (1991). Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 3a. ed. Interamericana, McGraw-Hill.
- Ramírez, S.T. Nájera, A.P. y Bobadilla, F.J. (1992). Cobertura de cuatro programas de salud para preescolares en áreas urbano marginales de la ciudad de México. Boletín Hospital Infantil de México. Vol. 49, No. 7, 404-410
- Reed, J. Conneely, J. (Goorham, P. Coxhead, S. (1993). Assessing the written information given to families prior to their attendance at a child development centre. (Evaluando la información escrita dada a familias, anterior a su asistencia al centro de desarrollo del niño). Child: Care, health and development, 19, 317-325.
- Roberts, J.E. Burchinal, M.R., Rabinowitch, S. Koch, M.A., Bryant, D.M., Ramey, C.T. (1989). Language Skills of children with different preschool experiences. (Habilidades del lenguaje de los niños con diferentes experiencias preescolares). Journal of Speech and Hearing Research, 32, 773-786.
- Secretaría Estatal de Salud (1994). Normas Técnicas de la Atención Materno Infantil.
- Waechter, P.H. (1993). Enfermería pediátrica, (Vol. 1). 10a. ed. Mexico:Interamericana.
- Whaley, L.F., Wong, D.L. (1988). Tratado de Enfermería Pediátrica, 2a. ed. Interamericana. McGraw-Hill.

APENDICE 1

FACULTAD DE ENFERMERIA DE LA U.A.N.L.

SECRETARIA DE POSTGRADO

CEDULA DE ENTREVISTA MATERNA (C.E.M.)

OBJETIVOS:

1.- Captar información sobre la participación familiar y social en el desarrollo del preescolar.

2.- Identificar las características del desarrollo en niños preescolares a través de

Fecha: _____

I. DATOS DE IDENTIFICACION

1. Nombre del niño: _____

2. Fecha de nacimiento: _____

3. Dirección Completa: _____

4. Edad: _____
1) 5 anos.
2) 5 a 6/12 m.
3) 6 anos.

5. Sexo: _____
1) Masculino.
2) Femenino.

II. CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA

6. Tipo de Familia: _____
1) Nuclear
2) Extendida
3) Compuesta

7. Número de miembros: _____
1) 3 - 4 m.
2) 5 - 6 m.
3) 7 - 8 m.
4) 9 a más.

8. Estado civil de los Padres: _____
1) Soltera.
2) Casados.

Padre

9. Edad: _____
1) 20 - 24 a.
2) 25 - 29 a.
3) 30 - 34 a.
4) 35 - 39 a.
5) 40 - 44 a. ó mas.
10. Escolaridad: _____
1) Analfabeta.
2) Primaria.
3) Secundaria o Técnica.
4) Profesional.
11. Ocupación: _____
1) Empleados.
2) Obrero.
3) Comerciante.
4) Pensionado.

Madre

12. Edad: _____
1) 20 - 24 a.
2) 25 - 29 a.
3) 30 - 34 a.
4) 35 - 39 a.
5) 40 - 44 a. ó más.
13. Escolaridad: _____
1) Analfabeta.
2) Primaria.
3) Secundaria o Técnica.
4) Profesional.
14. Ocupación: _____
1) Hogar.
2) Fuera del Hogar.
15. Número de hijos que conforma esta familia? _____
1) 1 - 2
2) 3 - 4
3) 5 a mas.
16. Aparte del niño que se está encuestando, cuantos son? _____
a) Mayores 1) 1-2 2) 3-4 3) No aplica.
b) Menores 1) 1-2 2) No aplica.

III. CARACTERISTICAS ESPECIFICAS DEL DESARROLLO DEL PREESCOLAR IDENTIFICADAS POR LA MADRE.

17. Identificados por la Madre.

Personal Social	1. Si	2. No	___
Motor fino-adaptativo.	1. Si	2. No	___
Lenguaje	1. Si	2. No	___
Motor grueso	1. Si	2. No	___

18. Problemas en el Desarrollo.

Personal Social	1. Si	2. No	___
Motor fino-adaptativo.	1. Si	2. No	___
Lenguaje	1. Si	2. No	___
Motor grueso	1. Si	2. No	___

19. Observaciones

- 1) Eneuresis.
 - 2) Tartamudea.
 - 3) Cambio de orden de letras.
 - 4) Tímido, vergonzoso y dependiente.
 - 5) Agresivo.
 - 6) No aplica.
- ___

IV. PARTICIPACION FAMILIAR EN EL DESARROLLO DEL NIÑOS DE 5 A 6 ANOS.

ACTIVIDADES A REALIZAR

FAM/OTROS/MCOM

20. Personal-Social

- . Responsable de sus acciones (bañarse, vestirse). ___ ___ ___
 - . Identifica su sexo (por medio de juegos). ___ ___ ___
 - . Se atiende a sí mismo por completo. ___ ___ ___
 - . Sólo en ocasiones requiere supervisión al -
vestirse o en la higiene. ___ ___ ___
- 1) Madre 2) Padre 3) Hermanos
- _____

21. Motor Fino-Adaptativo.

- . Hacer dibujos: como una persona con todas las partes principales. ___ ___ ___
 - . Se anuda los zapatos. ___ ___ ___
 - . Escribir letras y numeros. ___ ___ ___
 - . Escribe su nombre completo. ___ ___ ___
- 1) Familia 2) Maestra
- _____

22. Lenguaje.

- . Pronunciar y distinguir colores (4). _____
- . Repetir números (hasta 10). _____
- . Repetir oraciones bastante largas. _____
- . Identificar los nombres de: monedas usuales _____
días de la semana y meses. _____

- 1) Madre
- 2) Padre
- 3) Hermanos
- 4) Maestra
- 5) Televisión _____

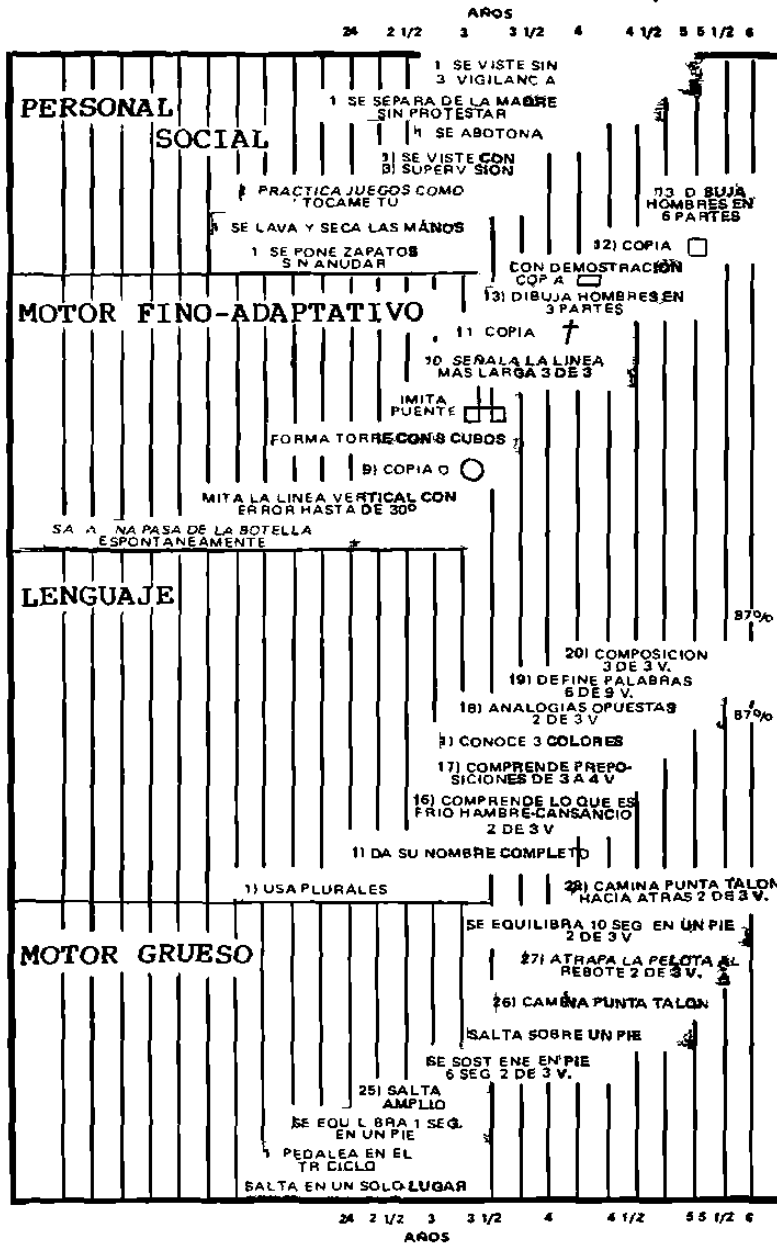
23. Motor Grueso.

- . A dar saltos amplios. _____
- . A saltar alternando un pie y luego otro. _____
- . Lanzar y atrapar pelotas satisfactoriamente. _____
- . Caminar hacia atrás. _____

- 1) Madre
- 2) Padre
- 3) Hermanos

PRUEBA DE DESARROLLO DE DENVER (PDD)

Pr = Prueba APROBABLE POR INFORME 25 50 75 90
 Semt = Satisfacción No. de PRUEBA (VER DORSO) PRUEBA NOMBRE =
 FECHA NAC =



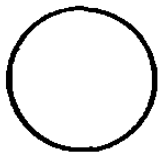
Diagnóstico Situacional del Desarrollo del Preescolar evaluado por Enfermería a través del Instrumento de Valoración Denver en las diferentes área del Desarrollo:

- | | | |
|----------------------|-----------------------|-------|
| 1. Desarrollo Normal | Personal Social | _____ |
| 2. Fallas | Motor Fino-Adaptativo | _____ |
| 3. Retrasos | Lenguaje | _____ |
| | Motor Grueso | _____ |

INSTRUCCIONES

Fecha
Nombre
Nacimiento

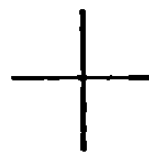
1. Se intenta conseguir una sonrisa del niño: riendo, hablándole, haciéndole señales, pero sin tocarlo.
2. Cuando el niño esté jugando con algo se le arrebató. Prueba positiva si resiste.
3. No es preciso que el niño sepa atarse los zapatos ni abrocharse botones en la espalda.
4. Muevase un cordel lentamente en arco de un lado a otro, a unos 15 cm por encima de la cara del niño. Positiva si sus ojos lo siguen desde 90° a la línea media (o hasta más allá de la línea media; o hasta 180°).
5. Positiva si el niño agarra un sonajero cuando con éste se le tocan las puntas de los dedos.
6. Positiva si el niño sigue mirando hacia donde estaba el cordel o intenta ver dónde fue. El cordel debe dejarse caer con rapidez de la mano del examinador, sin mover el brazo.
7. Positiva si el niño coge granos de uva con cualquier parte del pulgar y de otro dedo.
8. Positiva si el niño coge granos de uva con los extremos del pulgar y otro dedo, poniendo la mano encima del racimo.



9. Positiva cualquier figura cerrada. Negativa los movimientos circulares continuos.



10. ¿Qué línea es más larga? (No más grande.) Girar el papel de arriba abajo y repetir. (Positiva 3/3 ó 5/6.)



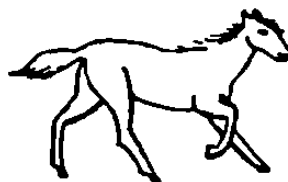
11. Positiva cualesquiera líneas que se crucen.

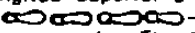



12. Primero que el niño lo copie. Si negativa, demostrar.

Cuando se administren las pruebas 9, 11 y 12 no se nombrarán las formas. No se demostrarán 9 y 11.

13. Cuando se puntúe, las partes simétricas cuentan como una (2 brazos ó 2 ojos sólo como una parte).
14. Señalar las figuras para que el niño las nombre. (Los simples sonidos son negativa.)



15. El examinador pide al niño: «Da la pieza a mamá; pon la pieza sobre la mesa; pon la pieza en el suelo» (Positiva 2 sobre 3.) Advertencia: El examinador no debe indicar nada ni con la cabeza ni con los ojos.
16. Preguntar: «¿Qué haces cuando tienes frío, hambre y cuando estás cansado?» (Positiva 2 sobre 3.)
17. El examinador pide al niño: «Pon la pieza sobre la mesa; debajo de la mesa; en la parte de delante de la silla; detrás de la silla». (Positiva 3 sobre 4.) Advertencia: El examinador no debe indicar nada ni con la cabeza ni con los ojos.
18. El examinador pide al niño: «El fuego es caliente; el hielo es ¿.....? Mamá es una mujer; papá es un ¿.....? Un caballo es grande; un ratón es ¿.....?» (Positiva 2 sobre 3.)
19. Pedir al niño que defina qué es: una pelota, un lago, un pupitre, una casa, un plátano, una cortina, un techo, una valla, un suelo. (Positiva si define, en cuanto al uso, forma, material o categoría general; p. ej., un plátano es una fruta, no simplemente amarillo.)
20. Pregúntese al niño de qué está hecha una cuchara, un zapato, una puerta. No son válidos otros objetos. (Positiva 3 sobre 3.)
21. Si se le pone en decúbito prono, el niño levanta el tórax encima de la mesa, apoyándose en sus manos, antebrazos o ambos.
22. Estando el niño en decúbito supino, tírese de sus manos hasta que quede sentado. Positiva si la cabeza no le cuelga atrás.
23. El niño puede apoyarse en la pared o pasamanos, no en una persona. No debe gatear.
24. El niño debe lanzar una pelota alta a 1 m de distancia, hacia el examinador.
25. Estando de pie, el niño saltará en longitud superior a la anchura de la hoja de examen (22 cm).
26. Pedir al niño que ande hacia delante , el talón a unos 2,5 cm de los dedos del pie posterior. El examinador puede hacer demostración. El niño debe dar cuatro pasos consecutivos. Positiva si realiza 2 sobre 3 intentos.
27. El examinador lanza la pelota al niño y éste debe agarrarla con las manos, no los brazos. Positiva 2 sobre 3 intentos.
28. Pedir al niño que ande hacia atrás , los dedos del pie a unos 2,5 cm del talón del pie anterior. El niño debe dar cuatro pasos consecutivos. Positiva, 2 sobre 3 intentos. El examinador puede hacer demostración.

DATOS Y OBSERVACIONES DE LA CONDUCTA

(La manera cómo el niño experimenta durante el examen, la relación con el examinador, la atención alcanzada, la conducta verbal, la confianza en sí mismo etc.).

APENDICE 2

FACULTAD DE ENFERMERIA DE LA U.A.N.L.

SECRETARIA DE POSTGRADO

INSTRUCTIVO

Objetivo: Facilitar la captación de información en la cédula de entrevista materna (CEM), así como la aplicación de la valoración de desarrollo Denver (PDD). (Misma que reforzará con demostración y devolución de procedimientos).

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1. Nombre. Aquí se anotará el nombre completo, apellido paterno y materno de la persona seleccionada para la aplicación de la encuesta.
2. Fecha de Nacimiento. Anote el día, mes y año.
3. Dirección Completa. Anote el nombre de la calle y número oficial asignado a la vivienda, colonia y sector.
4. Edad. En el espacio correspondiente anote la opción que corresponda al encuestado:
 - 1) 5 años.
 - 2) 5 a 6/12 m.
 - 3) 6 años.

Sexo

- 1) Maculino 2) Femenino

II. CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA

6. Tipo de Familia.
 - 1) Nuclear (completa por padre, madre e hijos).
 - 2) Extendida (Padre, Madre, hijos, otros familiares).
 - 3) Compuesta (Padre, Madre, hijos, otros familiares y amigos).
7. Número de Miembros. Enunciar el número total de miembros que conforman esa familia.
 - 1) 3 a 4
 - 2) 5 a 6
 - 3) 7 a 8
 - 4) 9 a mas

8. Estado Civil de los Padres. En el espacio correspondiente anote la opción correcta.
- 1) Soltero(a).
 - 2) Casados.
9. y 12. Edad de los Padres.
- 1) 20 a 24 años.
 - 2) 25 a 29 años.
 - 3) 30 a 34 años.
 - 4) 35 a 39 años.
 - 5) 40 a 44 años ó más.
10. y 13. Escolaridad. Anote la opción correspondiente tomando en cuenta el máximo ciclo escolar que completó el encuestado.
- 1) Analfabeta
 - 2) Primaria
 - 3) Secundaria o Técnica
 - 4) Profesional
11. Ocupación del Padre.
- 1) Empleado
 - 2) Obrero
 - 3) Comerciante
 - 4) Pensionado
14. Ocupación de la Madre.
- 1) Hogar
 - 2) Fuera del Hogar.
15. Número de hijos que conforman esta familia. Anotar en el espacio correspondiente la opción que corresponde al encuestado.
- 1) 1 a 2
 - 2) 3 a 4
 - 3) 5 a más.
16. Aparte del niño que se está encuestando, cuántos son:
- a) Mayores de edad
- 1) 1 a 2
 - 2) 3 a 4
 - 3) No aplica.
- b) Menores de Edad
- 1) 1 a 2
 - 2) No aplica.

III. CARACTERISTICAS ESPECIFICAS DEL DESARROLLO DEL PREESCOLAR IDENTIFICADAS POR LA MADRE

17. Identificados por la Madre. Interrogue a la madre sobre las actividades diarias que realiza el niño más frecuentemente, y a su vez ubicarlos en el área de desarrollo (Se señalarán cuatro respuesta).

Personal Social	1. Si	2. No
Motor fino-adaptativo.	1. Si	2. No
Lenguaje	1. Si	2. No
Motor grueso	1. Si	2. No

18. Problemas en el Desarrollo. Es necesario conversar con la madre con el fin de detectar dificultades en las actividades diarias que realiza el niño, y a su vez ubicarlas en el área de desarrollo. (Se señalarán cuatro respuestas).

Personal Social	1. Si	2. No
Motor fino-adaptativo.	1. Si	2. No
Lenguaje	1. Si	2. No
Motor grueso	1. Si	2. No

19. Observaciones. Sobre el desarrollo del niño.

- 1) Eneuresis.
- 2) Tartamudeo.
- 3) Cambio del orden de letras.
- 4) Tímido.
- 5) Agresivo.
- 6) No aplica.

IV. PARTICIPACION FAMILIAR EN EL DESARROLLO DEL NIÑO DE 5 A 6 AÑOS.

En este apartado es necesario conversar con la madre, el encuestador expone la pregunta para detectar la participación: familiar, social o medios de comunicación (T.V.). Se harán cuatro preguntas por cada una de las áreas del desarrollo y se anotará en el espacio correspondiente la opción que refiera la madre.

20. Personal-Social

- 1) Madre
- 2) Padre
- 3) Hermanos

21. Motor Fino-Adaptativo.

- 1) Familia
- 2) Maestra

22. Lenguaje
1) Madre
2) Padre
3) Hermanos
4) Maestra
5) Televisión

23. Motor Grueso
1) Madre
2) Padre
3) Hermanos

V. PRUEBA DE DESARROLLO DENVER.

Se hará una descripción de los pasos a seguir para la realización de la valoración del desarrollo en el preescolar.

24. Se valoran los siguientes campos: Personal-social, motor fino-adaptativo, lenguaje y motor grueso. Se revisarán los logros y fracasos del niños al realizar la valoración de Denver.

Los fracasos en el desarrollo del niño pueden ser por:

- a) Falta de voluntad en el niño para valerse de sus habilidades:
a.1 Factores temporales: miedo, separación de los padres, enfermedad, hospitalización, fatiga, etc.
a.2 Desgano general para hacer la mayor parte de las cosas que se le piden.

b) Inhabilidad para ejecutar la prueba por:
b.1 Retraso general.
b.2 Factores neurológicos (sordera).
b.3 Características familiares de desarrollo lento, en una o más áreas.

Pasos para la ejecución del exámen.

- 24.1 Llenar la ficha de identificación en la hoja de examen.
24.2 En la parte superior e inferior de la hoja, aparecen las edades expresadas en meses o años; según la edad del niño se trazará una línea vertical que atravieza las cuatro áreas a valorar.
24.3 Las actividades que debe realizar el niño son todas aquellas que aparecen en los cuadros por las cuales atraviesa la línea vertical.
24.4 Todas las actividades que debe realizar el niño que

atraviezan el espacio sombreado significa que el niño las debe dominar para su edad.

Si la línea atravieza recuadros que aparecen sin sombrear significa que no necesariamente el niño para su edad los debe dominar, esto quiere decir que el niño todavía tiene oportunidad de poder realizar la actividad con estimulación temprana.

24.5 Cuando se presente el caso, que el niño rechaze todas las preguntas que plantea el examinador, se sugiere que lo realice el familiar, una vez que el examinador le ha explicado como realizarlo.

24.6 Anotar la manera en que el niño se comporta durante el examen, tiempo de atención, la confianza en sí mismo, la forma en que se comporta con su madre; examinador y con los objetos que se usan para el examen.

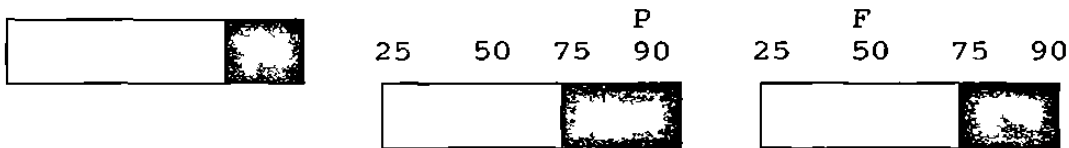
24.7 Preguntar al familiar, si la respuesta del niño es característica de un comportamiento normal.

24.8 Si el niño realiza con éxito una actividad se escribe una letra "p" (pasó). Si fracasa en la actividad se escribe una letra "f" (falló).
Las iniciales se colocan por encima del recuadro que corresponde.

24.9 Si es necesario volver a examinar al niño de la misma manera, se utilizará un lápiz de color diferente para las correcciones.

24. Interpretación del examen:
El siguiente esquema significa el porcentaje de la actividad que domina el niño.

25% 50% 75% 90%



24. La presencia de dos fallas o más en espacios sombreados en una misma área significa retraso.

. El paso a seguir es orientar al familiar sobre las fallas para que sea estimulado en su casa y posteriormente se hará una nueva valoración del desarrollo a los tres meses.

VI. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

25. Diagnóstico del instrumento (Prueba de Desarrollo de Denver) aplicado por enfermería se realizará una evaluación del desarrollo del preescolar en las siguientes áreas: personal-social, motor fino-adaptativo, lenguaje, motor grueso.

- 1) Desarrollo normal.
- 2) Fallas.
- 3) Retraso.

