

**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA**  
Escuela de Salud Pública de México

## **PROYECTO TERMINAL PROFESIONAL**

**“EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LINEAMIENTOS TÉCNICOS DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL PROGRAMA PROCEDES-OPORTUNIDADES VALLES CENTRALES, OAXACA”.**

Para obtener el diploma de:

**Especialización de enfermería en salud pública**

**Candidata:**

L. E. Susana Carrasco Martínez

**Comité de tesis:**

Director: L. P. Dinorah Hernández Flores

Asesora: Dra. Jasibe García Rojas

Asesora: M. S. P. Eugenia Ruiz Dávila

**Diciembre- 2012**

## Agradecimientos

A mis hijos Miranda, Emilio y Aldo.

A mi esposo Joel por su paciencia.

A mis padres.

A mis hermanos Yolanda y Mario por su apoyo y el gran amor que siempre nos tendremos

## ÍNDICE

<b>Capítulos</b>	<b>Pág.</b>
I. Introducción	5
II. Antecedentes	7
III. Justificación	11
IV. Planteamiento del Problema	12
V. Objetivos	13
VI. Marco Teórico	14
VII. Marco de Referencia	22
II.1 Ubicación Geográfica	22
II.2 División Política y Sanitaria	22
II.3 Factores Condicionantes	22
II.4 Datos Sociodemográficos	23
II.5 Datos Económicos	23
II.6 Morbilidad y Mortalidad	23
II.7 Respuesta Social Organizada	23
VIII. Metodología	25
VIII.1 Diseño de Estudio	25
VIII.2 Universo	25
VIII.3 Criterios de Selección	25
VIII.4 Variables	25
VIII.5 Operacionalización de variables	26
VIII.6 Instrumento de recolección de información	27
VIII.6 Plan de análisis	28
VIII.7 Limitaciones	28
VIII.8 Aspectos éticos.	28
IX. Resultados	29

X. Conclusiones	44
XI. Recomendaciones	45
XII. Bibliografía	46
Anexos	48

## I. INTRODUCCIÓN.

Al ser el personal de enfermería parte del equipo de salud que proporciona Estimulación Temprana en niños menores de 2 años y ser este el que promueve el desarrollo cerebral y la conectividad neuronal, se le ha propuesto como un procedimiento de utilidad para el desarrollo del niño(a) al recibir estímulos del ambiente que les permitirá recoger experiencias nuevas y diferentes, aprenderán mejor y se desarrollará su facultad de aprender incluso el bebé más pequeño aprende a aprender. Considerando que la Estimulación Temprana es el conjunto de acciones dirigidas a promover las capacidades físicas, mentales y sociales del niño, a prevenir el retardo en el desarrollo psicomotor, a diagnosticar, tratar, rehabilitar y al mejoramiento del desarrollo de las potencialidades individuales, en caso de que se detecte que un niño presenta retraso en su desarrollo, se realizarán actividades de estimulación para llevarlo al nivel correspondiente para su edad cronológica.<sup>1</sup> La importancia que tiene la labor de enfermería como integrante del equipo de salud del programa de estimulación temprana, como vínculo entre las niñas y niños menores de 2 años, familia y comunidad, propicia las buenas relaciones de afecto, amor atención y orientación, donde se establecerán patrones de confianza, permitiéndoles tener oportunidades de actuar por sí mismos.<sup>2</sup> En el programa PROCEDES (Programa de calidad, equidad y desarrollo en salud) antes PAC (Programa de ampliación de cobertura.) se encuentra la estrategia del Paquete Esencial en Salud: Vigilancia Nutricional y crecimiento Infantil y es ahí donde se brinda estimulación temprana a los niños menores de 2 años. El PROCEDES es un programa de financiamiento estratégico para la equidad con calidad y desarrollo dentro de un marco de innovación en salud. Otorga servicios de salud a localidades de alta marginalidad y de difícil acceso de nuestro estado y constituye uno de los logros más importantes de la Administración Pública Federal, a tal grado que ha dejado una huella imborrable que va a perdurar en la historia de la Salud Pública de Oaxaca.

Por lo anterior, el presente trabajo tiene como objetivo identificar el nivel de competencia cognitiva que posee el personal de enfermería, adscrito al programa Procedes-Oportunidades de la Jurisdicción Sanitaria no. 1 Valles Centrales sobre

Estimulación Temprana en niños menores de dos años, está conformado en tres partes la primera incluye el marco teórico conceptual la segunda el diseño metodológico y la tercera resultados y conclusiones.

## II. ANTECEDENTES

El programa de Ampliación de Cobertura (PAC) dio inicio en 1996 dirigido a población rural que presentaba índices elevados de marginación y carencia de acceso regular a los servicios de Salud, con la finalidad de aumentar la cobertura integral para mejorar las condiciones de salud, y aprovechando las fortalezas del esquema de operación de la Estrategia de Extensión de Cobertura con las modalidades de Ampliación Geográfica que amplía la red de servicios y que la fortalece, iniciándose, en 216 municipios y 1,116 localidades, en las 6 Jurisdicciones sanitarias del Estado. Las mujeres, las niñas y los niños fueron los mayores beneficiarios del Programa de Ampliación de Servicios (PAS).<sup>3</sup> El 99% de las niñas y los niños menores de cinco años, seleccionados por el programa, reciben un paquete completo de vacunación. Asimismo, el PAC ayudó a reducir las enfermedades infantiles y prevenir la mortalidad (por ejemplo, no se reportaron casos de rubéola y poliomelitis durante los últimos años). El énfasis puesto sobre la atención prenatal, nacimientos, posparto y cuidados a recién nacidos, permitió una reducción del riesgo de muerte materna.<sup>4</sup> En 1997 surgió el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), destinado a mejorar de manera integral las condiciones de bienestar social de las familias con los mayores índices de marginación en el país, opera bajo el mismo esquema del programa de Ampliación de Cobertura. En marzo del 2002 el programa cambio de denominación a programa de Desarrollo Humano Oportunidades, PDHO y se reorientó.<sup>5</sup>

Los servicios que integran el Paquete Básico son 13 a nivel nacional y en el estado de Oaxaca se le anexaron 3 dando un total de 16 los cuales son: I. Saneamiento Básico a nivel familiar. II. Planificación familiar. III. Atención prenatal, del parto, puerperio, y del recién nacido. IV Vigilancia de la nutrición y el crecimiento infantil. V. Inmunizaciones. VI. Manejo de casos de diarrea en el hogar. VII: Tratamiento antiparasitario a las familias. VIII. Manejo de infecciones respiratorias agudas. IX: Prevención y control de la tuberculosis pulmonar. X. Prevención y control de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. X.

Prevención y control de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. XI. Prevención de accidentes y manejo de inicial de lesiones. XII. Capacitación comunitaria para el autocuidado de la salud. XIII. Prevención y detección del cáncer cérvico-uterino. XIV. Prevención y control de Dengue. XV. Prevención y control del paludismo. XVI. Prevención y control del cólera. Dentro de la IV acción que es Vigilancia de la nutrición y el crecimiento infantil se vigila también el desarrollo infantil por lo que se coadyuvan las actividades con los diferentes programas en la atención la niñez y uno de ellos es la estimulación temprana.<sup>6</sup>

El término de estimulación temprana aparece reflejado en sus inicios básicamente en el documento de la Declaración de los Derechos del Niño, en 1959, enfocado como una forma especializada de atención a los niños y niñas que nacen en condiciones de alto riesgo biológico y social, y en el que se privilegia a aquellos que provienen de familias marginales, carenciadas o necesitadas. Es decir, como una forma de estimulación a los niños y niñas discapacitados, disminuidos o minusválido.<sup>7</sup>

En la década de los 70's se diversificaron las aplicaciones de programas de Estimulación Temprana, muchos de ellos enfocados a los neonatos de alto riesgo egresados de la Unidades de Cuidados Intensivos (UCIN).

Castel F. y cols. (1980) , ubican los antecedentes de la Intervención Temprana en el "Child Guidance Movement", que se desarrolla en los Estados Unidos de Norteamérica en los años 20 para tratar al niño en quien se manifiesta un problema, a la familia, a la escuela y demás factores implicados. " Los primeros modelos de Intervención Temprana, se ensayan en orfanatorios que sintetiza los tipos de de privación: desde la familiar, física, afectiva, social, cognitiva. <sup>8</sup>

El Programa de Atención a la Salud de la Infancia en 1997 declara como la primera de 10 acciones básicas la vigilancia del crecimiento y del desarrollo así como la evaluación y estimulación del desarrollo psicomotor en el niño. A partir del año 2000 inicia la unificación y promoción de todas las acciones políticas y socioeconómicas pertinentes para un buen logro de estas acciones .<sup>9</sup>

Las acciones del Programa de Atención a la Salud de la Infancia, se dividen en recién nacido, lactante, preescolar (menores de cinco años,) y escolar (cinco a nueve años). En México estos grupos de edad representan el 25% del total de la población (Plan de Acción para la Infancia 2001), lo que significa un porcentaje importante de población que se integrará en el futuro a la adultez productiva.

En México son pocos los centros que cuentan con algún programa de Estimulación Temprana para niños sanos y no todos cuentan con el espacio ni los recursos, tanto humanos como materiales, para realizarlo eficientemente. Sin embargo existen programas bien estructurados, como es el caso del Programa de Estimulación Temprana que se imparte en el Hospital General en la Ciudad de Cuautla, Morelos, donde se inicio con la llamada técnica “Canguro”, para niños de pretérmino. Otro caso, es el del Hospital Río Blanco Veracruz, donde se ha organizado un programa de Estimulación Temprana para llevarlo a cabo en el primer nivel de atención, en el que se han reportado resultados benéficos. <sup>2</sup>

En la Ciudad de Oaxaca se ubica el Centro de Salud Urbano No. 1. “Dr. Manuel Martínez Soto” de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 “Valles Centrales” de los Servicios de Salud el cual cuenta con un espacio habilitado con material y personal médico y de enfermería capacitado para brindar atención de Estimulación Temprana a las niñas y niños.

Ramírez-Salazar y Parra-Domínguez realizaron un estudio en niños menores de 2 años para evaluar la diferencia en el nivel de desarrollo y los cambios en dos grupos de niños, aplicando al grupo experimental estimulación temprana de acuerdo a la edad y necesidades de los niños. En un comienzo los resultados son similares entre los grupos, pero durante el transcurso del programa se hizo notoria la diferencia entre ambos, rumbo al primer mes, se comenzaron a manifestar los cambios, durante el segundo mes se observó una mejoría en los niños que no recibieron intervención y al tercer mes fue clara la diferencia y desarrollo positivo en comparación con el grupo control. <sup>10</sup>

Macías Núñez Josefina y cols., en Culiacán Sinaloa, Agosto del 2001 realizaron un estudio sobre “La enfermera y la Estimulación Temprana del RN de alto riesgo y prematuros”. Llegando a las siguientes conclusiones:

“La enfermera no proporciona la Estimulación temprana en el recién nacido en forma completa y permanente, solo realiza en la parte táctil y auditiva, quedando ésta inconclusa. Esto se debe, según nuestro punto de vista, al instinto maternal que poseemos las mujeres y que nos lleva a cuidar a los niños en forma natural, no a un conocimiento científico, sistemático, sobre las actividades de la Estimulación Temprana.”

“Los obstáculos más importantes para que no se lleve la Estimulación Temprana en forma adecuada son la falta de conocimiento de la enfermera, de los lineamientos de ésta, el exceso de trabajo y la falta de sensibilidad por parte del personal.”

“Desde antes del nacimiento, el neonato ya percibe algunos estímulos del medio ambiente externo y cuenta con alguna capacidad para organizarse, al momento del nacimiento del niño, la enfermera y la familia deben estimular estas condiciones innatas y ayudarlo a tener un desarrollo psicomotor óptimo, estableciendo una relación interpersonal con quienes lo rodean.<sup>11</sup>

Pando Moreno y Aranda Beltrán, realizaron un estudio de estimulación temprana en niños menores de 4 años de familias marginadas, sus resultados fueron: En promedio, antes de iniciar la “estimulación temprana” el desarrollo del grupo experimental era superior al del grupo control, pero la diferencia fue aún de mayor significación al concluir el estudio.<sup>12</sup>

### III. JUSTIFICACIÓN

Dentro de las actividades consideradas por el programa de Acción de atención a la Salud de la Infancia, se encuentra la vigilancia del crecimiento y desarrollo, vinculada al fomento de la estimulación temprana, para el grupo de menores de dos años de edad. Es por ello que, conjuntamente con el Programa de Acción “Arranque Parejo en la Vida”, se ha considerado indispensable que las niñas y los niños tengan igualdad de oportunidades desde su nacimiento y puedan desarrollar todo su potencial desde los primeros años de la vida. El contar con programas y tener los conocimientos de estimulación temprana lleva al personal de enfermería a tener más contacto con las niñas y los niños sanos de 0 a 2 años y con los responsables de sus cuidados, así como detectar oportunamente alguna anomalía grave y dedicarle el tiempo necesario para dar las indicaciones de estimulación temprana, ofreciendo la atención de enfermería correcta y con seguridad brinda la oportunidad de superar las alteraciones identificadas en las niñas y los niños.

Por esta razón se considera la importancia de incluir en toda consulta del niño sano de 0 a 2 años de edad, la evaluación del desarrollo psicomotor grueso y fino, social y de lenguaje, para poder detectar cualquier alteración y dar una habilitación o rehabilitación oportuna. Los efectos benéficos de la Estimulación Temprana en el desarrollo infantil son indiscutibles, ya que se fortalecen los cinco sentidos, percepción, desarrollo de las funciones mentales como la imaginación lo cual eleva en el niño su confianza, seguridad y autonomía.

En la Jurisdicción Sanitaria No, 1 se ha implementado el programa por estos beneficios, en la actualidad hay poca difusión y casi nulos registros de estas actividades, así como no se han encontrado registros de evaluación de competencias cognitivas al personal de enfermería. Procedes Oportunidades por lo cual se propone realizar la presente investigación de acuerdo a los manuales de operación del programa vigente.

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En el Programa Procedes-Oportunidades de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 actualmente hay poca o nula difusión de los beneficios de la Estimulación Temprana en niños menores de 2 años y no se cuenta con formatos para el registro de estas actividades; la última capacitación recibida sobre los lineamientos de estimulación temprana fue en el año 2005 y para que esta se pueda brindar con la calidad y la oportunidad necesaria, es importante que el personal de enfermería cuente con los conocimientos adecuados, para que a su vez pueda sensibilizar y orientar adecuadamente a los padres o responsables del cuidado de los niños y al personal comunitario, ya que la falta de conocimientos impactaría en el desarrollo psicomotriz de las cuatro áreas de desarrollo en los menores de 2 años, por lo tanto el conocer o identificar el nivel de conocimientos que posee el personal de enfermería nos permitirá establecer estrategias para mejorar la calidad en la orientación y las acciones que se llevan a cabo en la atención integral del niño menor de 2 años; es por ello que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre lineamientos técnicos de la estimulación temprana en el Programa Procedes-Oportunidades de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 “Valles Centrales”?

## V. OBJETIVOS

### **Objetivo general.**

- Identificar el nivel de conocimientos sobre Lineamientos Técnicos de Estimulación Temprana del niño menor de 2 años que posee el personal de enfermería, adscrito al programa Procedes-Oportunidades de la Jurisdicción Sanitaria no. 1 Valles Centrales

### **Objetivos específicos**

- Describir las características socio demográficas del personal de enfermería en estudio.
- 
- Determinar el nivel de conocimientos del lineamiento de estimulación temprana del niño menor de 2 años de acuerdo al perfil académico del personal de enfermería.
- Describir el nivel de conocimientos sobre lineamientos técnicos de estimulación temprana del niño menor de 2 años, de acuerdo a la antigüedad y la función que desempeña el personal.

## VI. MARCO TEORICO

### Conocimiento

Según Ávila, el conocimiento es un proceso psíquico que consiste en aprender una cosa, una propiedad, un hecho en general; en donde el conocimiento es el reflejo activo orientado de la realidad objetiva y de las leyes en el cerebro humano. “La fuente del conocimiento lo constituye la realidad que circunda al hombre y que actúa sobre él y la acumulación de información basada en hechos, poseído por un individuo. Existe dos tipos de clasificación del conocimiento; el conocimiento científico es aquel que se obtiene de un modo ordenado, sistemático y que es producto de la ciencia y el conocimiento empírico que es obtenido como producto de la experiencia, sin intervención de la ciencia (puede o no puede tener sustento)”

### Teoría del conocimiento

Teoría, en griego, significa “contemplación”. A lo largo de la historia se ha entendido este término de dos formas distintas:

- a) En Grecia (Aristóteles y el Medievo como “contemplación” en oposición y complementariedad con “praxis” y “poiesis”. Esta concepción presupone.
  - Que la actitud teórica es pasiva, y la teoría es un reflejo fiel de lo teorizado.
  - Que lo teorizado se presenta en forma de organización acabada (cosmos)
  - Que esta organización acabada es acorde con la capacidad teorizante.
- b) En el mundo moderno y sobre todo en el pensamiento actual se entiende por teoría una construcción intelectual que resulta del trabajo filosófico y o científico. De ahí que aquellos presupuestos cambien de signo:
  - La actitud teórica es activa y la teoría es el resultado de una actividad compleja del hombre.
  - Lo teorizado, el mundo, se nos presenta en un cierto desorden, problemático y hay que “ponerlo en orden”

- Este orden alcanzado, la teoría, puede no tener un carácter terminado, cumplido, puede ser siempre sólo una “conjetura”.

“La teoría del conocimiento” llamada también “Epistemología” (de la palabra griega “epistema” que significa conocimiento, o “gnoseología” (del término griego “gnosis” que significa también conocimiento. En dichas épocas del pensamiento filosófico, el problema de la teoría del conocimiento está inserte en los textos referente a los problemas ontológicos y psicológicos.

En la edad moderna, la teoría del conocimiento aparece como disciplina autónoma. Como fundador de ella podemos indicar a J Locke (1632-1704), con su obra “Ensayo sobre el entendimiento humano” aparecida en 1690; en ella Locke habla de la esencia y la certeza del conocimiento humano. Leibniz (1646- 1716), refuta la doctrina de Locke en su obra “Nuevos ensayos sobre el entendimiento humano”, obra póstuma aparecida en 1765. En Inglaterra prosigue la investigación acerca del conocimiento humano, Berkeley (1685-1753), con su obra “Tratado de los principios del conocimiento humano” aparecida en 1710.

La teoría del conocimiento es una doctrina filosófica. Para precisar su ubicación en el todo que es la filosofía, es necesario que antes aparezca una definición esencial de esta.

En todo conocimiento podemos distinguir cuatro elementos:

1. El sujeto que conoce.
2. El objeto conocido.
3. La operación misma de conocer.
4. El resultado obtenido que es la información recabada acerca del objeto.

Dicho de otra manera: el sujeto se pone en contacto con el objeto y obtiene una información acerca del mismo. Cuando existe congruencia o adecuación entre el objeto y la representación interna correspondiente, decimos que estamos en posesión de una verdad.<sup>13</sup>

## Estimulación temprana

Los estímulos son aquellos impactos que producen una reacción sobre el ser humano, es decir, una influencia sobre alguna función; estos pueden ser de distinta índole, tanto internos como externos, físicos como afectivos: la caricia, el ruido, el silencio, el dolor, la lluvia, el sol, la risa, la voz, todos los objetos y los seres vivos. Un mundo sin estímulos sería imposible. <sup>1</sup>

La estimulación temprana es el conjunto de acciones dirigidas a promover las capacidades físicas, mentales y sociales del niño a prevenir el retardo en el desarrollo psicomotor, a curar, rehabilitar y al mejor desarrollo de las psicomotor, a curar, rehabilitar y al mejor desarrollo de las potencialidades individuales, en caso de que se detecte que un niño presenta retraso en su desarrollo, se estimulará para llevarlo al nivel correspondiente para su edad cronológica.

La mayor parte del desarrollo cerebral ocurre antes de que el niño cumpla 2 años y es en ese pequeño lapso cuando los niños adquieren la capacidad de pensar, hablar, aprender y razonar, además se forman fundamentos de los comportamientos sociales que los marcan durante toda la vida adulta, es claro que mientras la estimulación temprana sea oportuna y temprana tendrá un impacto positivo en el crecimiento y desarrollo del niño. Durante los primeros años de vida, los factores ambientales adquieren una gran importancia. Si son adecuados, el sistema nervioso se desarrollará en mejores condiciones.

Los efectos benéficos de la Estimulación Temprana en el desarrollo infantil son indiscutibles, una persona que está bien desarrollada física, mental social y emocionalmente, porque fue estimulado desde pequeña, tendrá mejores oportunidades que una persona que no fue estimulada, ya que también se han investigado los efectos indeseables, cuando ha sido suprimida la estimulación sensorial adecuada. <sup>2</sup>

Otro de los beneficios que se obtienen a través de estimulación temprana, es el desarrollo y la fortaleza de los cinco sentidos y la percepción. Favorece también el desarrollo de las funciones mentales superiores como son la memoria, la

imaginación, la atención así como también el desarrollo del lenguaje. A nivel adaptativo, desarrolla en el niño confianza, seguridad y autonomía.

Emocionalmente la estimulación temprana permite incrementar la relación afectiva y positiva entre los padres y la niña o niño. Por esta razón es importante que el personal de salud establezca una relación cálida con los padres y la niña o niño para así transmitirles que éste no aprenderá sólo con los ejercicios sino con el contacto físico y la relación afectiva que establezcan con él; asimismo deberá recordarles que aprovechen los momentos de la alimentación, el baño y el momento del cambio de pañal y ropa para estimular al bebé.

La estimulación temprana es un componente más de la atención integrada, entendida como el conjunto de acciones que el personal de salud proporciona a la niña o niño menor de dos años, en cada asistencia a una unidad de salud, independientemente del motivo de consulta. Es importante aplicar la estimulación temprana antes de los dos años pues ésta es la etapa en la cual el desarrollo cerebral tiene la mayor velocidad de crecimiento.

Para que la estimulación temprana se pueda brindar con la cantidad, la calidad y la oportunidad necesaria, es conveniente que previo a la definición del plan de ejercicios, se realice la evaluación del desarrollo del menor de dos años para que dicho plan se acorde con la etapa que se encuentre y así no estimar en exceso o fuera de tiempo, lo cual podría ser nocivo para el desarrollo de la niña o niño.

Dentro de los objetivos específicos del personal de salud para la operación están:

- Identifiquen y utilicen los instrumentos para evaluar el desarrollo normal del niño sano de 0 a 2 años de edad.
- Detecten retrasos en el desarrollo infantil para prevenir posibles trastornos, refiriéndose adecuadamente siguiendo el diagrama de flujo del Sector Salud

**Las actividades de enfermería dentro del Programa de Estimulación Temprana son:**

- Contribuir a las acciones de evaluación del desarrollo, conjuntamente con el médico.
- Realizar y vigilar la aplicación de las actividades de Estimulación Temprana directamente con los padres o cuidadores del niño, mensualmente antes del año de edad y trimestralmente de los 12 meses a los 24 meses de edad, sin dejar en ningún momento de estimular a los padres sobre los logros obtenidos y los próximos por alcanzar.
- Contribuir a los talleres de orientación de las técnicas dentro de las actividades de la vida diaria.
- Realizar medidas de vigilancia de las actividades de Estimulación Temprana individual y grupal.
- Fomentar la reflexión sobre las técnicas que las mismas familias emplean para favorecer el crecimiento y desarrollo de sus hijos, con el fin de reforzar las actividades que hayan sido exitosa y sugerir otras en base a las costumbres y culturas locales

Es necesario dejar al niño tocar, manipular e incluso llevarse a la boca lo que ve, permitir que explore pero sin dejar de establecer límites frente a posibles riesgos. <sup>14</sup>

En la práctica de Estimulación temprana se evalúan a los niños y las niñas en cuatro áreas.

#### AREA MOTOR FINO.

Le permitirá al niño comprender, relacionar, adaptarse a nuevas situaciones, haciendo uso del pensamiento y la interacción directa con los objetos y el mundo que lo rodea. Para desarrollar esta área el niño necesita de experiencias, así el niño podrá desarrollar sus niveles de pensamiento, su capacidad de razonar, poner atención, seguir instrucciones y reaccionar de forma rápida ante diversas situaciones.

#### ÁREA MOTRIZ.

Esta área está relacionada con la habilidad para moverse y desplazarse, permitiéndole al niño tener contacto con el mundo. También comprende la coordinación entre lo que se ve y lo que se toca, lo que lo hace capaz de tomar los objetos con los deseos, pintar, dibujar, hacer nudos, etc. Para desarrollar esta área es necesario dejar al niño tocar, manipular e incluso llevarse a la boca lo que ve, permitir que explore pero sin dejar de establecer límites frente a posibles riesgos.

#### ÁREA DE LENGUAJE:

Está referida a las habilidades que le permitirán al niño comunicarse con su entorno y abarca tres aspectos: La capacidad comprensiva, expresiva y gestual. La capacidad comprensiva se desarrolla desde el nacimiento ya que el niño podrá entender ciertas palabras mucho antes de que puede pronunciar un vocablo con sentido; por esta razón es importante hablarle constantemente, de manera articulada relacionándolo con cada actividad que realice o para designar un objeto que manipule, de esta manera el niño reconocerá los sonidos o palabras que escuche asociándolos y dándoles un significado para luego imitarlos.

#### ÁREA SOCIAL.

Esta área incluye las experiencias afectivas y la socialización del niño, que le permitirá sentirse querido y seguro, capaz de relacionarse con otros de acuerdo a normas comunes.<sup>2</sup>

Para el adecuado desarrollo de esta área es primordial la participación de los padres o cuidadores como primeros generadores de vínculos afectivos, es le al referencia o ejemplo pues aprenderán cómo comportarse frente a otros, cómo relacionarse, en conclusión, cómo ser persona en una sociedad determinada. Los valores de la familia, el afecto y las reglas de la sociedad le permitirán al niño, poco a poco, dominar su propia conducta, expresar sus sentimientos y ser una persona independiente y autónoma.

Para la evaluación rápida del Desarrollo en niños menores de 2 años existe una **Guía Técnica para la evaluación Rápida del Desarrollo**, la cual se aplica por el personal de salud previamente capacitado en su manejo. Con ella se exploran las cuatro áreas básicas del desarrollo: motor fino, motor grueso, social y lenguaje. Asimismo, la guía permite evaluar si el niño(a) tiene un desarrollo normal (verde) si tiene falta de desarrollo en alguna área específica (amarillo) o si la falta de desarrollo es grave (rojo). Esta guía permite la evaluación del desarrollo de la niña o niño, por cada mes de edad, hasta los 12 meses, ya que en esta primera etapa los cambios son muy relevantes y, por trimestre, de los 13 a los 23 meses de edad. Idealmente se recomienda que el seguimiento sea mensual, ya que es conveniente que las actividades de estimulación temprana sean secuenciadas.

La evaluación se inicia de acuerdo a la edad cronológica del menor y si alguna de las conductas no puede realizarlas, se evalúan las que hacen referencia al mes próximo anterior, ya que el desarrollo no forzosamente va de acuerdo con la edad cronológica, el personal de salud debe tener una actitud flexible y adaptable al niño(a).

#### ACTIVIDADES DE ESTIMULACION TEMPRANA.

Un elemento fundamental dentro de la Estimulación temprana es proporcionar al niño(a) las actividades que le permitan satisfacer su iniciativa, curiosidad, y desarrollo integral, adecuados a su entorno familiar. El personal de enfermería debe capacitar a los padres o tutores y/o grupos de estimulación temprana para realizar estas actividades en el hogar con las siguientes sugerencias:

- Que las actividades se realicen diariamente o por lo menos tres veces a la semana
- Preferentemente deben participar ambos padres.
- No se deben realizar ejercicios después de ingerir alimentos.
- En caso de que el niño no quiera realizar la actividad, no forzar la situación
- Acompañar las actividades con canciones, rimas y juegos.
- Festejar los logros.

### **Es importante recordar que:**

La aplicación de la estimulación temprana debe ser oportuna y afectiva, de acuerdo con la edad cronológica y el desarrollo previsto para dicha edad, considerando la individualidad y particularidad de cada niña o niño.

- El desarrollo es continuo, dinámico, armónico e integral. Las diferentes etapas y áreas del desarrollo son divisiones un tanto arbitrarias, donde se señala lo más característico de éstas, para facilitar las técnicas de estimulación.
- La cantidad y tipo de estímulos deben estar estrechamente relacionados con las capacidades e intereses de niño(a).
- Los momentos cotidianos del niño son ideales para estimularlo (el baño, la comida, etc.) y favorecen la interacción afectiva. <sup>1</sup>

## VII. MARCO DE REFERENCIA

### VII.1 Ubicación Geográfica.

El Programa Procedes- Oportunidades opera dentro de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 de “Valles Centrales”, la cual forma parte de seis Jurisdicciones de los Servicios de Salud de Oaxaca.

### VII.2. División política y sanitaria.

El programa PROCEDES-OPORTUNIDADES tiene un universo jurisdiccional de 12 distritos, 192 municipios y 3112 localidades por su extensión geográfica que atiende es la más grande de las seis Jurisdicciones en el estado.

El programa brinda atención médica a 225,076 habitantes de los cuales 2019 son niños menores de 2 años a través de 17 Equipos de Salud Intinerantes conformado por 17 médicos, 17 enfermeras 17 promotores de salud y 81 responsables de modulo.

### VII.3. Factores condicionantes.

La localidades que atiende el programa PROCEDES-OPORTUNIDADES son de difícil acceso, alta marginación, con población en pobreza extrema, indígena y monolingüe.

Factores de riesgo para el desarrollo.

ASPECTOS SOCIOECONOMICOS	RIESGO PERINATAL	CRECIMIENTO
<ul style="list-style-type: none"><li>• Vivienda</li><li>• Tipo de familia</li><li>• Ingreso familiar</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermedad materna</li><li>• Complicaciones</li></ul>	Peso/talla } Evalúan el Peso/edad } el estado Nutricional.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escolaridad de la madre.</li> <li>• Orfandad o estado de abandono social</li> </ul>	<p>durante el embarazo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Complicaciones en el parto.</li> <li>• Prematurez.</li> <li>• Peso al nacer</li> <li>• Apgar</li> <li>• Atención del parto por personal no calificado.</li> </ul>	
--	---	--

#### VII.4.- Datos socio demográficos.

El universo del programa PROCEDES-OPORTUNIDADES de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 es de 225,076 de los cuales 2019 son niños menores de 2 años de acuerdo al registro del formato de distribución de riesgo julio 2011. Comprende 100 municipios con 651 localidades con 515 casas de salud con 654 auxiliares de salud.

#### VII.- 5. Datos económicos.

La principal economía de las localidades se basa en la agricultura, ganadería, elaboración de artesanías explotación forestal, carpintería, albañilería.

#### VII.- 6. Morbilidad y mortalidad.

##### Morbilidad.

Las principales causas de morbilidad registradas en el año 2010 en la Jurisdicción Sanitaria No. 1. Son en forma descendente: Infecciones respiratorias agudas (188,396), Infecciones Intestinales por otros organismos y las mal definidas (42,539), Infecciones de vías urinarias (15,100), Conjuntivitis (7,395) Ulceras, gastritis duodenitis (7,130), Otitis media aguda (6,352). Gingivitis y enfermedad

periodontal (5,730), Amebiasis Intestinal (4,899).Hipertensión arterial (2,646) y Faringitis y amigdalitis (2,469).

#### Mortalidad.

Dentro de las primeras causas de morbilidad registradas durante el año 2010 en la Jurisdicción Sanitaria No1 de Valles Centrales fueron las siguientes: Enfermedades del corazón (enfermedades isquémicas del corazón) diabetes mellitus, tumores malignos (tumor maligno del estómago, tumor maligno del hígado, de las vías biliares intrahepáticas), enfermedades del hígado, enfermedades cerebro vasculares, accidentes, agresiones, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, desnutrición y otras deficiencias nutricionales, malformaciones congénitas, deformidades anomalías cromosómicas, influenza y neumonía, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, insuficiencia renal, anemias, síndrome de dependencia del alcohol, bronquitis crónica, enfermedades por virus de la inmunodeficiencia humana (SIDA), epilepsia.

#### VII.7. Respuesta social organizada.

En la mayoría de los municipios de la Jurisdicción Sanitaria sus autoridades son elegidas por usos y costumbres, así como existen agencias municipales, y agencias de policías, núcleos rurales y rancherías. Existen comités municipales de salud, comités locales de salud el cual lo conforman: Presidente, secretario, tesorero. Vocal de saneamiento básico, vocal de nutrición, vocal de salud materna. En las casas de salud brindan atención una o dos personas de la misma localidad que funge como auxiliar de salud las cuales son capacitadas por el personal médico y de enfermería que acude mensualmente a dicha localidad.

## VIII. METODOLOGIA

### VIII. 1. Diseño de estudio.

Descriptivo y transversal.

### VIII. 2 Universo de estudio.

El universo está conformado por 97 enfermeras adscritas al Programa Procedes-Oportunidades de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 "Valles Centrales".

### VIII.3. Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Personal de enfermería del programa procedes-oportunidades que participa en el programa de estimulación temprana.
- Personal de enfermería que desee participar en la investigación.

Criterios de exclusión.

- Personal de enfermería que no se encuentre en el momento de la recolección de datos de la investigación.
- Personal de enfermería que no desee participar en la investigación.

Criterios de eliminación.

- Personal de enfermería que no conteste su cuestionario en su totalidad.

### VIII.4. Variables.

- ✓ Variable dependiente.

Nivel de conocimiento.

- ✓ Variable independiente.

Edad

Género

Perfil profesional

Función que desempeña

Antigüedad

Experiencia en el cuidado de niños

Capacitación recibida

#### VIII.5. Operacionalización de variables

✓ Variable independiente

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES			
VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL
EDAD	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Cuantitativa Continua	Rango de edad: <ul style="list-style-type: none"><li>• 18-25</li><li>• 26-35</li><li>• 36-45</li><li>• 46-55</li></ul>
GENERO	Es el conjunto de características sociales y culturales asignadas a las personas en función de su sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"><li>• Femenino</li><li>• Masculino</li></ul>
PERFIL PROFESIONAL	Son características fundamentales que debe poseer la persona que ocupe un puesto en una área determinada	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Técnica de Enfermería</li><li>• Lic. En Enfermería</li><li>• Post-grado</li><li>• Maestría</li></ul>
FUNCION QUE DESEMPEÑA	Indica el desempeño en un cargo que debe cumplir con su función en el trabajo	Cualitativa Ordinal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermera de brigada.</li><li>• Responsable de modulo.</li></ul>
ANTIGÜEDAD	Es el periodo continuo durante el cual una persona ha realizado un trabajo o actividad.	Cuantitativa Continua	<ul style="list-style-type: none"><li>• Menor de 1 año</li><li>• 1 a 4 años.</li><li>• 5 a 9 años.</li></ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Más de 10.</li> </ul>
EXPERIENCIA DEL CUIDADO DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS.	Acción de cuidar o ayudar a otra persona en este caso a niños menores de 2 años y tratar de incrementar su bienestar	Cualitativa nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
CAPACITACION RECIBIDA	Es el conjunto de acciones de preparación, continua y planificadas para mejorar las competencias de los trabajadores.	Cualitativa Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos de 1 año</li> <li>• De 1 a 2 años</li> <li>• De 3 a 5 años</li> <li>• Más de 5 años</li> </ul>

✓ Variable dependiente.

Nivel de conocimiento sobre lineamientos técnicos de estimulación temprana en niño menor de 2 años.	Dominio de los objetivos, bases técnicas, procedimientos para la implementación, factores de riesgo para el desarrollo y actividades de estimulación temprana en el niño menor de 2 años de acuerdo a los lineamientos Técnicos de la Secretaría de Salud.	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Bajo.</b> Respuestas correctas del 0-8, menor al 59% del cuestionario</li> <li>• <b>Medio.</b> Respuestas positivas del 9-13 que corresponde Del 59 al 89%</li> <li>• <b>Alto.</b> Respuestas 14 y 15 que corresponde Del 90 al 100% del cuestionario.</li> </ul>
---	--	---------------------	---

#### VIII.6. Instrumento de recolección de información.

La recolección de datos se hizo a través de un cuestionario basado en un caso clínico que incluyó 15 preguntas de estimulación temprana. El caso clínico a evaluar se obtuvo del Manual vigente de Estimulación Temprana y Evaluación del Desarrollo para el Niño Menor de Dos Años de Edad de la Secretaría de Salud.

#### VIII.7. Plan de análisis

Se realizó un análisis univariado para las preguntas del caso clínico. Para las variables cualitativas se utilizó un análisis bivariado con razones y proporciones.

#### VIII.8 Limitaciones.

- Dificultad para el autofinanciamiento.
- Autorización de facilidades administrativas para la realización de la investigación.
- Apatía de las participantes en la investigación

#### VIII. 9. Aspectos éticos.

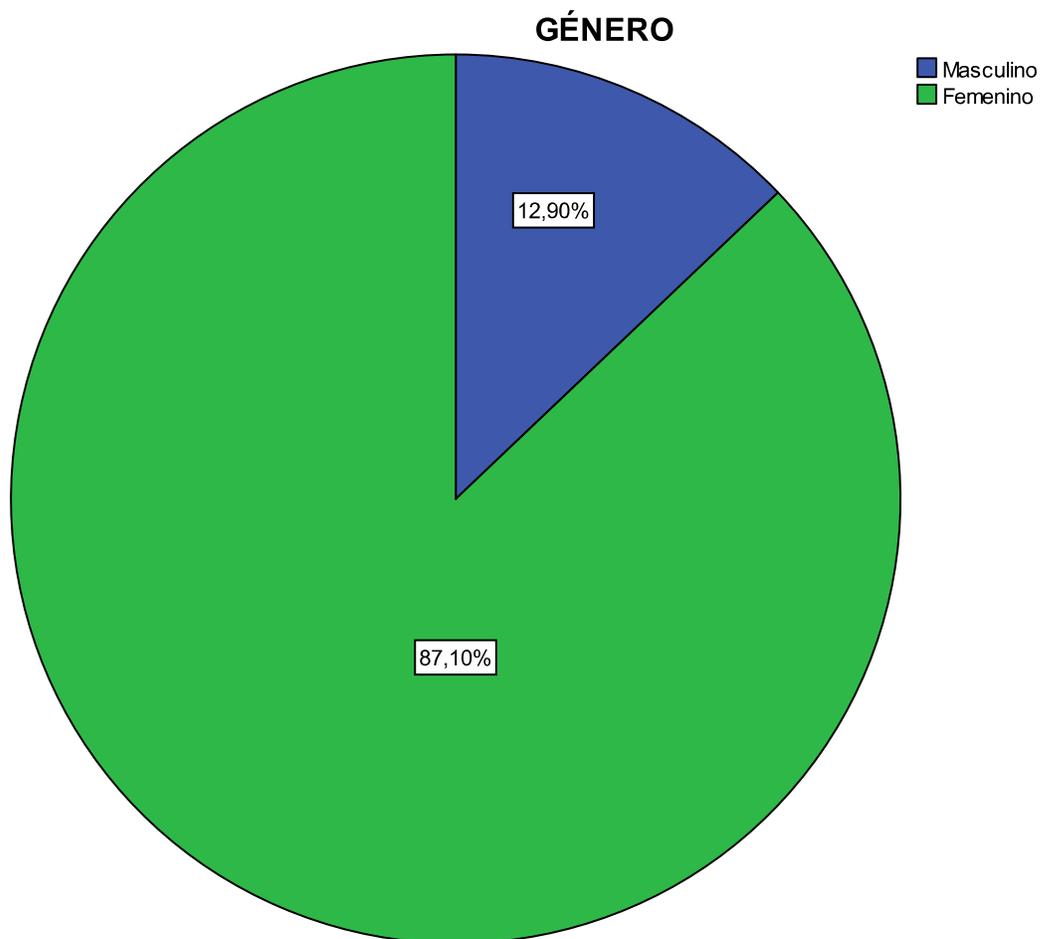
Sin implicaciones éticas ya que al personal de enfermería que participó en la investigación se le solicitó su cooperación garantizando que la información obtenida será de uso confidencial y exclusivamente para fines de la investigación y no serán sometidos a riesgos, en virtud que no se compromete su integridad física y psicológica. Así mismo, se asegura a dichos participantes que no serán afectados laboral o institucionalmente.

## IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Del personal de enfermería estudiado (93 enfermeras), 87.1% son del género femenino y 12.9% masculino.

Gráfica No. 1

### DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA POR GÉNERO

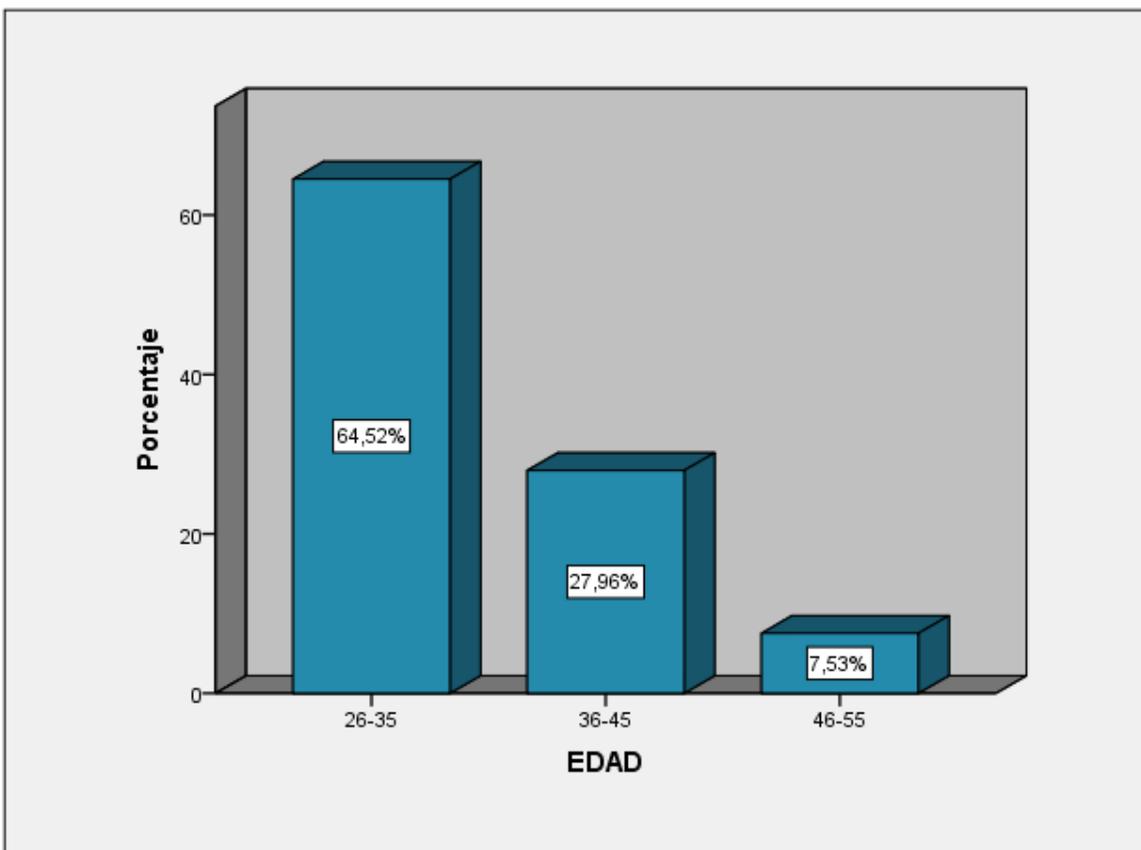


Fuente: Instrumento de captación de datos

El grupo de edad que predomina se encuentra en el rangos de edad de 26 a 35 años (64.52%), seguido de los de 36 a 45 años (27.96%) y solo 7.53% pertenece al grupo de 46 a 55 años.

**Gráfica No. 2**

**DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA POR GRUPOS DE EDAD**

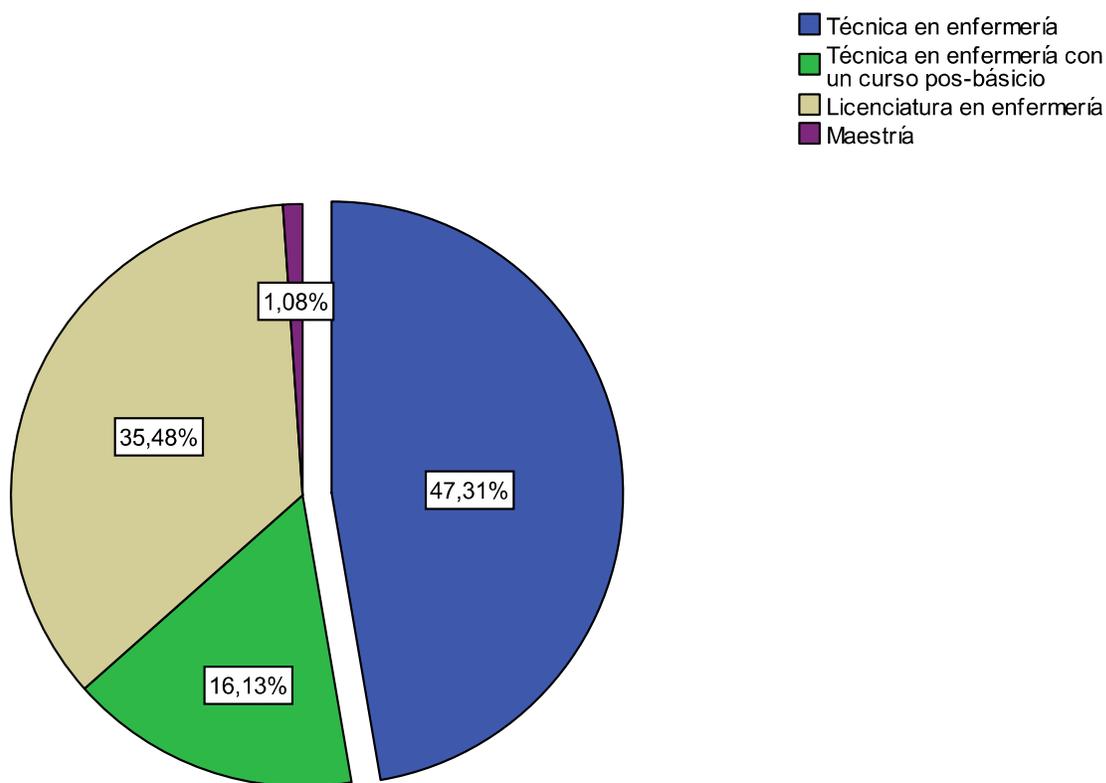


Fuente: Instrumento de captación de datos

Respecto al perfil académico, destaca el personal no profesional, siendo la mayoría técnicos en enfermería (82.79%), seguidos del personal profesional que corresponde a licenciados en enfermería (35.48%), y maestría (1.08%).

**Gráfica No. 3.**

### **DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA POR GRADO ACADÉMICO**



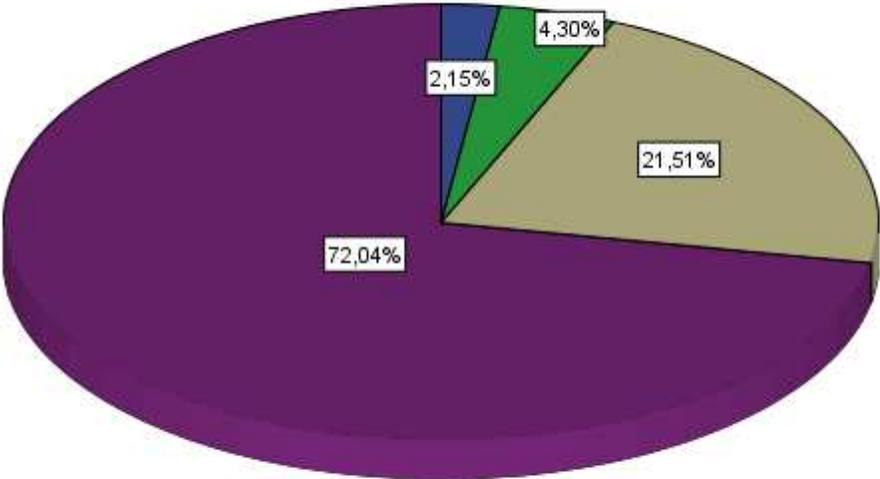
Fuente: Instrumento de captación de datos

La mayoría cuenta con una antigüedad laboral de 10 años y más (72.04%).

Gráfica no. 4

ANTIGÜEDAD

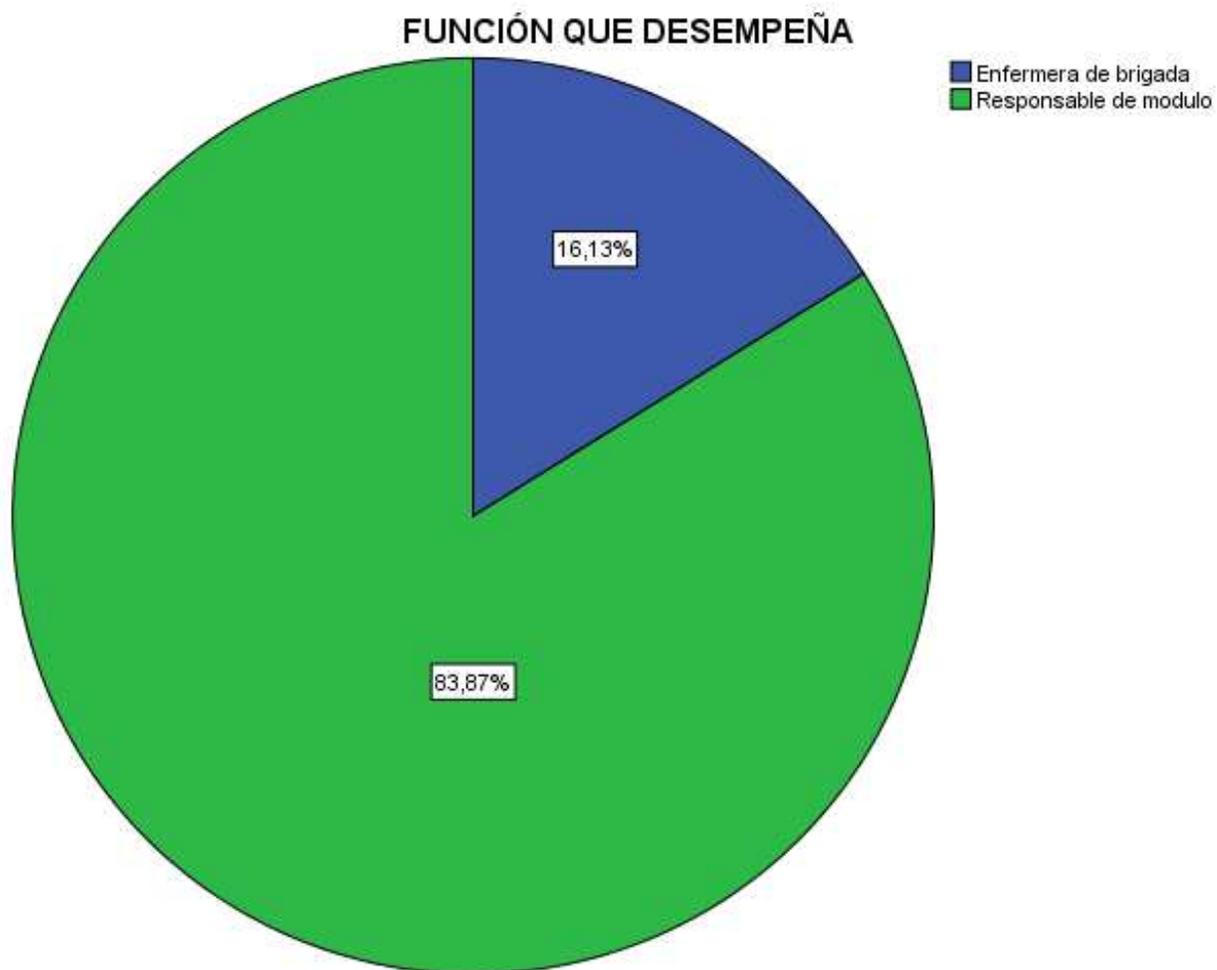
- Menos de 1 año
- 1 a 4 años
- 5 a 9 años
- 10 años y más



Fuente: Instrumento de captación de datos

Destacan las responsables de módulo (83.87%) con respecto a las enfermeras (os) de brigada (16.13).

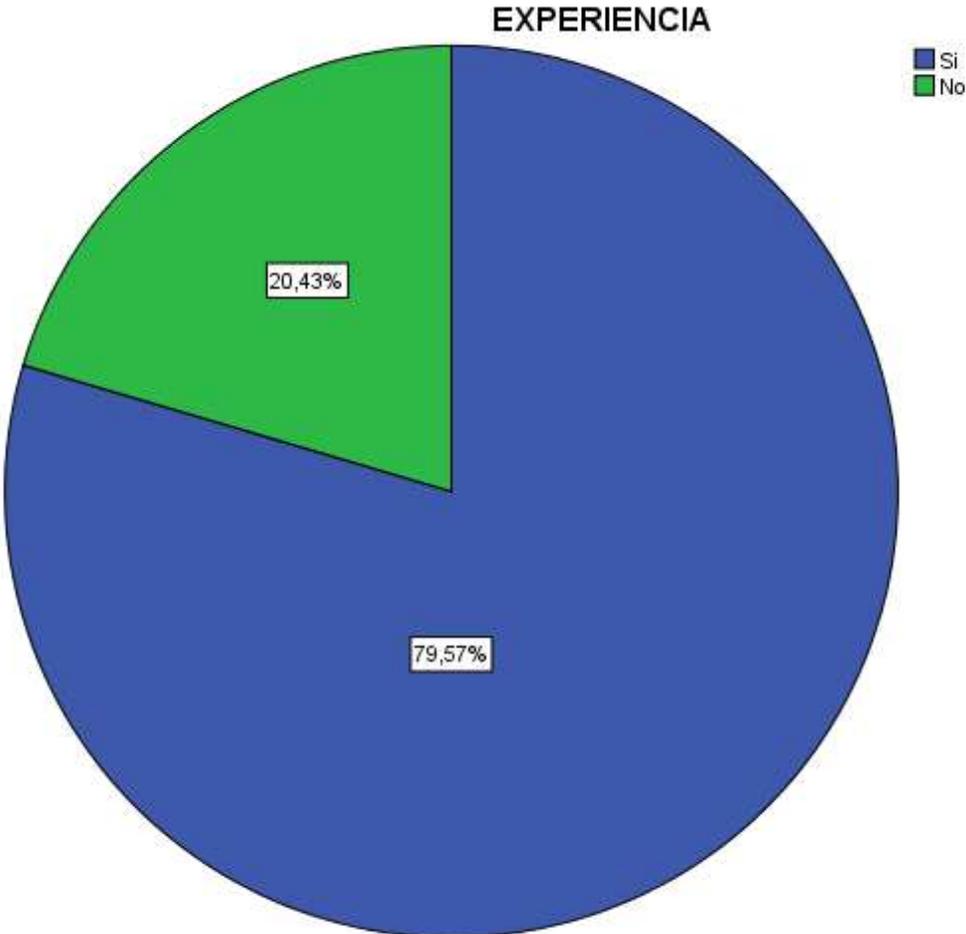
**Gráfica No. 5**



Fuente: Instrumento de captación de datos

En su mayoría tienen experiencia en el cuidado de un menor de edad con el (79.57) y en menor cantidad con el (20.43%) no han estado al cuidado de un niño menor de dos años.

**Gráfica No. 6**

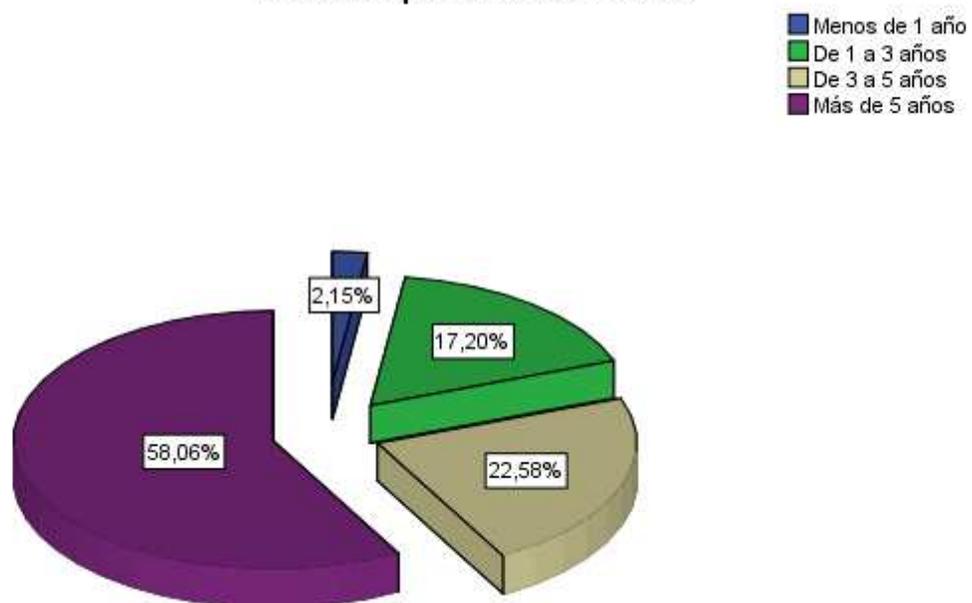


Fuente: Instrumento de captación de datos

El 58.06% del personal estudiado recibió la última capacitación hace 5 años o más, 22.58% hace menos de 5 años y sólo 2.15% en el último año.

**Gráfica No. 7**

**Ultima capacitación recibida**



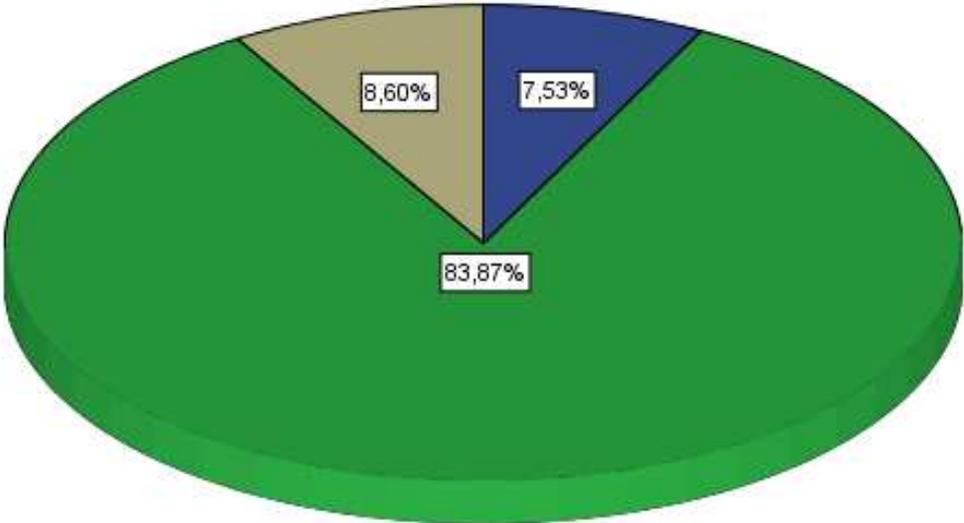
Fuente: Instrumento de captación de datos.

En su mayoría no cuentan con los manuales completos sobre estimulación temprana (83.87%), y el (7.53%) los tienen de manera completa para su oportuna revisión.

**Grafica No. 8**

**Cuenta en su unidad con los manuales operativos del programa**

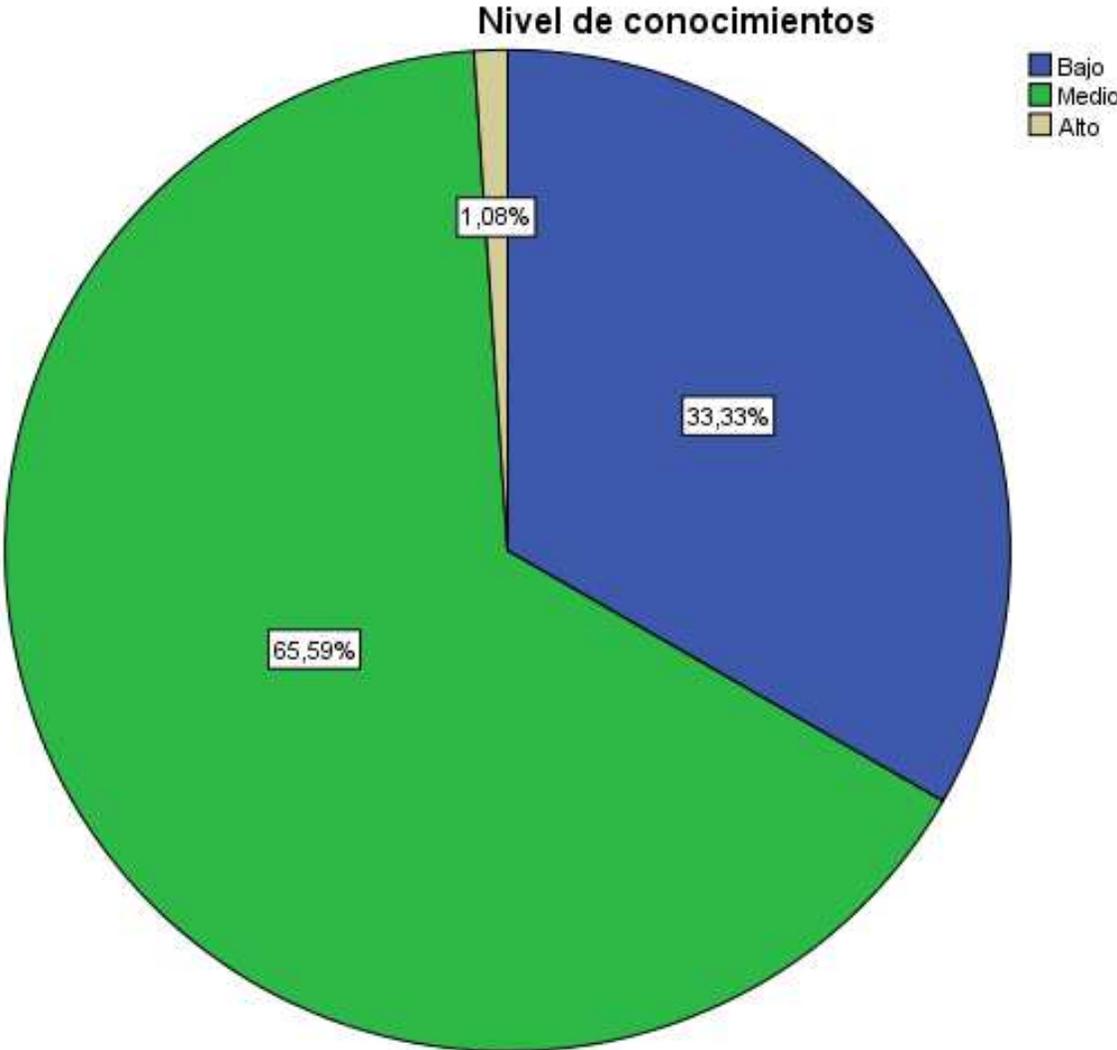
- si
- no
- Incompletos



Fuente: Instrumento de captación de datos

El nivel medio de conocimientos obtuvo el más alto porcentaje con el (65.59%), seguido del nivel bajo con un (33.33%) y el nivel alto obtuvo el (1.08%).

**Gráfica. No. 9**



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Conocimiento del concepto y áreas de estimulación.

Conocen e identifican el concepto de estimulación temprana			Identifican cuales son las cuatro áreas de estimulación		
<b>SI</b>	72	77.41%	<b>SI</b>	27	29.03 %
<b>NO</b>	21	22.59%	<b>NO</b>	66	70.97%
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>100%</b>	<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>100%</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

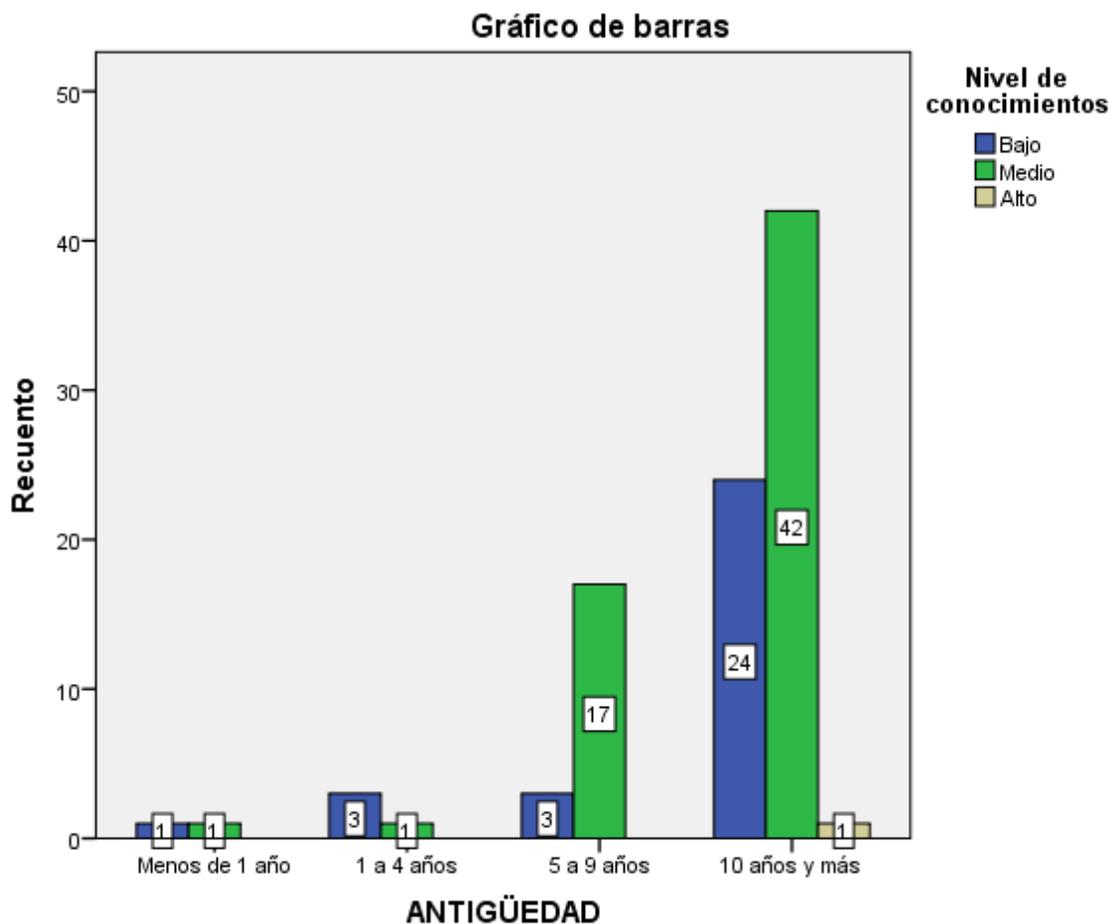
Los conocimientos de acuerdo al perfil académico se observa en nivel medio el mayor porcentaje

**Cuadro No. 1**

PERFIL ACADÉMICO	NIVEL DE CONOCIMIENTO						TOTAL	
	Bajo		Medio		Alto.		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
Tecnica de enfermeria	14	31.82	29	65.91	1	2.27	44	100.00
Tecnica de enfermeria con curso pos-básico	7	46.67	8	53.33	0	0.00	15	100.00
Licenciatura enfermería	10	30.30	23	69.70	0	0.00	33	100.00
Especialista	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Maestría	0	0.00	1	100.00	0	0.00	1	100.00
Total	31	33.33	61	65.59	1	1.08	93	100.00

La antigüedad con los niveles de conocimientos del personal de enfermería lo obtuvieron los que tienen más de 10 años laborando con el nivel medio.

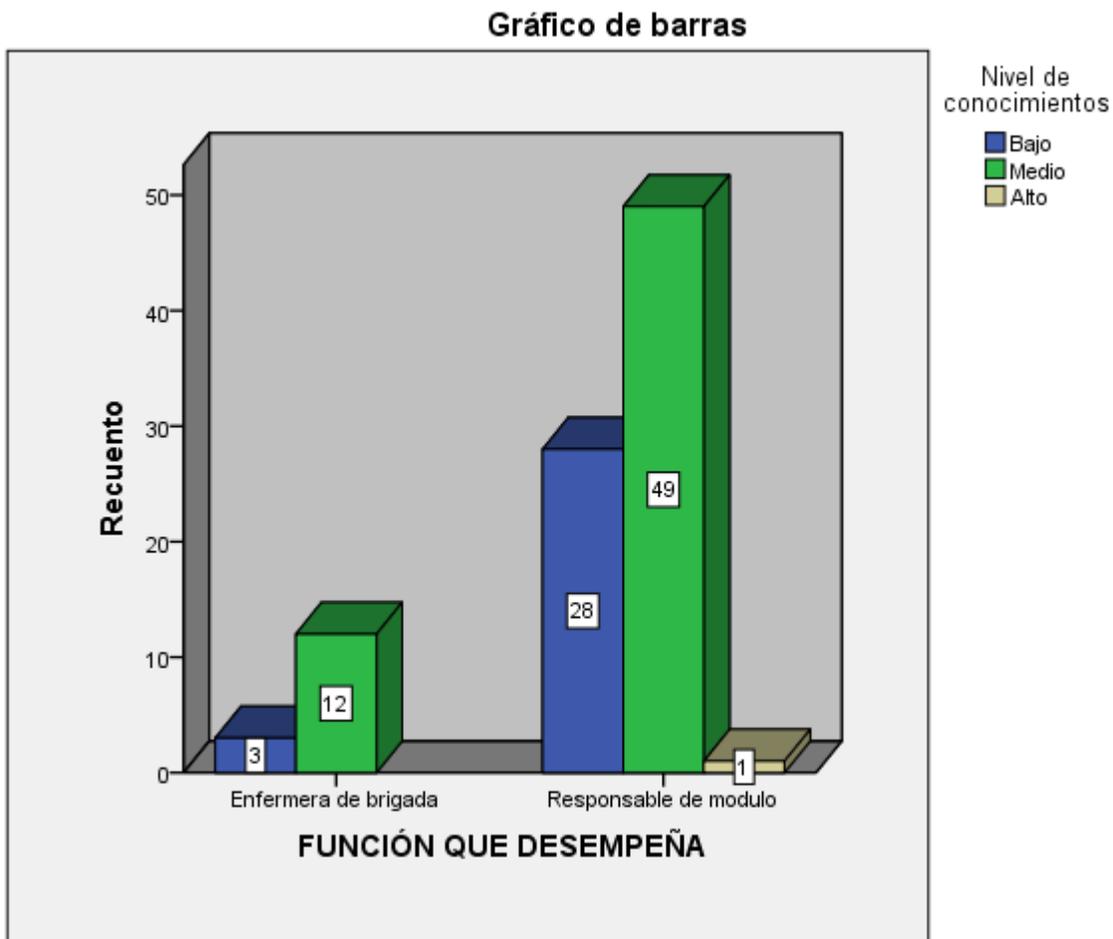
**Gráfica no.10**



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Con lo que corresponde al nivel de conocimientos con funciones que desempeñan en el nivel medio el más alto porcentaje está en Responsables de módulo 49 (52.68%) seguido de enfermeras (os) de brigada con el 12 (12.90%), en el nivel bajo con el 28(30.10%) se encuentra técnicos en enfermería y con 3(3.22%) enfermeras (os) de brigada. En el nivel alto 1(1.07%) lo obtuvo un responsable de modulo.

**Grafica 11.**



Fuente: Instrumento de captación de datos

## DISCUSIÓN.

- Los resultados encontrados en el presente estudio, son similares a los encontrados por Macías Núñez Josefina y cols en Culiacán Sinaloa, agosto del 2011 su tesis “La enfermera y la estimulación temprana del recién nacido de alto riesgo y prematuro encontrando los siguiente: La falta de conocimiento del personal de enfermería generales y auxiliares hace que no realicen la Estimulación temprana en forma científica y continua
- La enfermera no proporciona la Estimulación temprana en el recién nacido en forma completa y permanente, solo realiza en la parte táctil y auditiva, quedando ésta inconclusa. Esto se debe, según nuestro punto de vista, al instinto maternal que poseemos las mujeres y que nos lleva a cuidar a los niños en forma natural, no a un conocimiento científico, sistemático, sobre las actividades de la Estimulación Temprana. •
- “Los obstáculos más importantes para que no se lleve la Estimulación Temprana en forma adecuada son la falta de conocimiento de la enfermera, de los lineamientos de ésta, el exceso de trabajo y la falta de sensibilidad por parte del personal. Desde antes del nacimiento, el neonato ya percibe algunos estímulos del medio ambiente externo y cuenta con alguna capacidad para organizarse, al momento del nacimiento del niño, la enfermera y la familia deben estimular estas condiciones innatas y ayudarlo a tener un desarrollo psicomotor óptimo, estableciendo una relación interpersonal con quienes lo rodean.
- Pando Moreno y Aranda Beltrán, realizaron un estudio de estimulación temprana en niños menores de 4 años de familias marginadas, sus resultados fueron: En promedio, antes de iniciar la “estimulación temprana” el desarrollo del grupo experimental era superior al del grupo control, pero la diferencia fue aún de mayor significación al concluir el estudio

- De acuerdo con el Plan Nacional de desarrollo 2006-2012 existen marcadas diferencias en los servicios de salud públicos entre los estados de la República. Mientras que el Distrito Federal cuenta con tres médicos y cinco enfermeras para cada mil habitantes, el Estado de México, Chiapas Y Puebla tienen menos de un médico y una enfermera por cada mil. Estas disparidades son inaceptables bajo un criterio elemental de justicia y son expresión de inequidad en desarrollo humano: en Oaxaca Guerrero y Chiapas la esperanza de vida es 10 veces más baja que en Baja California Sur en el Programa de ampliación de cobertura un personal de enfermería que realiza funciones de responsable de modulo atiende entre 800 a 1200 habitantes lo que es dificultad brindar una atención de seguridad.
- Desde antes del nacimiento, el neonato ya percibe algunos estímulos del medio ambiente externo y cuenta con alguna capacidad para organizarse, al momento del nacimiento del niño, la enfermera y la familia deben estimular estas condiciones innatas y ayudarlo a tener un desarrollo psicomotor óptimo, estableciendo una relación interpersonal con quienes lo rodean.
- Pando Moreno y Aranda Beltrán, realizaron un estudio de estimulación temprana en niños menores de 4 años de familias marginadas, sus resultados fueron: En promedio, antes de iniciar la “estimulación temprana” el desarrollo del grupo experimental era superior al del grupo control, pero la diferencia fue aún de mayor significación al concluir el estudio. <sup>12</sup>

## X. CONCLUSIONES

- El mayor porcentaje lo ocupa el personal femenino, lo cual es favorable en la atención de estimulación ya que por su condición tienen instinto maternal o han participado en los cuidados de niños.
- Con un promedio de 26 a 35 años de edad y con una antigüedad laboral de más de 10 años los cuales resultan fortalezas por encontrarse en edad productiva laboralmente.
- El grado académico que predomina es del personal no profesional con funciones de responsable de módulo. Representando una área de oportunidad para la profesionalización del personal.
- El nivel de conocimientos que predomina es el nivel medio en todos perfiles académicos, lo cual es desfavorable para brindar atención de estimulación temprana a los niños con calidad y seguridad.
- No se observa diferencia de conocimientos entre los diferentes perfiles académicos.

## **X. RECOMENDACIONES**

- Que exista un responsable del programa a nivel jurisdiccional para la coordinación de estas actividades.
- Capacitar y actualizar al personal de enfermería con los lineamientos de Estimulación Temprana, identificando las áreas para poder realizar los procedimientos.
- Sensibilizar y concientizar al personal de enfermería de la importancia y de los beneficios de la estimulación temprana en la niñez.
- Difundir los beneficios de la estimulación temprana para lograr interés en las comunidades.
- Realizar abogacía con las autoridades municipales y locales para la adquisición de material para brindar estimulación en casas de salud.

## XI. BIBLIOGRAFIA

1. Secretaría de Salud. Estimulación Temprana. Lineamiento técnico. Primera edición, México D.F. 2002.
2. Secretaría de Salud. Implementación de las Actividades de Estimulación Temprana en las unidades de Primer Nivel de Atención. Primera edición junio del 2006. México. D.F
3. Servicios de Salud de Oaxaca. Programa de Ampliación de Cobertura, Retos, esperanza y realidad. 2006-2011.
4. Secretaria de Salud, Programa de Acción, Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES) Primera Edición, México.2002
5. Secretaría de Salud. Manual de Operación del Componente Salud del Programa de Educación, Salud y Alimentación.
6. Secretaría de Salud. Programa de Ampliación de Cobertura. Una experiencia metológica para la extensión de servicios de salud en México, 1996-2000. México D.F. 1999
7. Martínez Mendoza F. La estimulación Temprana: En ponencia de: Enfoques, Problemáticas y proyecciones
8. Servicios de Salud de Oaxaca. La Salud en Oaxaca: su evolución hacia el siglo XXI
9. Secretaría de Salud. Programa de acción. Programa de atención a la salud de la Infancia y la Adolescencia. México. D.F. 2002
10. Ramírez Salazar J. M. y Parra Domínguez L. P, Estimulación Temprana en niños menores de 2 años en la Cd. De Durango. Conamed, 2010; 15 (Sup.1): 30-34
11. Vela Pareja C. Efectividad de la consejería de enfermería sobre Estimulación Temprana en madres primerizas con lactantes de 0-6 meses del centro de salud Mi Perú, Ventanilla (Tesis). Para optar el título de Licenciada en enfermería) Lima –Perú 2007. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana. E.A.P de enfermería

12. Pando Moreno M y Aranda Beltrán, Estimulación Temprana en niños menores de 4 años de familias marginadas: Revista Mexicana de Pediatría, Nov-Dic. 2004; 71 (6): 273-277
13. Monografías.com/trabajo/epistemología. Teoría del conocimiento. 16 de agosto del 2011. Disponible en: <http://www.conocimiento>
14. Secretaría de Salud. Estimulación Temprana y Evaluación del Desarrollo para el Niño Menor de Dos Años de Edad. Modelo de Capacitación Teórico-Práctico. Primera edición. México D. F. 2006
15. Tobón S. Aspectos Básicos de la formación basada en competencias, Talca , Proyecto Meseup 2006.

## Anexos

## ANEXO 1



### INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

**El presente caso clínico con su cuestionario, es parte de la investigación. Su participación en esta encuesta es voluntaria y anónima. Sus respuestas son confidenciales, no existen respuestas correctas o incorrectas. La información proporcionada será para uso exclusivo de la investigación la cual no será utilizada como evaluación institucional o personal.**

**Marque con una X su respuesta.**

Fecha: \_\_\_\_\_.

1. GENERO.

1- Masculino.

2- Femenino.

2. EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS

\_\_\_\_\_.

3. ¿CUAL ES SU GRADO ACEDEMICO?

1) Técnica en enfermería.

2) Técnica en enfermería con un curso pos-básico

3) Licenciatura en enfermería.

4) Especialista.

5) Maestría.

4. ¿Cuántos AÑOS TIENE LABORANDO?

1) Menos de 1 año.

- 2) 1 a 4 años.
- 3) 5 a 9 años.
- 4) 10 años y más.

5. ¿QUE FUNCION DESEMPEÑA?

- 1) Enfermera de Brigada.
- 2) Responsable de Modulo.

6. ¿HA TENIDO O TIENE EXPERIENCIA EN EL CUIDADO DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS?

- 1) Si\_\_\_\_\_ Parentesco\_\_\_\_\_.
- 2) No\_\_\_\_\_

7.- ¿HACE CUANTO TIEMPO RECIBIO LA ULTIMA CAPACITACION SOBRE ESTIMULACION TEMPRANA?

- 1) Menos de 1 año.
- 2) De 1 a 3 años.
- 3) De 3 a 5 años.
- 4) Más de 5 años.

8.- ¿CUENTA SU UNIDAD CON LOS MANUALES OPERATIVOS DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA?

- 1) Si\_\_\_\_\_.
- 2) No\_\_\_\_\_.
- 3) Incompletos\_\_\_\_\_.

### **CASO CLINICO.**

Masculino 1 año de edad, fecha de nacimiento 10 de octubre del 2010, cuenta con los siguientes Antecedentes Perinatales: Madre de 29 años de edad, Gestación IV, Partos III, Abortos 0, Cesárea 1. El niño es producto de Gesta IV, obtenido por cesárea de 39 Semanas de gestación, Apgar 7/9, Silverman 0, peso de 3100 kg, talla 51 cm y perímetro cefálico 34 cm. Inmunizaciones con esquema completo de los siguientes biológicos: BCG, HEPATITIS B, PENTAVALENTE ACELULAR,

ROTAVIRUS, NEUMOCOCICA CONJUGADA, SRP .Alimentación: Seno materno exclusivo hasta los 6 meses de edad, posteriormente leche industrializada, Ablactación a los 4 meses de edad con papillas de manzana, pera, zanahoria y pollo, actualmente integrado a la dieta familiar. Desarrollo Psicomotriz: 1.- Camina pero tomado de la mano 2.- Sentado gira sobre sí mismo 3.- Pinza incompleta (no introduce pasitas en una taza y no las agarra entre sus dedos índice y pulgar) 4.- Saca las pasitas o frijoles de un frasco de boca ancha de plástico (teniendo mucho cuidado) 5.- Intenta beber de una taza con un poco de agua 6.- Emite de tres a cinco palabras.

#### SOMATOMETRIA:

Peso 9.100
Talla 75 cm
Perímetro cefálico 46 cm
Temperatura 37°C
Frecuencia cardiaca 120´
Frecuencia respiratoria 30

Exploración física: Se encuentra tranquilo, cooperador, reflejos primarios normales al nacimiento (succión, deglución, palmar, plantar, búsqueda y moro), buena coloración de tegumentos. Cráneo normocéfalo sin endostosis y exostosis con buena implantación de cabello, ojos simétricos pupilas isocóricas y normorefléxicas con buena respuesta a la luz, narinas permeables, cavidad oral con paladar superior e inferior normales, buena hidratación, faringe normal, cuello cilíndrico sin adenomegalias, oídos sin salida de secreción normal. Tórax sin dificultades respiratoria, campos pulmonares con buena entrada y salida de aire, abdomen esta blandito sin vísceromegalías (esplenomegalia y hepatomegalia), perístasis presente, extremidades simétricas sin ninguna anomalía y con buen llenado capilar. Genitales normales de acuerdo a edad y sexo.

**A continuación seleccione la (s) respuesta (s) que usted considere correcta (s) a cada una de las preguntas:**

**1.- ¿Cuáles son las áreas del desarrollo que se deben evaluar en este caso?**

- 1) Motor grueso, motor fino, lenguaje y social.
- 2) Motor grueso, motor fino, física y natural.
- 3) Motor fino y natural.

**2.- ¿Cómo se considera el desarrollo de este niño?**

- 1) Normal.
- 2) Con rezago.

**3.- ¿Cuales son las actividades que permiten evaluar el área de desarrollo motor grueso?**

- 1) Camina tomado de la mano.
- 2) Sentado gira sobre sí mismo.
- 3) Pinza incompleta (no introduce pasitas en una taza y no las agarra entre sus dedos índice y pulgar)
- 4) Observar como saca las pasitas o frijoles de un frasco de una boca ancha de plástico.
- 5) Observar una taza con un poco de agua y ver si intenta beber de ella.
- 6) Preguntar a la mamá si dice algunas palabras y cuáles ha observado que dice cuando juega con el niño (a).

**4.- ¿Cuáles son las actividades que permiten evaluar el área de desarrollo motor fino?**

- 1) Camina tomado de la mano.
- 2) Sentado gira sobre sí mismo.
- 3) Pinza incompleta (no introduce pasitas en una taza y no las agarra entre sus dedos índice y pulgar)
- 4) Observar una taza con un poco de agua y ver si intenta beber de ella.

- 5) Preguntar a la mamá si dice algunas palabras y cuáles ha observado que dice cuando juega con el niño (a).

**5.- ¿Cuál es la actividad que permite evaluar el área de desarrollo, específicamente del lenguaje?**

- 1) Camina tomado de la mano.
- 2) Sentado gira sobre sí mismo.
- 3) Pinza incompleta (no introduce pasitas en una taza y no las agarra entre sus dedos índice y pulgar).
- 4) Observar como saca las pasitas o frijoles de un frasco de boca ancha, de plástico.
- 5) Observar una taza con un poco de agua y ver si intenta beber de ella.
- 6) Preguntar a la mamá si dice algunas palabras y cuáles ha observado que dice cuando juega con el niño (a).

**6.- ¿Cual es la actividad que permite evaluar el área de desarrollo específicamente social?**

- 1) Camina tomado de la mano.
- 2) Sentado gira sobre sí mismo.
- 3) Pinza incompleta (no introduce pasitas en una taza y no las agarra entre sus dedos índice y pulgar).
- 4) Observar como saca las pasitas o frijoles de un frasco de boca ancha, de plástico.
- 5) Prepara una taza con un poco de agua y ver el niño intenta beber de ella.
- 6) Preguntar a la mamá si dice algunas palabras y cuáles ha observado que dice cuando juega con el niño (a).

**7.- ¿Identificó alguna área del desarrollo que se encuentre alterada o con rezago?**

- 1) Motor grueso
- 2) Motor fino

- 3) Lenguaje
- 4) Social

**8.- ¿Qué actividades de estimulación temprana de las 4 áreas del desarrollo recomendaría a los padres?**

- 1) Colocarlo en posición de gateo y empujarlo suavemente hacia delante, hacia atrás y hacia los costados. Dejarlo gatear para que adquiere fuerza en brazos y piernas.
- 2) Ayudarlo a pararse apoyado en los barandales de la cuna, ponerle un juguete en el suelo de la cuna que se agache y lo recoja
- 3) Ayudarlo a dar sus primeros pasos tomándolo de ambas manos, luego de una sola mano.
- 4) Hacerlo permanecer un rato de pie sin tomarse de nada.
- 5) Darle objetos pequeños que pueda tomar con sus dedos índice y pulgar (pasitas o palomitas de maíz). Cuidándolo para que no vaya a tener algún accidente, como ahogarse si se lo come.
- 6) Permitirle hacer garabatos o rayones en hoja de papel y con una crayola.
- 7) Enseñarle a respetar espacios tratando de que juegue siempre en un lugar de la casa y no dejando sus juguetes por todos lados. Esta edad es un buen momento para empezar a crear hábitos como lavarse las manos, guardar sus juguetes.
- 8) Arrojarle una pelota y dejar que la persiga y la devuelva
- 9) Pedirle a los padres realizar el sonido de un animal cuando lo vea (miau, guau) e insistir hasta que lo repita.
- 10) Todas
- 11) Ninguna.

**9.- ¿Qué es estimulación Temprana?**

- 1) Es un conjunto de acciones que tienden a proporcionar al niño sano las armas para modificar su desarrollo.

- 2) Es un conjunto de acciones que tienden a proporcionar al niño sano las experiencias que este necesita para desarrollar al máximo sus potencialidades de desarrollo y favorecer las funciones mentales superiores como son la memoria, imaginación, atención y el lenguaje.
- 3) Identifica tempranamente factores de riesgo y alteraciones en el desarrollo.

**10.- Con relación al área de motor fino ¿cuáles serían las actividades específicas que recomendaría a los padres?**

- 1) Darle objetos pequeños que pueda tomar con sus dedos índice y pulgar (pasitas o palomitas de maíz), cuidándolo para que no vaya a tener algún accidente, como ahogarse se lo come.
- 2) Construir una barra de madera donde se puedan colocar aros para que el niño (a) los quite uno por uno.
- 3) Permite hacer garabatos o rayones en hoja de papel y con una crayola.
- 4) Todas
- 5) Ninguna.

**11.-Con relación al área de desarrollo motor fino, ¿qué otra actividad adicional realizaría?**

- 1) Proporcionarle objetos como cuchara, taza que él pueda manejar.
- 2) Proporcionar una botella de plástico con su tapa para que intente colocársela.
- 3) Ofrecerle al niño en un recipiente objetos variados para que él los pase a otro recipiente. Cuando el niño tome cada objeto dile su nombre y deja que lo manipule. Después dile que lo coloque en el segundo recipiente.
- 4) Todas.

**12.- ¿Cuánto tiempo después citarías a los padres y al caso para valorar el progreso en el desarrollo psicomotriz, específicamente motor fino?**

- 1) A los 2 meses.
- 2) Al mes

- 3) A los 3 meses.
- 4) Al año de edad.

**13.- En la consulta usted observó que el niño no mejoró su desarrollo psicomotriz, específicamente en el área del desarrollo motor fino. ¿Cuál será el manejo a seguir?**

- 1) Insistir con las actividades de estimulación temprana con vigilancia por el personal de salud y revalorar al mes si no hay mejoría y referirlo a otro nivel de atención.
- 2) Referencia a consulta especializada a otro nivel de atención.
- 3) No realizaría ninguna actividad adicional.

**14.- ¿Qué entiende usted por atención integrada?**

- 1) Es asegurar su sobrevivencia y contribuir a mejorar su calidad de vida.
- 2) El conjunto de acciones que el personal de salud debe proporcionar a la persona, en este caso a la niña o niño menor de 2 años, en cada asistencia a una unidad de salud, independientemente del motivo por el cuál asista.
- 3) Capacitar a los responsables del cuidado de las niñas y niños, en las medidas de atención en el hogar y en la identificación de signos de alarma de las enfermedades más comunes en este grupo de edad.

**15.- ¿Cuáles son las acciones a realizar en una atención integrada, además de la atención del motivo de la consulta?**

- 1) Revisaría el cumplimiento del esquema de vacunación, valoría peso y talla.
- 2) Revisaría el cumplimiento del esquema de vacunación, valoría peso y talla, enseñaría los signos de alarma por enfermedades diarreicas y respiratorias.
- 3) Revisaría el cumplimiento del esquema de vacunación, valoría peso y talla, evaluarán el desarrollo psicomotor y eficacia del plan de estimulación temprana, capacitaría a la madre en nutrición, vacunación, signos de alarma para EDAS e IRAS y atendería la salud de la madre.

***GRACIAS POR PARTICIPAR....***

Los autores conceden permiso para la reproducción total o parcialmente y por cualquier medio al trabajo final titulado. Evaluación de conocimientos del personal de enfermería sobre lineamientos técnicos de estimulación temprana en el programa Procedes-Oportunidades, Valles Centrales, Oaxaca. Para propósitos de consulta académica, sin embargo quedan reservados los derechos del autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que señala lo que conduzca a su reproducción total o parcial

Nombre y firma del autor.

---

1