

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

**Proceso de atención de enfermería aplicado a una niña de 2 años 3 meses con
desnutrición aguda, Lima - 2018**

Autora:

Marisol Emilia Gomez Gamarra

Asesora:

Dra. Keila Ester Miranda Limachi

Lima, setiembre de 2018

ANEXO - 07

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, KEILA ESTER MIRANDA LIMACHI, de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo académico titulado: “*Proceso de atención de enfermería aplicado a una niña de 2 años 3 meses con desnutrición aguda, Lima - 2018*”, constituye la memoria que presentan la licenciada: GOMEZ GAMARRA MARISOL EMILIA, para aspirar al título de Especialista en Enfermería en Cuidados Integral Infantil, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo académico son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los dieciocho días del mes de setiembre de 2018.


Dra. Keila Ester Miranda Limachi

Proceso de atención de enfermería aplicado a una niña de 2 años 3 meses con
desnutrición aguda, Lima – 2018

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado para optar el título profesional de Especialista en Enfermería en Cuidado
Integral Infantil

JURADO CALIFICADOR



Mg. Rocío Suárez Rodríguez

Presidente



Mg. Rosa Luz Tuesta Guerra

Secretario



Dra. Kerla Ester Miranda Limachi

Asesor

Lima, 18 de setiembre de 2018

Dedicatoria

A mis queridos padres Apolonio y Zenaida
por su amor, ejemplo, sabios consejos y
oraciones.

Agradecimiento

Agradezco a Dios por guiar mi camino y permitir llegar a la meta.

A mis hijos y esposo por su amor, paciencia y apoyo constante.

A la Lic. Mery Medrano, por sus conocimientos y experiencias impartidos

Índice

Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento.....	v
Índice.....	vi
Índice de apéndices.....	ix
Símbolos usados.....	xii
Resumen.....	xiv
Capítulo I.....	15
Proceso de Atención de Enfermería.....	15
Valoración.....	15
Datos generales.....	15
Resumen de motivo de ingreso.....	15
Situación problemática.....	16
Funciones biológicas.....	16
Funciones antropométricas.....	17
Valoración según patrones funcionales de salud.....	17
Hallazgos significativos por patrones funcionales.....	24

Diagnósticos de Enfermería	25
Análisis de las etiquetas diagnósticas	25
Etiqueta diagnóstica: Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales...	25
Etiqueta diagnóstica: Riesgo de retraso en el desarrollo	25
Etiqueta diagnóstica: Cansancio del rol del cuidador.....	26
Etiqueta diagnóstica: Afrontamiento familiar comprometido	27
Etiqueta diagnóstica: Incumplimiento del Control de crecimiento y Desarrollo	27
Enunciado de los diagnósticos de enfermería.....	28
Planificación	29
Priorización de los diagnósticos enfermería	29
Planes de cuidados	30
Ejecución	37
Capítulo II.....	45
Marco teórico	45
Antecedentes:	45
Marco conceptual	47
Modelo teórico de enfermería	62
Capítulo III.....	64
Materiales y Métodos.....	64

Tipo y diseño	64
Sujeto de estudio	64
Delimitación geográfica temporal	64
Técnica de recolección de Datos.....	64
Consideraciones Éticas.....	65
Capítulo IV.....	66
Resultados, análisis y discusión	66
Resultados.....	66
Análisis y Discusión de los diagnósticos.....	67
Capítulo V.....	74
Conclusiones y Recomendaciones	74
Conclusiones.....	74
Recomendaciones	74
Bibliografía	75
Apéndices.....	80

Índice de apéndices

Apéndice	Página
A. Examen Físico del Niño	78
B. Evaluación Nutricional	80
C. Test de Desarrollo Psicomotor	83
D. Consentimiento Informado	84
D. Sesiones Educativas	85

ÍNDICE DE TABLAS

Tablas	Pág.
Tabla N°1: Calendario de Vacunas	2
Tabla N°2: Desequilibrio Nutricional	27
Tabla N°3: Riesgo de retraso en el desarrollo	29
Tabla N°4: Incumplimiento del control de crecimiento y desarrollo	30
Tabla N°5: Cansancio en el rol del cuidador	31
Tabla N°6: Afrontamiento Familiar	32
Tabla N°7: SOAPIE Desequilibrio Nutricional	33
Tabla N°8: SOAPIE Riesgo de retraso en el desarrollo	34
Tabla N°9: SOAPIE Incumplimiento del control de crecimiento y desarrollo	35
Tabla N°10: SOAPIE Cansancio en el rol del cuidador	36
Tabla N°11: SOAPIE Afrontamiento Familiar Comprometido	37
Tabla N°12: Evaluación diagnóstico 1	38
Tabla N°13: Evaluación diagnóstico 2	38
Tabla N°14: Evaluación diagnóstico 3	39

Tabla N°15: Evaluación diagnóstico 4	39
Tabla N°16: Evaluación diagnóstico 5	40
Tabla N°17: Esquema de periodicidad de los controles de niñas y niños menores de 5 años	48
Tabla N°18: Clasificación del estado nutricional de las niñas y niños de 29 días a menores de 5 años	50
Tabla N°19: Índice nutricional de la ganancia de peso y talla por mes / día	51

Símbolos usados

ADRA: Agencia Adventista de Desarrollo y recursos Asistenciales

AEP: Asociación Española de Pediatría

APO: Vacuna anti poliomielitis

BCG: Vacuna contra la tuberculosis

CRED: Crecimiento y Desarrollo

DPT: Vacuna contra difteria, tétano y pertusis

Dx : Diagnóstico

FAO: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación.

FC: Frecuencia Cardiaca

FR: Frecuencia respiratoria

Hb: Hemoglobina

HvB: Vacuna contra la hepatitis B

INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática

IVP: Vacuna inactivada contra poliomielitis

LME ; Lactancia materna exclusiva

MINSA: Ministerio de Salud

MINEDU: Ministerio de Educación

OMS: Organización Mundial de la salud

PAE: Proceso de Atención de Enfermería

P.A: Presión arterial

R/C: Relacionado con

SPR: Vacuna contra la sarampión, rubeola y papera

TEPSI: Test de desarrollo Psicomotor de 2-5 años

Tº: Temperatura

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

REH: Regular estado de higiene

REN: Regular estado de nutrición

Resumen

Desnutrición Aguda es cuando el peso en relación con la altura se encuentra entre -2ds y -3ds. El objetivo fue determinar alteraciones del crecimiento y desarrollo de una niña de 2 años 3 meses y la elaboración de sus planes de cuidados. Se usó el método descriptivo, se describe el caso clínico de una niña con desnutrición aguda mediante la utilización de metodología de Proceso Atención Enfermería con lenguaje NANDA, complementado con revisión bibliográfica relacionada. Se utilizó la técnica de entrevista personal a la madre y para la valoración del niño se empleó la guía de patrones funcionales de Gordon. Asimismo, la observación, inspección, auscultación, palpación y percusión. Para la recolección de datos antropométricos se usó: un infantómetro, balanza y cinta métrica. Para la evaluación del desarrollo psicomotriz se empleó el Test del Desarrollo Psicomotor 2 – 5 años (TEPSI). Se obtuvo los resultados siguientes: de los diagnósticos de enfermería planteados, El 40% de los objetivos fueron alcanzados y el 60% fueron parcialmente alcanzados. Se concluyó que el proceso de atención de enfermería ayuda a organizar y sistematizar las intervenciones en la resolución de alteraciones del crecimiento y desarrollo de la niña.

Palabras clave: Desnutrición aguda, desarrollo psicomotor, crecimiento y desarrollo, pre escolar, proceso de atención de enfermería.

Capítulo I

Proceso de Atención de Enfermería

Valoración

Datos generales

- Nombre : I.A C.C
- Sexo : Femenino
- Fecha de Nacimiento : 02-10-2015
- Edad : 2 años,3meses, 20 días
- Lugar de Procedencia : Ventanilla – Callao
- Fecha de valoración : 22 -1-2018
- Hora : 9:30 am
- Persona de Referencia: J.C.C (madre)
- Direccion: Jr Gacia Villon 680. Ventanilla

Resumen de motivo de ingreso

Visita domiciliaria particular a la niña y madre para realizar control de crecimiento y desarrollo. Dejó de asistir al control de crecimiento y desarrollo debido a que la niña no se deja tallar y pesar, además de una inadecuada comunicación terapéutica de parte de la enfermera. Figura en el carnet de CRED una calificación “madre sobreprotectora.

Situación problemática

Niña pre escolar se le encuentra en su domicilio en compañía materna, se le observa de contextura delgada, poco comunicativa, con temor y desconfianza ante la comunicación terapéutica, responde a su nombre ante el saludo.

A la valoración en REH, REN, poco sociable y poco colaboradora. Se observa a la madre algo ansiosa preocupada por el desarrollo de su niña, refiere sentirse con mucha responsabilidad al estar al cuidado de sus hijos ya que lo afronta sola puesto que el padre labora todos los días en horario de 12 horas

Funciones Vitales

T° =36 °C

FC= 110 por minuto

FR= 28 por minuto

P.A= 90/60 mmHg

Funciones biológicas

Apetito : inapetente

Sed : después de actividad física

Sueño : 10 horas

Deposición: 1 vez al día

Diuresis: 4 a 5 veces al día

Funciones antropométricas

- Peso: 9,500 gr
- Talla: 82 cm
- Estado nutricional: Ganancia de peso y talla inadecuado para la edad

Valoración según patrones funcionales de salud

Según Patrones Funcionales de salud de Marjory Gordon

Percepción – Control De La Salud:

- **Antecedentes:**

Madre

- Nombre: J. C.
- Edad: 34 años
- Grado de instrucción: Superior
- Ocupación: Ama de casa
- Madre refiere "La enfermera no tenía paciencia" "vamos a demorar una hora para pesarte"
- Mama refiere "Quisiera que alguien me ayude"

Padre:

- **Nombre:** W. C
- Edad: 36 años
- Grado de instrucción: Superior

- Ocupación: Obrero

Niño:

- Apgar: 9 puntos.
- Sufrimiento Fetal: No
- Peso al nacer: 3,610 gr
- Talla al nacer: 51 cm
- PC al nacer: 32.5 cm
- Alteraciones congénitas :No
- Alimentación hasta los 6 meses: LME
- Frecuencia: a demanda
- Inició alimentación complementaria a los 6 meses
- Alergias: No
- Patologías de RN: No
- Hospitalizaciones :No
- Recibe suplementación de Hierro: no
- Hemoglobina después de tratamiento 11.8g/dl

- **Hábitos de Higiene:**

- Regular estado de higiene general, regular estado higiene oral
- Se lava las manos antes de comer y después de ir al baño.
- Se lava los dientes después de la cena

- **Vacunas:**

Tabla N°1: Calendario de Vacunas

EDAD	VACUNA	FECHA
RN	HvB	01/10/2015
	BCG	02/10/2015
2meses	IVP	02/12/2015

	pentavalente	02/12/2015
	Neumococo	02/12/2015
	Rotavirus	02/12/2015
4meses:	IVP	03/02/2016
	Pentavalente	03/02/2016
	Rotavirus	03/02/2016
	Neumococo	03/02/2016
6meses:	APO + Pentavalente	3/04/2016
7meses:	Influenza	9/07/2016
8meses	Influenza	9/07/2016
12meses	SPR	12/10/2016
15meses	anti amflica	25/03/17
18	DPT	12/06/2017
meses	SPR	12/06/2017
	APO	12/06/2017

Fuente: construcción propia

- **Estilo de vida:** la mayor parte del tiempo está en casa, juega con muñecas, corta papel y pinta. Ve televisión, salen al parque los fines de semana, tiene un hermano de 10 años que a veces juega con ella.
- Asiste a sesiones de estimulación temprana

Nutricional-Metabólico:

- Peso: 9,500 gr.
- Talla: 82 cm.
- Estado nutricional: Desnutrición aguda Peso para la talla (P/T) z=-2 Ganancia de peso: 1gr/día , inadecuado
- Piel y mucosas hidratadas
- Color: pálida
- Integridad: intacta

Boca:

- Cavidad Bucal: limpia e íntegra
- Dentadura temporal, cuenta con 16 dientes: 8 maxilar superior y 8 maxilar inferior
- Paladar normal, sin malformaciones
- Suplementos de hierro: no recibió

Alimentación:

- Apetito: Inapetente. La madre refiere “Solo acepta de tres a cinco cucharitas, luego presenta náuseas”. “Rechaza la comida.”
- Alimentos: ingesta esporádica de pescado.
- Tipo de alimentación: alimentación completa
- Come con ayuda, pero rechaza luego de tres a cinco cucharadas.
- N° de comidas: 3 comidas: tres comidas principales. come del menú de la casa, a veces, cuando pide a media mañana y/o media tarde: come fruta , yogurt o leche
- Cantidad: poca cantidad por lo general aprox. 4 a 5 cucharas.

- Ganancia de peso inadecuada. No aumentó su peso en los dos últimos controles mensuales, mantuvo su peso de 9, 500 kg. y su talla de 82 cm.
- Preferencias alimentarias: le agradan los dulces galletas, le desagrada las carnes.
- Tipo de leche que consume: leche gloria para niños.
- Cantidad: dos vasos por día como parte de su desayuno o cena
- Ingesta de líquidos: adecuada

Abdomen:

- Abdomen: Blando/Depresible
- Ruidos Hidroaéreos: Presentes/ Normales

Eliminación:**Intestinales:**

- Controla esfínteres
- N° de deposiciones: 1 vez al día en las mañanas
- Color: amarillo pardo
- Consistencia: pastosa
- Cantidad aprox: 80- 100 cc

Vesicales:

- Controla esfínteres en el día en la noche aún no.
- Frecuencia: 3 a 5 veces al día
- Color : amarillo claro
- Cantidad aprox: 40cc por vez

- Ha dejado el pañal: 2 a 6 meses

Patrón de Actividad –Ejercicio

- Respiración 28 X’.
- Secreciones: ausentes con buen murmullo vesicular
- Tos: no
- Frecuencia cardiaca: 110X’
- Edema: no
- Camina solo
- Colabora para vestirse

Patrón de Descanso- Sueño

- Horas de sueño: 10 Horas.
- Siestas: Antes de iniciar el periodo de sueño se torna muy llorosa e irritable
- Problemas para conciliar el sueño: No

Patrón Cognitivo- Perceptual

- Niña activa.
- No presenta trastornos ni malformaciones congénitas.
- Dolor: No
- Madre refiere “mi hija no puede construir torres de 5 cubos” , “Habla poco”
- Desarrollo psicomotriz: se aplica TEPSI
- Área motora: Normal
- Área lenguaje: Riesgo

- Área: coordinación: Riesgo

Patrón Autopercepción Y Autoconcepto

- Estado Emocional niña: Se irritabilidad con facilidad
- Se identifica con su sexo femenino.
- Madre refiere: “No la deajo sola por que tengo miedo que se caiga”
- La madre le alcanza los juguetes no deja que se mueva del lugar donde la puso.
- Cuidado de la niña: madre con sobreprotección hacia la niña.

Patrón Relaciones – Rol

- Fuentes de Apoyo: el padre trabaja y la madre se dedica al cuidado del hogar.
- Estado Civil de los Padres: Conviviente
- Problemas Familiares: el padre no se involucra en el cuidado de la niña.
- Tipo de Familia: nuclear.
- Padres con predisposición para ayudar a mejorar en el crecimiento y desarrollo adecuado de la niña

Patrón Sexualidad – Reproducción

- Órganos Genitales: limpios e íntegros

Patrón Adaptación-Tolerancia al Estrés

- Preocupación principal de los padres: que su hijo presente poco apetito

Patrón Valores – Creencias

- Restricciones Religiosas: No
- Religión de los Padres: Católica

- Emplean la medicina tradicional: Pasada de huevo y lumbre en caso de susto.

Hallazgos significativos por patrones funcionales

Patrón percepción- control de la salud

- Los padres tienen poca información acerca del crecimiento y desarrollo del niño.
- Dejó de asistir al control de crecimiento y desarrollo debido a que la niña no se deja tallar y pesar, además de una inadecuada comunicación terapéutica de parte de la enfermera. Figura en el carnet de CRED una calificación “madre sobreprotectora”.

Patrón Nutrición – Metabólico

- **Apetito:** Inapetente. Solo acepta de tres a cinco cucharitas, luego presenta náuseas. Rechaza la comida.
- **Alimentos:** ingesta esporádica de carnes.
- **Ganancia de peso inadecuada.** No aumentó su peso en los dos últimos controles mensuales, mantuvo su peso de 9.500 kg. y su talla de 82 cm

Patrón Cognitivo- Perceptual

- Riesgo en área de lenguaje
- Riesgo en el área de coordinación

Patrón De Actividad –Ejercicio

- La niña no cuenta con actividades recreativas que demanden actividad física.

Patrón Autopercepción Y Autoconcepto

- Niña con limitada autonomía por sobreprotección de la madre.

- La madre refiere “ habla poco”
- La niña se sujeta a la ropa de la madre y no separa de ella

Diagnósticos de Enfermería

Análisis de las etiquetas diagnósticas

Etiqueta diagnóstica: Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales

Código : 00002

Dominio : 2 Nutrición

Clase : 1Ingestión

Página : 163

Definición: Consumo de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas

Factor relacionado: ingesta diaria insuficiente (aprox 12 cucharas al día)

Características definitorias: Saciedad inmediatamente después de ingerir los alimentos y bajo peso para su edad.

Enunciado de enfermería: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales
R/C ingesta diaria insuficiente evidenciado por saciedad inmediatamente después de ingerir alimentos y bajo peso

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de retraso en el desarrollo

Código: 00112

Dominio: 13 crecimiento y desarrollo

Clase: 2 Desarrollo

Página: 452

Definición: Vulnerable a sufrir un retraso del 25% o más en las áreas de la conducta social autorreguladora, cognitiva, del lenguaje o de las áreas de la conducta motoras gruesas o finas, que puede comprometer la salud.

Factor de riesgo: nutrición inadecuada y por desinterés de los padres en el desarrollo psicomotor

Enunciado de enfermería: Riesgo de retraso en el desarrollo (puntaje de desarrollo en el área coordinación puntaje T = 31 y lenguaje puntaje T = 38 inferior al estándar normal)
R/C nutrición inadecuada y por desinterés de los padres en el desarrollo psicomotor

Etiqueta diagnóstica: Cansancio del rol del cuidador

Código: 00061

Clase: 1 Roles del cuidador

Dominio: 7 Rol/relaciones

Página: 279

Definición: Dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia o de otras personas significativas.

Factor relacionado: agotamiento en el cuidado y frustración

Características definitorias: Estado de salud del cuidador: Inestabilidad emocional (llora) cansancio, rostro agotado.

Enunciado de enfermería: Cansancio del rol del cuidador R/C agotamiento en el cuidado y frustración evidenciado por estado de salud del cuidador: Inestabilidad emocional (llora) cansancio, rostro agotado.

Etiqueta diagnóstica: Afrontamiento familiar comprometido

Código: 00074

Dominio: 9 Afrontamiento tolerancia/ al estrés.

Clase: 2 Respuestas de afrontamiento.

Página: 327

Definición: Una persona de referencia que habitualmente brinda apoyo (familiar, persona santificativa o amigo íntimo), proporcionando confort ayuda o estímulo, o una asistencia o estímulo necesario para que el paciente maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su cambio en la salud, lo hace de manera insuficiente o ineficaz, o dicho apoyo se ve comprometido.

Factor relacionado: Desorganización familiar.

Características definitorias: Conducta protectora de la persona de referencia incongruente con las necesidades de la autonomía de la niña.

Enunciado de enfermería: Afrontamiento familiar comprometido relacionado con desorganización familiar evidenciado por conducta protectora de la persona de referencia incongruente con las necesidades de autonomía de la niña.

Etiqueta diagnóstica: Incumplimiento del Control de crecimiento y Desarrollo

Código: 00079

Dominio: 1 Promoción de la salud.

Clase: 2 Gestión de la salud.

Página: 145

Definición: Conducta de una persona y/o un cuidador que no coincide con el plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre la persona (y/o la familia y/o la comunidad) y el profesional sanitario ante un plan terapéutico o promoción de la salud, la conducta de la persona o del cuidador es de falta de adherencia total o parcial y puede conducir a resultados clínicos ineficaces o parcialmente ineficaces

Factor relacionado: Sistema sanitaria: Baja satisfacción con la atención sanitaria, dificultad en la relación paciente – profesional.

Características definitorias: Falta a las citas, conducta de no adherencia.

Enunciado de enfermería: Incumplimiento del control de CRED R/C sistema sanitario: baja satisfacción con la atención sanitaria, dificultad en la relación paciente – profesional evidenciado por conducta de no adherencia y faltas a las citas programadas.

Enunciado de los diagnósticos de enfermería

1. Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales R/C ingesta diaria insuficiente evidenciado por saciedad inmediatamente después de ingerir alimentos y bajo peso
2. Riesgo de retraso en el desarrollo (en el área coordinación puntaje T = 31 y lenguaje puntaje T = 38 inferior al estándar normal) R/C nutrición inadecuada y desinterés de los padres en el desarrollo psicomotor .
3. Cansancio del rol del cuidador R/C agotamiento en el cuidado y frustración evidenciado por estado de salud del cuidador: Inestabilidad emocional (llora) cansancio, rostro agotado.

4. Afrontamiento familiar comprometido R/C desorganización familiar evidenciado por conducta protectora de la persona de referencia incongruente con las necesidades de autonomía de la niña.
5. Incumplimiento del control de Crecimiento y Desarrollo R/C sistema sanitario: baja satisfacción con la atención sanitaria, dificultad en la relación paciente – profesional evidenciado por conducta de no adherencia y faltas a las citas programadas.

Planificación

Priorización de los diagnósticos enfermería

1. Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales R/C ingesta diaria insuficiente evidenciado por saciedad inmediatamente después de ingerir alimentos y bajo peso.
2. Riesgo de retraso en el desarrollo (en el área coordinación puntaje T = 31 y lenguaje puntaje T = 38 inferior al estándar normal) R/C nutrición inadecuada y desinterés de los padres en el desarrollo psicomotor.
3. Incumplimiento del control de Crecimiento y Desarrollo R/C sistema sanitario: baja satisfacción con la atención sanitaria, dificultad en la relación paciente – profesional evidenciado por conducta de no adherencia y faltas a las citas programadas.
4. Cansancio del rol del cuidador R/C agotamiento en el cuidado y frustración evidenciado por estado de salud del cuidador: Inestabilidad emocional (llora) cansancio, rostro agotado.

5. Afrontamiento familiar comprometido relacionado con desorganización familiar evidenciado por conducta protectora de la persona de referencia incongruente con las necesidades de autonomía de la niña.

Planes de cuidados

Dx. Enfermería: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales R/C ingesta diaria insuficiente evidenciado por saciedad inmediatamente después de ingerir alimentos y bajo peso.

Tabla N°2: Desequilibrio nutricional

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>Objetivo General:</p> <p>Pre escolar mejorará estado nutricional progresivamente según índice nutricional de ganancia de peso y talla.</p> <p>Resultados Esperados</p> <p>1. Pre escolar incrementará su</p>	<p>1. Establece comunicación terapéutica con la madre y el niño</p> <p>2. Control de peso y talla del niño.</p> <p>3. Brindar asesoramiento nutricional a la madre</p>	<p>1. La comunicación terapéutica es un proceso interactivo y recíproco entre la enfermera y el paciente que permite explicar al paciente nuestra intención de ayuda y el tipo de cuidados que le vamos a ofrecer.</p> <p>2. La valoración antropométrica nos permite detectar alteraciones del crecimiento.</p> <p>3. Asesoría es una ciencia y arte que integra conocimientos de nutrición para generen hábitos y comportamientos nutricionales en los seres humanos y favorezca la conservación de la salud y prevención de enfermedades</p> <p>4. La participación del personal profesional especializado nutricionista es decisivo para</p>

<p>peso 10gr /día progresivamente</p> <p>2. Pre escolar mejorará su apetito progresivamente</p>	<p>4. Derivar al consultorio de nutrición.</p> <p>5. Monitoreo del estado nutricional</p> <p>6. Retroalimentación de la enseñanza de la dieta prescrita</p> <p>7. Vigilar las características evacuación fecal</p> <p>8. Realizar sesiones demostrativas de preparación de alimentos</p>	<p>el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades nutricionales</p> <p>5. La revisión cada periódica del peso y talla y el registro en el carnet de la ganancia o pérdida de peso, ayudan a identificar las posibles alteraciones, causas de la enfermedad.</p> <p>6. La retroalimentación consiste en mantener la acción o eficacia de un sistema mediante la continua revisión de los elementos del proceso y de sus resultados con el fin de realizar las modificaciones que sean necesarias</p> <p>7. El olor, tamaño y consistencia de las heces y la frecuencia de las deposiciones revelan nuestro estado general de salud. La diarrea persistente ocasiona pérdida peso a través de las heces</p> <p>8. Sesión demostrativa es una actividad educativa, los participantes aprenden a combinar los alimentos locales en forma adecuada, según las necesidades nutricionales de la niña y niño menor de 3 años, a través de una participación activa y un trabajo grupal. La sesión demostrativa hace uso de la metodología denominada “aprender haciendo” y está dirigida a madres, padres o personas responsables del cuidado</p>
---	--	---

Fuente: creación propia

Dx enfermería: Riesgo de retraso en el desarrollo (puntaje de desarrollo en el área coordinación puntaje T = 31 y lenguaje puntaje T = 38 inferior al estándar normal) R/C nutrición inadecuada y desinterés de los padres en el desarrollo psicomotor

Tabla N°3: Riesgo de retraso en el desarrollo

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>Objetivo general:</p> <p>Pre escolar disminuirá riesgo de retraso en el desarrollo psicomotor según puntuación de test TEPSI progresivamente</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sensibilización a la madre a través de consejería sobre la importancia del desarrollo psicomotor del niño menor a 5 años. 2. Pre escolar participa de sesiones de estimulación temprana 3. Monitorización del desarrollo psicomotor del preescolar 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es fundamental que las madres y especialistas sepan valorar adecuadamente el desarrollo psicomotor de los niños para detección de alguna alteración y facilitar su tratamiento oportuno y prevenir complicaciones. 2. La estimulación temprana ayuda a fortalecer el cuerpo y a desarrollar las emociones y la inteligencia del niño o niña 3. Monitorizar permite verificar el logro de los ítems correspondientes a su edad

Fuente: creación propia

Dx. Enfermería: Incumplimiento del control de Crecimiento y Desarrollo R/C sistema sanitario: baja satisfacción con la atención sanitaria, dificultad en la relación paciente – profesional evidenciado por conducta de no adherencia y faltas a las citas programadas

Tabla N°4: Incumplimiento del control de Crecimiento y Desarrollo

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>Objetivo general: Pre escolar cumplirá el calendario de control CRED</p> <p>Resultados esperados:</p> <p>1. Pre escolar asistirá puntualmente según cita.</p> <p>2. Pre escolar referirá satisfacción sobre el cuidado recibido en el</p>	<p>1. Sensibilización al personal de enfermería sobre el enfoque de buen trato del binomio madre – niño.</p> <p>2. Visita domiciliaria de seguimiento por inasistencia al control de crecimiento y desarrollo de la niña.</p> <p>3. Brinda consejería sobre la importancia de la estrategia del control de crecimiento y desarrollo de niña y programación de citas.</p>	<p>1. El buen trato crea una buena comunicación y establece vínculos de confianza entre el paciente y enfermero</p> <p>2. La visita domicilia permite conocer el hogar, el entorno y la situación familiar; detectar necesidades, recursos y redes; evalúa a la familia como unidad de cuidado; mejora la definición de los problemas de salud y diferenciar los diagnósticos de las personas y permite visualizar a las personas, no como una patología, sino como seres humanos que tienen un problema de salud</p> <p>3. La madre podrá verificar si su niña está creciendo adecuadamente, es decir que este ganando peso y talla que necesita .También permitirá evaluar el desarrollo</p>

centro de salud	4. Realizar el control de crecimiento y desarrollo de la niña en la cita programada	es decir que este adquiriendo habilidades que corresponde a su edad 4. El asistir a la fecha programada permite conocer el crecimiento y desarrollo alcanzado a ese momento y tener un punto de comparación en un periodo corto y si hay alguna alteración actuar de inmediato.
Fuente: creación propia		

Dx. Enfermería: Cansancio del rol del cuidador R/C agotamiento en el cuidado y frustración evidenciado por Estado de salud del cuidador: Inestabilidad emocional (llora) cansancio, rostro agotado.

Tabla N°5: Cansancio del rol del cuidador

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>Objetivo General:</p> <p>Madre evidenciará bienestar</p> <p>Resultados esperados:</p> <p>1. Madre presentara fascias relajada</p>	<p>1. Consejería a la madre sobre la importancia del equilibrio emocional.</p> <p>2. Realizar actividades recreativas</p>	<p>1. El equilibrio emocional son respuestas emocionales adecuadas que un individuo brinda hacia el entorno que lo rodea. Los trastornos emocionales y del estado de ánimo paterno o cuidador origina a largo plazo problemas de autocontrol y disminuyen las habilidades sociales</p> <p>2. Las actividades recreativas en familia facilitan la conservación de salud, eliminan las tenciones emocionales y reduce el estrés.</p>

<p>2. Madre referirá sentirse menos cansada</p> <p>3. Madre recibirá apoyo de otro miembro de la familia</p>	<p>3. Ayude a programar sus actividades en un horario.</p> <p>4. Enseñar técnicas relajación</p>	<p>3. Permite conocer las actividades a realizar y programar su ejecución durante el día o semana,</p> <p>4. Las técnicas de relajación tienen un efecto de recuperación para el organismo, permitiendo que los sistemas respiratorio, circulatorio, y digestivo, funcionen de forma adecuada.</p>
--	--	--

Fuente: creación propia

Dx. Enfermería: Afrontamiento familiar comprometido relacionado con desorganización familiar evidenciado por conducta protectora de la persona de referencia incongruente con las necesidades de autonomía de la niña

Tabla N° 6: Afrontamiento familiar comprometido

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>Objetivo General:</p> <p>Padres mejorarán roles familiares en 2 meses</p>	<p>1. Consejería para la sensibilización de la madre en equidad de roles y empoderamiento.</p>	<p>1. La distribución de las responsabilidades en el hogar va a incidir directamente en una mejor calidad de vida, especialmente para la mujer al disminuir su carga de trabajo, sus niveles de cansancio y estrés</p>

<p>Resultados esperados.</p> <p>Madre presentará una distribución de roles de familia en 2 meses</p> <p>Pre escolar explorará lugares nuevos</p>	<p>2. Consejería sobre empoderamiento de genero</p> <p>3. Consejería relacionado a conducta sobreprotectora</p>	<p>2. El empoderamiento permite a las personas confiar en sus capacidades y desarrollan un pensamiento positivo</p> <p>3. La sobreprotección influye en el desarrollo de alteraciones cognitivas y emocionales en los hijos. En las familias en que los adultos a cargo son ansiosos ejercen un mayor control del niño limitando la independencia, disminuyendo el desarrollo de las competencias sociales en los hijos</p>
---	---	---

Fuente: creación propia

Ejecución

SOAPIE

Diagnóstico de enfermería: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales

R/C ingesta diaria insuficiente evidenciado por saciedad inmediatamente después de ingerir alimentos y bajo peso

Tabla N° 7: SOAPIE Desequilibrio nutricional

Fecha/hora		Intervenciones
22/ 1/ 2018	S	La madre refieren que: “Solo acepta de tres a cinco cucharitas, luego presenta náuseas”. “Rechaza la comida”
22/ 1/ 2018	O	Se observa a la paciente contextura delgada, piel pálida
22/ 1/ 2018	A	Diagnóstico de enfermería: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales R/C ingesta diaria insuficiente evidenciado por saciedad inmediatamente después de ingerir alimentos y bajo peso
22/ 1/ 2018	P	Pre escolar mejorará estado nutricional progresivamente según índice nutricional de ganancia de peso y talla. Preescolar incrementara el peso 10gr /día progresivamente Pre escolar mejorara el apetito progresivamente
22/ 1/ 2018	I	Se estableció una adecuada comunicación terapéutica con la madre y el niño Se realizó control de peso y talla del niño Se derivó a la madre al consultorio de nutrición para asesoramiento nutricional Se realizó monitoreo del estado nutricional. Se ejecutó retro alimentación de la enseñanza de dieta prescrita. Se recomendó a la madre vigilar las características evacuación fecal Se realizó sesiones demostrativas de preparación de alimentos
22/ 1/ 2018	E	OPA : Objetivo Parcialmente Alcanzado. Pre escolar ha incrementado el peso corporal pero aun no es suficiente para su edad (ganancia de peso 7,3 gr/día)

Fuente: creación propia

Dx enfermería: Riesgo de retraso en el desarrollo (en el área coordinación puntaje T = 31 y lenguaje puntaje T = 38 inferior al estándar normal) R/C nutrición inadecuada y desinterés de los padres en el desarrollo psicomotor

Tabla N° 8: SOAPIE Riesgo de retraso en el desarrollo

Fecha/hora		Intervenciones
22/ 1/ 2018	S	Madre refiere “mi hija no puede construir torres de 5 cubos”, “ mi hija se irrita con facilidad” y “ habla poco”
22/ 1/ 2018	O	Se aplica TEPSI y se obtiene en el área coordinación puntaje T = 31 y lenguaje puntaje T = 38 inferior al estándar normal. No logra realizar torres con 7 cubos y no vocaliza y /o identifica objetos comunes
22/ 1/ 2018	A	Riesgo de retraso en el desarrollo (en el área coordinación puntaje T = 31 y lenguaje puntaje T = 38 inferior al estándar normal) R/C nutrición inadecuada y desinterés de los padres en el desarrollo psicomotor
22/ 1/ 2018	P	Preescolar mejorará el desarrollo psicomotor de la niña según puntuación de test TEPSI progresivamente Madre mejorará conocimiento sobre la importancia desarrollo psicomotor Preescolar presentará desarrollo psicomotor aceptable en las áreas de lenguaje y coordinación según TEPSI puntuación mayor de 40 progresivamente
22/ 1/ 2018	I	Se brindó consejería a la madre a través de consejería sobre la importancia del desarrollo psicomotor del niño menor a 5 años. El Pre escolar asistió a sesiones de estimulación temprana Se realizó monitorización del desarrollo psicomotor del preescolar
22/ 1/ 2018	E	OA : Objetivo Alcanzado Niña asiste a sesiones de estimulación temprana, hace torres de 7 cubos y reconoce objetos comunes

Fuente: creación propia

Dx. Enfermería: Incumplimiento del control de Crecimiento y Desarrollo relacionando con R/C sistema sanitario: baja satisfacción con la atención sanitaria, dificultad en la relación paciente – profesional evidenciado por conducta de no adherencia y faltas a las citas del programa

Tabla N° 9: SOAPIE Incumplimiento del control de Crecimiento y Desarrollo

Fecha/hora		Intervenciones
22/ 1/ 2018	S	Madre refiere "La enfermera no tenía paciencia" "vamos a demorar una hora para pesarte"
22/ 1/ 2018	O	Se lee en el carnet de CRED : "madre sobreprotectora" No se encuentran datos del control de CRED de última cita por inasistencia.
22/ 1/ 2018	A	Incumplimiento del control de Crecimiento y Desarrollo relacionando con R/C sistema sanitario: baja satisfacción con la atención sanitaria, dificultad en la relación paciente – profesional evidenciado por conducta de no adherencia y faltas a las citas del programa
22/ 1/ 2018	P	Madre cumplirá el calendario de control CRED Madre asistirá al consultorio de CRED puntualmente según cita. Madre referirá satisfacción sobre el cuidado recibido en el centro de salud
22/ 1/ 2018	I	Se realizó visita domiciliaria de seguimiento por inasistencia al control de crecimiento y desarrollo de la niña. Se brindó consejería sobre la importancia de la estrategia del control de crecimiento y desarrollo de niña y programación de citas. Se realizó el control de crecimiento y desarrollo de la niña en la cita programada
22/ 1/ 2018	E	OA: Objetivo Alcanzado. Madre acude al control de crecimiento y desarrollo según cita

Fuente: creación propia

Dx. Enfermería: Cansancio del rol del cuidador R/C agotamiento en el cuidado y frustración evidenciado por Estado de salud del cuidador: Inestabilidad emocional (llora) cansancio, rostro agotado.

Tabla N° 10: SOAPIE Cansancio del rol del cuidador

Fecha/hora		Intervenciones
22/ 1/ 2018	S	Mama refiere “Quisiera que alguien me ayude”,”me siento muy cansada”
22/ 1/ 2018	O	Se Observa rostro agotado, llora
22/ 1/ 2018	A	Cansancio del rol del cuidador R/C agotamiento en el cuidado y frustración evidenciado por Estado de salud del cuidador: Inestabilidad emocional (llora) cansancio, rostro agotado.
22/ 1/ 2018	P	Madre evidenciará bienestar Madre presentará fascie relajada Madre referirá sentirse menos cansada Madre recibirá apoyo de otro miembro de la familia
22/ 1/ 2018	I	Madre recibió consejería sobre la importancia del equilibrio emocional. Madre realizó actividades recreativas Madre realizó un planificador de actividades diarias, semanal y mensual Madre ejecutó técnicas relajación
22/ 1/ 2018	E	OA: Objetivo Alcanzado Se observa a la madre más fortalecida, fresca y recibe el apoyo del esposo

Fuente: creación propia

Dx. Enfermería: Afrontamiento familiar comprometido relacionado con desorganización familiar evidenciado por conducta protectora de la persona de referencia incongruente con las necesidades de autonomía de la niña

Tabla N° 11: SOAPIE Afrontamiento familiar comprometido

Fecha/hora		Intervenciones
22/ 1/ 2018	S	La madre refiere “No la deajo sola por que tengo miedo que se caiga”
22/ 1/ 2018	O	Se observa que la niña se sujeta a la ropa de la madre y no separa de ella, y la madre le alcanza los juguetes no deja que se mueva del lugar donde la puso por temor refiere a que se caiga.
22/ 1/ 2018	A	Afrontamiento familiar comprometido relacionado con desorganización familiar evidenciado por conducta protectora de la persona de referencia incongruente con las necesidades de autonomía de la niña
22/ 1/ 2018	P	Padres mejoraran roles familiares de la familia en 2 meses Madre presentara una distribución de roles de familia en 2 meses Pre escolar explorara lugares nuevos
22/ 1/ 2018	I	Se realizó consejería para a los miembros de la familia en equidad de roles y empoderamiento. Se realizó consejería a la madre sobre empoderamiento de genero Se realizó consejería relacionado a conducta sobreprotectora
22/ 1/ 2018	E	OA : Objetivo Alcanzado Madre presenta distribución de roles con su esposo La niña explora lugares nuevos

Fuente: creación propia

Evaluación

Tabla N° 12: Evaluación Diagnòstico1

Diagnòstico1	Evaluación
<p>Objetivo general:</p> <p>Pre escolar mejorará estado nutricional progresivamente según índice nutricional de ganancia de peso y talla.</p> <p>Resultados Esperados</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pre escolar incrementara el peso 10gr /día progresivamente - Pre escolar mejorara el apetito progresivamente 	<p>Objetivo Parcialmente Alcanzado (OPA):</p> <p>Pre escolar ha incrementado el peso corporal pero aún no es suficiente para su edad (ganancia de peso 7.3gr/día)</p>

Fuente: creación propia

Tabla N° 13: Evaluación Diagnóstico 2

Diagnóstico 2	Evaluación
<p>Objetivo general:</p> <p>Pre escolar disminuirá el riesgo de atraso en el desarrollo psicomotor , según puntuación de test TEPSI progresivamente</p>	<p>Objetivos Alcanzado (OA)</p> <p>Niña asiste a sesiones de estimulación temprana, hace torres de 7 cubos y reconoce objetos comunes</p>

Fuente: creación propia

Tabla N° 14: Evaluación Diagnóstico 3

Diagnóstico 3	Evaluación
<p>Objetivo general:</p> <p>Madre cumplirá el calendario de control CRED</p> <p>Resultados esperados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Madre asistirá puntualmente al consultorio de CRED según cita. - Madre referirá satisfacción sobre el cuidado recibido en el centro de salud 	<p>Objetivos Alcanzado (OA)</p> <p>Madre acude al control de crecimiento y desarrollo según cita</p>

Fuente: creación propia

Tabla N° 15: Evaluación Diagnóstico 4

Diagnóstico 4	Evaluación
<p>Objetivo General:</p> <p>Madre evidenciará bienestar</p> <p>Resultados esperados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Madre presentará fascie relajada - Madre referirá sentirse menos cansada - Madre recibirá apoyo de otro miembro de la familia 	<p>Objetivos alcanzado (OA)</p> <p>Se observa a la madre mas fortalecida, fresca y recibe el apoyo del esposo</p>

Fuente: creación propia

Tabla N° 16: Evaluación Diagnóstico 5

Diagnóstico 5	Evaluación
<p>Objetivo General:</p> <p>Padres mejoraran roles familiares de la familia progresivamente</p> <p>Resultados esperados.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Madre presentará una distribución de roles de familia progresivamente - Niña explorará nuevos lugares 	<p>Objetivos alcanzado (OA)</p> <p>Madre presenta una distribución de roles con su esposo.</p> <p>Niña explora lugares nuevos</p>

Fuente: creación propia

Capítulo II

Marco teórico

Antecedentes:

- Flores (2014) realizó un estudio titulado Efectividad del Programa de Estimulación Temprana en el Desarrollo Psicomotor en Niños de 0 a 3 Años. Vida's Centro de la Familia, el objetivo del estudio fue determinar la efectividad del programa de estimulación temprana en el desarrollo psicomotor de los niños de 0 a 3 años. Vida's Centro de la Familia, el estudio fue de tipo cuasiexperimental, se trabajó con un grupo experimental (GE) y un grupo control (GC) cada uno de 50 niños. Las sesiones del Programa de Estimulación Temprana consistieron de: a) masajes (técnica Shantala), b) técnicas de lenguaje, c) dinámicas de juegos con material didáctico, d) musicoterapia, e) danza vivencial y, f) la estimulación acuática. y concluyó La aplicación del Programa de Estimulación Temprana de la institución Vida's de Trujillo promueve el incremento de la adquisición de conductas psicomotoras de los niños estimulados en comparación con sus pares sin estimulación temprana.
- Laguado (2013) realizó un estudio titulado “Cuidado de Enfermería a padres para fortalecer el crecimiento y desarrollo de sus hijos”, el objetivo fue ejecutar apoyo educativo a los padres para identificar necesidades, cuidados y estimulación en el niño para fortalecer su crecimiento y desarrollo, el estudio fue de tipo descriptivo y empleo la metodología de proceso de atención de enfermería, los resultados fueron: el proceso de enfermería permite priorizar el cuidado y orienta el apoyo educativo de los padres y contribuye a intervenir las

condiciones que afectan el crecimiento y desarrollo del niño y concluye que mediante la intervención oportuna (apoyo educativo) a los padres permite que identifiquen los cuidados que se deben modificar y los que fortalecen el crecimiento y desarrollo. Además aplicación del proceso de atención de enfermería permite reconocer el lenguaje estandarizado.

(Laguado, 2013)

- Marrufo (2012) realizó un estudio titulado “ Actitudes de las madres hacia la Alimentación Infantil en preescolares del Nido “Belén Kids”. Los Olivos. 2011, que tuvo como objetivo: determinar las actitudes de las madres hacia la alimentación infantil en preescolares del nido “Belén Kids”. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, diseño descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 45 madres de niños de 3 a 5 años y la muestra fue de 32 madres. Los resultados fueron que de 32 madres (100%); 17 madres (53%) presentaron actitudes desfavorables hacia la alimentación infantil y 15 madres (47%) actitudes favorables. Se concluyó que en las madres hay una tendencia de actitudes desfavorables hacia la alimentación infantil. Estas actitudes influyen en la nutrición de sus niños, lo que podría generarles problemas de desnutrición, poniéndolos en riesgo de presentar alteraciones que afectarían su normal crecimiento-desarrollo y predisponiéndolos a enfermedades a lo largo de su vida.
- Moreno y Lora (2017) realizaron un estudio titulado: “ Intervenciones enfermeras aplicadas a la nutrición”, los objetivos de estudio fueron: identificar si existen intervenciones de enfermería enfocadas a conseguir un correcto estado nutricional de la población sana y enferma y determinar la importancia de la formación en alimentación y nutrición de los profesionales de enfermería, la metodología que empleo fue a revisión bibliográfica en diferentes bases de datos para conocer las intervenciones nutricionales que las enfermeras

realizan Se obtuvo los siguientes resultados en la actualidad se da escasa importancia a los cuidados nutricionales. Además, la enfermería tiene un perfil profesional idóneo para participar en la consecución de un adecuado estado nutricional de la población sana y enferma y concluyeron que la malnutrición está reconocida como un problema de salud, - la formación de los profesionales sanitarios en temas de alimentación y nutrición puede mejorar la situación, estos conocimientos les permitirían tomar conciencia sobre el problema. Además, les permitiría saber cómo actuar para prevenir y/o tratar la malnutrición en la población.

Marco conceptual

Desnutrición

Según la OMS “la desnutrición es la ingesta insuficiente de alimentos de forma continua, que es insuficiente para satisfacer las necesidades de energía alimentaria, sea por absorción deficiente y/o por uso biológico deficiente de los nutrientes consumidos”(De la Mata, 2008) “Es aquella condición patológica inespecífica, sistémica y reversible en potencia que resulta de la deficiente utilización de los nutrimentos por las células del organismo”(Márquez et al., 2012).

La desnutrición se presenta por falta de alimentos en cantidad y grupo de alimento adecuada para su supervivencia, buen funcionamiento, desarrollo de su cuerpo y de sus capacidades cognitivas e intelectuales. (UNICEF, 2011)

Las causas de desnutrición puede ser: falla en la ingesta de alimentos (cantidad y grupo en calidad), alteraciones en la absorción, metabolismo acelerado y exceso en la excreción (diarrea) (Márquez et al., 2012)

El niño con desnutrición se caracteriza por ser pequeño para su edad, pesar menos de lo que le corresponde para su edad, pesa poco para su altura Además puede presentar extrema delgadez del cuerpo (hueso y pellejo) o cuerpo edematizado, pelo rojizo y rostro triste.

La clasificación de Waterlow es la mejor manera de identificar la desnutrición mediante temporalidad e intensidad y puede ser de la siguiente manera, de acuerdo a los índices:

Normal ($\%P/T < 10\%$, $\%T/E < 5\%$), desnutrido agudo ($\%P/T =$ entre 80 y 90%, $\%T/E > 90\%$), desnutrido crónico en recuperación ($\%P/T > 90\%$, $\%T/E 80-90\%$) y crónico agudizado ($\%P/T < 90\%$, $> T/E < 90\%$). (Márquez et al., 2012)

El índice antropométrico que deberá utilizarse será el peso para la talla. Y Las gráficas de crecimiento que más se ajustan a la población latina son: para menores de 5 años, OMS 2005, y mayores de 5 años, CDC de 2000. (Márquez et al., 2012)

El tratamiento debe realizarse en relación a la edad biológica y no a la edad cronológica.

(Márquez et al., 2012)

La desnutrición es una de las principales causas de la mortalidad en niños menores de cinco años y que el 83% de estas muertes fueron debidas a una desnutrición leve a moderada.

Asimismo la desnutrición reduce la inmunidad humoral y celular, así como de barreras físicas tales como el moco protector en las vías respiratorias y la acidez gástrica favoreciendo a la presencia de infecciones frecuentes. De igual manera desnutrición produce reducción en la capacidad física e intelectual e influye sobre los patrones de comportamiento durante la

adultez. Sobre todo los niños con enanismo presentan menor capacidad de aprendizaje y disminuye su rendimiento escolar. En la adultez, el enanismo reduce la productividad y por tal razón tienen menos ingresos económicos. En el caso de niñas con enanismo nutricional tienen mayor riesgo de tener hijos con bajo peso al nacer lo que representa mayor riesgo de morbi-mortalidad infantil. En cuanto al daño de la función intelectual se no solo se presentará daño cerebral en los primeros años de vida, sino que el letargo que produce la desnutrición limita la oportunidad de explorar su entorno y el desarrollo de habilidades motoras. También El bajo peso al nacer y el enanismo nutricional incrementa riesgo de contraer enfermedades crónicas en la adultez, incluyendo obesidad, diabetes, enfermedades cardíacas, hipertensión arterial y accidentes cardiovasculares (Segura, Montes, Hilario, Asenjo, & Baltazar, 2002)

El rol de la enfermera que labora en el consultorio de crecimiento y desarrollo es fundamental para la identificación precoz de los niños con riesgo de desnutrición, aplicar el proceso de atención de enfermería y consejos alimentarios a los pacientes y/o cuidadores para minimiza las consecuencias negativas en la evolución clínica y modificar el estilo de vida de los ciudadanos y en los niños el promover hábitos de vida saludable desde los primeros años (Moreno & Lora, 2017).

En el Perú, la malnutrición infantil crónica afecta al 13,1 % de los niños menores de 5 años, aunque se registran diferencias considerables según las zonas de residencia. Las tasas de anemia de los niños de entre 6 y 36 meses de edad se han mantenido estancadas a un nivel de entre el 43 % y el 45 % durante los últimos seis años. Las principales causas de estos indicadores son la escasa variedad de la dieta debida a la falta de acceso a alimentos, y los malos hábitos de alimentación debidos a la escasa información y los pocos conocimientos, los

bajos niveles de educación de las madres, la pobreza y el acceso limitado al agua potable. Las prioridades estatales del Perú están establecidas en el Plan Bicentenario, que finaliza en 2021. El plan abarca la seguridad alimentaria y la nutrición y contiene metas para reducir la prevalencia de la malnutrición crónica (hasta el 6,4 %) y de la anemia (hasta el 19 %). El plan estratégico incluye aplicar un enfoque orientado a “toda la sociedad” en las relaciones con los agentes nacionales para aportar el enfoque multisectorial y de políticas integrado que se necesita para seguir reduciendo la inseguridad alimentaria y la malnutrición, con el fin de contribuir al logro de tres efectos:

- Erradicación del hambre y la malnutrición para 2030.
- Mejorar la situación nutricional para 2022 de los grupos vulnerables
- Fortaler la capacidad de las instituciones nacionales y subnacionales para gestionar políticas y programas de seguridad alimentaria, preparación y respuesta ante desastres y protección social para 2022. (Barreto & Burbano, 2017)

La prevención de la enfermedad incluye aporte de vitaminas y minerales esenciales: hierro, ácido fólico, vitamina A, zinc y yodo desde la concepción. Además fomento de la lactancia materna sobretodo en la primera hora y hasta 6 meses edad en forma exclusiva y después de hasta los 2 años complementarlo con alimentos que incluyan los tres grupos de alimenticios como: alimentos constructores, energéticos y reguladores por ración y finalmente con el control periódico de crecimiento y desarrollo del niño desde el nacimiento hasta los 5 años.(UNICEF, 2011)

Control de crecimiento y desarrollo

“El crecimiento y desarrollo son procesos continuos y ordenados que siguen una secuencia predeterminada por factores biológicos, genéticos y ambientales. El crecimiento y desarrollo de órganos y sistemas tiene una velocidad diferente. El sistema nervioso central crece y desarrolla aceleradamente durante los dos primeros años de vida. La velocidad de crecimiento y desarrollo es diferente en las distintas etapas de la vida, son procesos individuales”(MINSa, 1999).

El Control de Crecimiento y Desarrollo es Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional enfermera(o) o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño; detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades.(MINSa, 2011)

El control del crecimiento y desarrollo incluye la evaluación de los factores de riesgo biopsicosociales, evaluación física y neurológica, evaluación de la función visual, evaluación de la función auditiva, evaluación para descartar las enfermedades prevalentes, evaluación del cumplimiento del calendario de vacunación y esquema de suplementación de hierro, evaluación del crecimiento y estado nutricional, evaluación del desarrollo, tamizaje de violencia y maltrato, evaluación bucal, evaluación ortopédica .(MINSa, 2017).

Tabla N° 17: Esquema de periodicidad de los controles de la niña y niño menor de cinco años

Edad	Concentración	Periodicidad
Recién nacido	4	48 horas del alta, 7,14 y 21 días de vida
De 01 a 11 meses	11	1m, 2m, 3m, 4m, 5m, 6m, 7m, 8m y 9m, 10m y 11 m
De 1 año a 1 año 11 meses	6	1 año 1 año 2 meses 1 año 4 meses 1 año 6 meses 1 año 8 meses 1 año 10 meses
De 2 años a 2 año 11 meses	4	2 años 2 años 3 meses 2 años 6 meses 2 años 9 meses
De 3 años a 3 año 11 meses	4	3 años 3 años 3 meses 3 años 6 meses 3 años 9 meses
De 4 años a 4 año 11 meses	4	4 años 4 años 3 meses 4 años 6 meses 4 años 9 meses

Fuente: MINSA-2017

Crecimiento

Es el incremento de la masa corporal de un ser vivo, se produce por el aumento en el número de células (hiperplasia) o de su tamaño (hipertrofia) está influenciado por factores nutricionales, socioeconómicos, culturales, emocionales, genéticos y neuroendocrinos y verificable con la medición de indicadores antropométricos como: peso, talla, perímetro cefálico, etc (MINSa, 2011)

El crecimiento de la niña o niño se considera adecuado o normal cuando la tendencia y velocidad de ganancia de peso e incremento de longitud o talla sea ascendente y se mantenga alrededor de la mediana para su edad o se ubican en ± 2 DE alrededor de la mediana. Y estará en riesgo del crecimiento o inadecuado crecimiento cuando hay aplanamiento de la curva de crecimiento o no se evidencia ganancia o ganancia mínima, longitud o talla y caso del peso incluye pérdida, ganancia mínima o ganancia excesiva (MINSa, 2017).

La clasificación del estado nutricional de las niñas y niños de 29 días a menores de 5 años se realiza según indicadores antropométricos: peso para la edad (P/E), peso para la talla (P/T) y talla para la edad (T/E) y según sexo.

Tabla N° 18: La clasificación del estado nutricional de las niñas y niños de 29 días a menores de 5 años

Puntos de corte	Peso para Edad	Peso para Talla	Talla para Edad
Desviación Estándar	Clasificación	Clasificación	Clasificación
>+ 3		Obesidad	
>+ 2	Sobrepeso	Sobrepeso	Alto
+ 2 a - 2	Normal	Normal	Normal
< - 2 a - 3	Desnutrición	Desnutrición Aguda	Talla baja
< - 3		Desnutrición severa	

Fuente: Adaptado de World Health Organization (2006).

La clasificación nutricional de los indicadores antropométricos es:

Bajo peso o desnutrición global: se obtiene de acuerdo al índice P/E cuando el punto se ubica por debajo de -2DS

Desnutrición Aguda: se obtiene de acuerdo al indicador P/T cuando el punto se ubica por debajo de -2DS

Talla baja o desnutrición crónica: se obtiene de acuerdo al indicador T/E cuando el punto se ubica por debajo de -2DS

Sobre peso; se obtiene de acuerdo al indicador P/E cuando el punto se ubica por encima de +2DS

Obesidad: se obtiene de acuerdo al indicador P/T cuando el punto se ubica por encima de +3DS. Se deriva al especialista a partir de los 3 años.

Tabla N° 19: Índice nutricional de la ganancia de peso y talla por mes y/o día

Edad	Incremento talla Por Mes /Año
0-3 meses	4cm /mes
4-6 meses	2cm /mes
7- 12 meses	1cm /mes
1-2 años	10 -12 cm /año
2-5 años	5 -7 cm /año

Edad	Gramos por día	Gramos por mes
0-3 meses	40	1000-1200
4-6 meses	30	800-900
7- 12 meses	25	700-800
1-2 años	15	400-450
2-5 años	10	2 a 3,5 kg/años

Fuente: Basado en patrón de referencias OMS 2006

Desarrollo

Proceso dinámico por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de fenómenos de maduración, diferenciación e integración de sus funciones, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, sexual, ecológico, cultural, ético y social. Se encuentra influenciado por factores genéticos, culturales y ambientales. ((MINSa, 2011)

La evaluación del desarrollo se realiza a todo niño o niña desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días y se emplean:

- La escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (/EEDP) para niños de 0 a 24 meses. El diagnóstico se obtiene por la interpretación del perfil psicomotor y el coeficiente de desarrollo.

- Test Peruano de evaluación del desarrollo del niño (TPED) para el niño de 0 a 30 meses, para obtener el diagnóstico de este tamizaje se encierra en un círculo la edad cronológica trazando una línea en todas las áreas evaluadas. Luego se unirán las marcas de todos y cada uno de los hitos logrados. Con esta línea continua se obtiene el perfil de desarrollo psicomotor de la niña o niño evaluado. El diagnóstico que se puede obtener es-. Desarrollo normal, el perfil de desarrollo no muestra cambios. Adelantado del desarrollo psicomotor: si la línea de desarrollo esta desviada a la derecha de la edad cronológica actual.; trastorno del desarrollo: si la línea del desarrollo esta desviada a la izquierda de la edad cronológica actual. Y riesgo de trastorno del desarrollo: si la línea del desarrollo esta desviada de la línea a la izquierda pero existe el antecedente de al menos un factor de riesgo.
- Test de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (TEPSI) para el niño de 2 a 5 años El diagnóstico de interpretación de este instrumento se clasifica a través de dos procedimientos el puntaje de desarrollo psicomotor obtenido Puntaje T para obtener el puntaje T: se suman los ítems aprobados por áreas de desarrollo psicomotor (coordinación, lenguaje y motora) calificándose como puntaje bruto (PB) el valor obtenido se clasifica según los siguientes puntajes: mayor o igual a 40 es normal, entre 20 a 39 es riesgo y menor o igual a 19 retraso y por el perfil de desarrollo psicomotor nos permite observar en forma gráfica el rendimiento total basados en el puntaje T y de los Sub test obtenidos en las áreas del desarrollo de coordinación, lenguaje y motora.

La Estimulación Temprana

es un conjunto de acciones con fundamento científica que se aplica en forma sistemática y secuencial al niño, se inicia desde su nacimiento hasta los 36 meses. La estimulación temprana ayuda a fortalecer las relaciones entre padres e hijos. Además el niño recibe las experiencias

que necesitan para desarrollar al máximo sus potencialidades físicas, cognitivas, emocionales y sociales.(MINSAs, 2011)

Hitos del desarrollo de 24 a 30 meses

Motor grueso

- Anímale a pararse de puntas.
- Ayúdale a ponerse de pie estando agachado(a) y sin usar las manos.
- Enséñale a saltar en un solo lugar y sobre pequeños obstáculos.
- Jueguen a pararse en un solo pie, primero con ayuda y luego sin ella.
- Corran persiguiendo una pelota, a otros niños(as) o a un animal.
- Anímale a ejercitar sus brazos en distintas direcciones mientras baila.

Motor fino

- Dibujen juntos libremente sobre un papel o en la tierra con un palo. Puedes enseñarle a hacer líneas o círculos.
- Enséñale a doblar una hoja de papel por la mitad.
- Invítale a dibujar, pregúntale y conversen sobre su dibujo.
- Practiquen abrir puertas con manija.
- Dale frutas y dulces para que los pele o desenvuelva.
- Jueguen a clasificar objetos por color, tamaño y forma.

Lenguaje

- Pídele que repita su nombre y apellido.
- Busca un libro con ilustraciones y hazle preguntas acerca de las ilustraciones.
- Muestra interés por lo que dice y responde todas sus preguntas.
- Léele cotidianamente historietas infantiles cortas. Hazle preguntas sobre lo leído y trata de que repita parte de la historia. Dramatiza el cuento haciendo muecas y gestos. Haz la voz de los personajes o los sonidos de animales o cosas.
- Juega a repetir números y palabras.
- Enséñale canciones infantiles.

Social

- Responde sus preguntas e inquietudes sobre las diferencias entre niñas y niños. No limites sus juegos si no corresponden a lo que se acostumbra.
- Practiquen a subirse y bajarse el calzón para que pueda ir cómodamente al baño. Vístele con ropa fácil de usar.
- Fomenta hábitos de limpieza.
- Enséñale tareas sencillas, tales como regar plantas, barrer, recoger sus juguetes y ponerlos en su lugar.
- Ayúdale a comprender lo que es suyo y lo que no le pertenece.
- Pregúntale constantemente cómo se siente, y enséñale a describir sus propios sentimientos. Esto le ayudará a identificar y expresar lo que siente

Rol del Cuidador

Cuidar, según el Diccionario de la Lengua Española (2005) significa, en referencia al tema que tratamos: Asistir a alguien que lo necesita. Cuidar, sería el acto de atender; Tratar; Cuidar a alguien; Tener atención por alguien; Tener cuidado de/por alguien; Cuidarse a sí mismo. El ejercicio de cuidar se podría definir como el comportamiento y acciones que envuelven conocimientos, valores, habilidades y actividades emprendidas en el sentido de suministrar las potencialidades de las personas para mantener o mejorar a las condiciones humanas en el proceso de vivir y morir. El cuidador sería una persona de la familia, un profesional, u otra persona, que asume primariamente la responsabilidad para abastecer acciones de soporte, que asiste o ayuda otra persona o grupo, con necesidades evidentes o anticipadas, visando una mejora en la condición humana o estilo de vida.(Larbán, 2010)

La madre debe comprender que no solo el niño está en proceso de crecimiento y madurez, a su vez, ella está aprendiendo, creciendo, madurando, conociendo nuevos horizontes y nuevas experiencias. Ella también tiene sus sueños, sus metas, sus habilidades, capacidades y debe intentar día a día descubrirlas y desarrollarlas, aprender a tomar las mejores decisiones y ser responsables frente al cuidado del niño. Sin embargo la madre ha ocupado el rol de estar a cargo del cuidado de los hijos mientras que el padre tiene el rol de proveedor. Por tanto, el rol del cuidado del bebé en los primeros años de vida del bebé tiene connotaciones distintas en padres y madres ya que éstas suelen ser la figura más cercana al bebé. Luego del nacimiento del bebé, la mujer debe enfrentar una serie de tareas ya que inmediatamente después del parto debe hacerse cargo de su hijo. Además, debe aprender a anteponer las necesidades del bebé

(por ejemplo, lactancia) a las propias y aceptar los cambios corporales que se producen.

(Chinchay & De La Cruz, 2016)

Los cuidados durante los primeros meses de vida la requiere conocimiento y dedicación exclusiva. Además es una tarea “mano de obra intensiva” con tres componentes: el cuidado material, el económico y el psicológico (Batthyány, 2004). La distribución sexual del trabajo y del tiempo, en especial el destinado a cuidar a niños y niñas, es un claro reflejo de la dinámica de organización del mercado laboral y de las familias en América Latina y el Caribe (Rico, 2011). (Pautassi & Nieves, 2011)

La carga emocional en los cuidadores varía mucho de un cuidador a otro lo que presenta dificultades para uno, puede ser fácil para otro. Los cuidadores experimentan distintas formas de tensión asociadas con el cuidado que repercute en la vida social del cuidador tales como como:

- Deterioro social: tendencia al aislamiento social, deterioro de la frecuencia de las relaciones sociales.
- Agotamiento físico y sobrecarga psíquica del cuidador que asume la tarea de cuidador principal: Síndrome del cuidador
- Déficit de concentración: relacionado a reiterados pensamientos sobre el estado de salud y la evolución de la enfermedad en la persona dependiente.
- Sentimientos de culpa: los cuidadores se creen que le deben algo a la persona dependiente
- Trastornos del sueño:
- Aumento de las consultas médicas y toma de medicamentos: relacionadas con problemas de salud del cuidador principal.

- Mayor frecuencia de discusiones conyugales-familiares: por falta de tiempo para dedicarlo a la pareja-familia-amistades del cuidador y el descuido de esas relaciones afectivas.
- Falta de comunicación: por descuido de las relaciones afectivas con el entorno del cuidador. En la familia se evitan conversaciones relacionadas al problema generados por la dependencia y cada miembro vive el problema en soledad.
- Incremento de la ansiedad (frustración y impotencia) por falta de habilidades y preparación personal de cada miembro de la familia y/o cuidadores para manejar la situación
- Sentimientos de: impotencia, fracaso, vergüenza, frustración, irritabilidad, hostilidad, cambios en el carácter, tristeza, soledad, culpabilidad
- Altos costes económicos y humanos: gastos de atención profesional privada
- Cambios en las dinámicas familiares y las relaciones entre sus miembros: Descuido del resto de la familia del cuidador, el bienestar gira en torno al estado del dependiente.
- Bajo rendimiento laboral, absentismo laboral o abandono definitivo del trabajo habitual: el cuidador renuncia a su vida profesional por favorecer el cuidado y la atención del estado de dependencia.

El estrés de la crianza es un elemento disposicional que establece en las madres niveles diferenciales de actuación en relación con el comportamiento del niño y las expectativas de la crianza. La madre muy estresada es poco tolerante a la frustración, utiliza estrategias de enseñanza de aprendizaje basadas en el castigo, evitación y escape y la mayoría de veces presenta algún trastorno del estado de ánimo. El estrés de la crianza es estudiado en los modelos de Abidin (1992), Webster-Stratton (1990), como elemento fundamental de explicación del desarrollo del niño y se considera determinado por el apoyo percibido del

padre, los recursos y habilidades de la pareja para mantener un estado de equilibrio afectivo y una promoción adecuada del desarrollo del niño (Vera & Rodriguez, 2009)

La madre tiene tres fuentes de estrés: las características de temperamento del niño; su competencia y habilidad como madre incluyendo su salud y; la percepción subjetiva de apoyo del padre (Vera & Rodriguez, 2009).

Modelo teórico de enfermería

Modelo teórico de enfermería que se fundamenta el presente trabajo es

- **Nola J. Pender** con el “Modelo de promoción de la salud” “Afirma que la conducta previa y las características heredadas influyen en las creencias, el afecto y la promulgación de las conductas de promoción de salud.” ”Las personas pueden modificar los conocimientos, el afecto interpersonal y físico para crear incentivos para las acciones de salud.

La educación de la madre en temas de salud ayuda al cambio de conocimientos favoreciendo a una vida saludable que se refleja en cuidarse y cuidar a su hija

- E de Kathryn E. Barnard, Modelo de la interacción padre – hijo, cuyas afirmaciones teóricas se relacionan con los objetivos del presente trabajo. En primer lugar, se busca identificar los problemas de salud antes que se desarrolle, esto se realiza a través de la valoración de la salud del niño. En segundo lugar, los factores socio ambientales influyen en los resultados de la salud del niño. En tercer lugar, las características de la personalidad del cuidador fundamentan el buen cuidado del niño. En cuarto lugar, El cuidador y el niño modifican sus conductas en su interacción. En quinto lugar, el cuidador debe estar atento a

las reacciones y necesidades de los niños más que intentar cambiar las características de la personalidad del cuidador. En suma, la tarea de la enfermera es promover el aprendizaje del entorno temprano que incluya una relación de educación para los padres o cuidadores.(Tomey & Alligood, 2007)

Capítulo III

Materiales y Métodos

Tipo y diseño

Investigación de tipo descriptivo aplicativo. Se describe el caso clínico de una niña preescolar con desnutrición mediante la utilización de metodología. Proceso de atención de enfermería con lenguaje NANDA, complementado de la revisión de la bibliografía relacionada.

Sujeto de estudio

Preescolar de 2 años 3 meses 20 días, se sexo femenino, segunda hija.

Delimitación geográfica temporal

El área de estudio donde se tomó el caso fue en su vivienda Jirón García Villón 680 ubicada en el distrito de Ventanilla, Provincia Constitucional del Callao. La casa en la cual habita la niña es propia, de material noble, amplio con una extensión de 150 metros cuadrados. Cuenta con distribución de habitaciones propias para los niños y los padres. Además, de cocina, sala comedor, baños y un patio que utiliza como tendedero.

Técnica de recolección de Datos

Se utilizó la técnica de entrevista personal, el caso fue tomado de manera directa. Para el ello se solicitó a la madre el consentimiento informado. Así mismo, se utilizaron el formato de valoración por patrones funcionales, y el examen físico. Haciendo uso de otras técnicas como: observación, inspección, auscultación, palpación y percusión.

Para la recolección de datos antropométricos se usaron los siguientes materiales: un infantómetro, balanza y cinta métrica. Para la evaluación del desarrollo psicomotriz se empleó el TEST del Desarrollo Psicomotor 2 – 5 años (TEPSI).

Consideraciones Éticas

Para este estudio se tuvo en cuenta el principio de autonomía que significa la libre elección, sin interferencias externas que controlen y limiten sus acciones. Para lo cual se obtuvo la firma del consentimiento informado por la madre (Apéndice D .) Asimismo se tuvo en cuenta el principio de confidencialidad del sujeto ya que los datos serán solo utilizados con fines de la investigación.

Capítulo IV

Resultados, análisis y discusión

Resultados

Tabla N° 20 : Cuadro de resultados

Diagnóstico	Objetivo alcanzado		Objetivo parcialmente alcanzado		Objetivo no alcanzado	
	fi	%	fi	%	fi	%
Diagnóstico 1			1	20		
Diagnóstico 2	1	20				
Diagnóstico 3	1	20				
Diagnóstico 4	1	20				
Diagnóstico 5	1	20				
Total	4	80	1	20		

Interpretación: Después de la ejecución de las intervenciones de enfermería se observaron que de 5 diagnósticos de enfermería propuestos se lograron cumplir de la siguiente manera :

El 80% de los diagnósticos fueron alcanzados, el 20% de los diagnósticos fueron parcialmente alcanzados

Análisis y Discusión de los diagnósticos

Diagnostico 1: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales R/C ingesta diaria insuficiente evidenciado por saciedad inmediatamente después de ingerir alimentos y bajo peso

Según Vallejo, Castro y Cerezo (2016) dice que el estado nutricional es el resultante del balance entre la ingesta y las necesidades energéticas y de nutrientes del organismo, lo que expresa distintos grados de bienestar de las personas y que, en sí mismos, son dependientes de la interacción entre la dieta, los factores relacionados con la salud y el entorno físico, social, cultural y económico.

La ingestión de una alimentación sana, adecuada en cantidad y calidad, garantiza la utilización de los nutrientes (proteínas, carbohidratos, lípidos o grasas, vitaminas y minerales) que intervienen en los procesos de crecimiento y desarrollo así como en la reparación de los tejidos. Si el organismo no recibe las suficientes sustancias nutritivas, se producen problemas nutricionales como la desnutrición (FAO, 2010)

La saciedad es la inhibición del hambre que ocurre después de la ingesta y que determina el tiempo entre las comidas (Loria, 2011)

Bajo peso es la ubicación del peso por debajo o igual a $z-2$ y mayor a $z-3$ l (Ortiz, 2012)

El caso de estudio presenta problemas de bajo peso, como consecuencia de una alimentación inadecuada en cantidad y/o calidad que conlleva a desnutrición considerada como un fallo en

el crecimiento sostenido, los factores causales son errores en la alimentación por defecto de técnica (frecuencia desordenada, alimentos hipocalóricos, dietas inadecuadas) y alteraciones en el establecimiento del vínculo madre- hijo y en el desarrollo de la conducta alimentaria del niño. El proceso de creación de hábitos alimentarios se inicia desde recién nacido y culmina en la adolescencia. En periodo los padre deben enseñar a los niños el control del apetito y, por tanto, del ingreso de energía, al ser capaces de reconocer sus sensaciones de hambre y saciedad. Los padres deberían enseñar al niño a comer variedad de alimentos sanos y dejarle en todo momento el control de la cantidad. (C. Martínez & Pedrón, 2010) este resultado coincide con el estudio realizado por Marrufo (2012) por falta de compromiso de los padres en la alimentación presenta desnutrición La desnutrición es un problema de salud pública Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el año 2017, la desnutrición crónica afectó al 12,9% de las niñas y niños menores de cinco años de edad,

En el caso de estudio el preescolar, siente saciedad inmediata no tiene deseos de comer, está relacionado a factores como : el olor y sabor, y la textura, temperatura e incluso la apariencia y presentación de los alimentos como afirma (Ochoa & Muñoz, 2014)

Diagnostico 2: Riesgo de retraso en el desarrollo (en el área coordinación puntaje T = 31 y lenguaje puntaje T = 38 inferior al estándar normal) R/C nutrición inadecuada y desinterés de los padres en el desarrollo psicomotor

La noción de retraso psicomotor implica que los logros del desarrollo de un determinado niño durante sus primeros 3 años de vida aparecen con una secuencia lenta para su edad y/o cualitativamente alterada. El retraso psicomotor global, afecta las adquisiciones motrices, el

ritmo de aparición de las habilidades para comunicarse, jugar y resolver problemas apropiados a su edad (habilidades sociales)(Narbona & Schlumberger, 2008)

La familia se constituye en el pilar fundamental para el desarrollo psicomotor del niño, ya que es esencial en la transmisión de conocimientos, valores, actitudes y hábitos que son necesarios e importantes para la supervivencia. Una familia fuerte, cariñosa y protectora es el entorno idóneo para el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas(Caparachin, 2012)

Los padres contribuyen al desarrollo de los hijos relacionándose con ellos y utilizando estrategias de socialización(Ramírez, 2005) Los estilos de crianza van a marcar las primeras relaciones de los niños con sus padres. si ésta no es adecuada se produce un desajuste en las interacciones y como consecuencia la aparición de trastornos en el desarrollo.(Fornós, 2001) el Estilo de crianza negligente: “Los cuidadores no pueden o no cuentan con capacidades parentales para guiar o atender las necesidades del niño o la niña. En definitiva, son padres y madres ausentes, que no muestran compromiso hacia la crianza de sus hijos e hijas ,se asocia a la ausencia de límites y de contención, pero tampoco existe calidez, ni comunicación por parte de los padres y las madres hacia los hijos e hijas.(Gonzales, 2013)

Según Arias y Chanamé (1999) Las posibilidades del desarrollo infantil pueden ser aprovechadas sustancialmente si se trabaja con mediadores innatos, como son los padres de familia y otros adultos que interactúan directamente con el niño en el medio en que nace. La madre es quien, generalmente, prioriza esta mediación y bien orientada, puede resultar un agente muy significativo en la calidad del desarrollo de sus hijos

La paciente en estudio presenta riesgo de retraso en el desarrollo psico-motor, según los resultados de evaluación del coeficiente de desarrollo con el test por TEPSI en área de coordinación puntaje T = 31 y lenguaje puntaje T = 38 inferior al estándar normal. Las

habilidades cognitivas y la competencia social del niño son adquiridas como parte de la crianza familiar, donde la madre cumple un rol muy importante según su relación psicoafectiva y sus conocimientos sobre estimulación temprana del niño.

Según Flores (2013) Es claro que mientras la estimulación sea oportuna y temprana, ésta 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. La mayor parte del desarrollo cerebral ocurre antes de que el niño cumpla 2 años y es en ese corto lapso cuando los niños adquieren la capacidad de pensar, hablar, aprender y razonar, además se forman los fundamentos de los comportamientos sociales que los marcarán durante toda la vida adulta.

Diagnostico 3: Incumplimiento del control de Crecimiento y Desarrollo relacionando con R/C sistema sanitario: baja satisfacción con la atención sanitaria, dificultad en la relación paciente – profesional evidenciado por conducta de no adherencia y faltas a las citas del programa

Control de Crecimiento y Desarrollo Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional enfermera(o) o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño; detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades.(MINSa, 2011)

Incumplimiento del control de Crecimiento y Desarrollo es la omisión de una obligación o compromiso para no realizar los controles estipulados (Wisbaum, 2011)

Satisfacción de la madre de la atención brindada por la enfermera en el componente CRED es la respuesta o expresión de complacencia que refiere la madre de la atención brindada por la enfermera en lo referente a las características de calidad en la dimensión humana,

Recientes investigaciones demuestran la importancia del desarrollo de la primera infancia con respecto a la formación de la inteligencia, la personalidad y el comportamiento social. En ese sentido, si los niños y niñas de corta edad no reciben en esos años formativos de la atención y el cuidado que necesitan, las consecuencias son acumulativas y prolongadas. Por lo tanto, brindar al niño oportunidades para que tengan un crecimiento y desarrollo adecuado, es una de las prioridades de la familia, los gobiernos, organizaciones y comunidad en general oportuna, continua y segura(Barreto & Burbano, 2017)(Mellano, 2007)

En este contexto es importante realizar el monitoreo de crecimiento y desarrollo de las niños y niñas con la finalidad de mejorar su desarrollo integral a través de la detección precoz de riesgos, alteraciones o trastornos de estos procesos para su atención oportuna, así como promover prácticas adecuadas de cuidado y crianza a nivel familiar y comunitario

Diagnostico 4: Cansancio del rol del cuidador R/C agotamiento en el cuidado y frustración evidenciado por estado de salud del cuidador: inestabilidad emocional (llora) cansancio, rostro agotado.

El cuidador es la persona que asume la responsabilidad de cuidado al familiar dependiente, realiza actividades básicas e instrumentales para atenderlo.(Gomez, 2014)

El agotamiento es un estado de una persona en que indica síntomas de ansiedad y depresión, desmotivación en el trabajo y comportamientos agresivos y se puede presentar por infelicidad, desilusión, carencia de sueño o trabajo continuo, falta de apoyo. Se puede presentar en el

individuo y en toda la familia. Además involucra aislamiento social y sentimiento negativos a la persona que cuida (Alvarado, 2013).

La madre de la niña en estudio manifiesta estar a cargo de la niña las 24 hrs. hay escasa participación del padre en el cuidado de la niña. Lo que repercute en altos niveles de estrés y pérdida de la tolerancia y paciencia para el cuidado ya que no existen mecanismos de enfrenamiento del estrés.

Diagnostico 5: Afrontamiento familiar comprometido relacionado con desorganización familiar evidenciado por conducta protectora de la persona de referencia incongruente con las necesidades de autonomía de la niña

El afrontamiento es el conjunto de recursos, que un sujeto utiliza para resolver o mejorar situaciones problemáticas y reducir las tensiones que esas situaciones generan. Estos recursos pueden ser creencias, motivaciones, habilidades sociales, apoyo social y recursos materiales (J. Martínez, Amador, & Guerra, 2017)

La desorganización familiar ocurre cuando en busca de mejores ingresos económicos para satisfacer las necesidades que el progreso exige los miembros de la familia salen de casa por mucho tiempo dejándose de cumplir los deberes y obligaciones que a cada uno le compete (Paredes, 2009)

La madre con estilo de crianza sobreprotector se caracteriza por intervenir precipitadamente para evitar cualquier obstáculo que pueda hacer errar o fallar a sus hijos e hijas; hacen las cosas por ellos y toman todas las decisiones en su lugar. “Este estilo de crianza transmite a los niños y las niñas que el mundo es un lugar amenazante y que por sí mismos no serán capaces de superar las dificultades originado en la niña “que no puede hacer nada sola, siempre hay que

decirle lo que tiene que hacer”. Suele ser ejercido por padres y madres excesivamente vigilantes, inseguros y temerosos;(Gonzales, 2013)

La madre de la paciente en estudio presenta un afrontamiento familiar comprometido, debido a la carencia de distribución adecuada de roles donde la mayor responsabilidad recae en la madre. Aunado al escaso conocimiento que posee sobre el desarrollo socio-afectivo del niño. Repercuten en la actitud sobreprotectora de la madre. Lo que conlleva a una sobreprotección de la madre, lo que trasciende en la falta de autonomía de la niña.

Capítulo V

Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

- El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) aplica el método científico en la práctica asistencial y proporciona cuidados sistematizados de calidad, disminuyendo la variabilidad de actuación.
- El 80% de los objetivos planteado fueron alcanzado y el 20% fueron parcialmente alcanzados.
- La madre o padre puede cambiar sus conocimientos y las practicas inadecuadas cuando los individuos importantes para el/ella

Recomendaciones

- Se recomienda a los padres continuar con la ingesta de diferentes alimentos en la dieta familiar, la asistencia a las sesiones de estimulación temprana y a los controles de crecimiento y desarrollo.
- Las enfermeras de crecimiento y desarrollo se recomienda capacitación constante de buen trato y comunicación asertiva a los niños
- La universidad debe fomentar trabajos de investigación relacionados a factores que influyen en la deserción del control de crecimiento y desarrollo.

Bibliografía

- Alvarado, D. (2013). *Nivel de agotamiento que presentan los cuidadores familiares del adulto Mayor frágil. Centro de atención Del adulto mayor “tayta Wasi”*. Lima – Perú. 2013. Universidad Mayor de San Marcos. Retrieved from http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3526/Alvarado_fd.pdf;jsessionid=F5A9348DF4C18F87E54A6C561343B5F8?sequence=3
- Arias, S., & Chanamé, E. (1999). *Nivel de conocimiento y actitudes de las madres puérperas sobre estimulación temprana en niños menores de un año en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé*. Revista Enfermería Herediana, 7(1), 39. Retrieved from <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/2122/2112>
- Barreto, M., & Burbano, C. (2017). *Plan estratégico para el Perú (2018-2022)*. Roma, Italia. Retrieved from <http://executiveboard.wfp.org>
- Caparachin, E. (2012). *Calidad del ambiente familiar y su relación con el desarrollo psicomotor en niñas y niños de 3 a 4 años en el centro de salud Jose Carlos Mareategui 2011*. Universidad Nacional Mayor De San Marcos . Retrieved from http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1045/Caparachin_ge.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Cardiology, C. ameican college og. (n.d.). *Alimentación saludable: Consejos para niños y adolescentes* Healthy Eating: Tips for Kids and Teens.
- Chinchay, T., & De La Cruz, T. (2016). *Rol de la madre en el cuidado del crecimiento y desarrollo del lactante menor*. Universidad Catolica Toribio de Mogrovejo. Retrieved from

http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/477/1/TL_ChinchayPachecoTania_DeLaCruzCarboneITeresa.pdf

De la Mata, C. (2008). *Mala nutrición, Desnutrición y sobrealimentación*. Revista Médica de Rosario, 74(17–20). Retrieved from <http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/mata.pdf>

FAO. (2010). *Guía metodológica para la enseñanza de la alimentación y nutrición / RENAVIDAN (1º)*. Honduras. Retrieved from <http://www.renavisan.ins.gob.pe/guía-metodológica-para-la-enseñanza-de-la-alimentación-y-nutrición>

Fornós, A. (2001). *La Crianza: Su Importancia en las interacciones entre padres e hijos*. Cuadernos De Psiquiatría Y Psicoterapia Del Niño Y Del Adolescente, 31/32, 183.198. Retrieved from <http://www.sepyrna.com/documentos/articulos/fornos-crianza-interacciones-padres-hijos.pdf>

Gomez, M. (2014). *Cuidar al Cuidador Informal*. Universidad de Cantabria. Retrieved from <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5100/GomezSotoM.pdf?sequence=1>

Gonzales, R. (2013). *Queriendo se entiende la familia guía de intervención sobre parentalidad positiva para profesionales*. (Save the Children., Ed.). España. Retrieved from www.savethechildren.es

Laguado, E. (2013). *Cuidado de enfermería a padres para fortalecer el crecimiento y desarrollo de sus hijos*. Revista Cuidarte, 4(1). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v4i1.17>

Larbán, J. (2010). *Ser Cuidador; El Ejercicio De Cuidar* * (Vol. 50)*. Retrieved from <http://www.sepyrna.com/documentos/articulos/ser-cuidador-ejercicio-cuidar.pdf>

- Loria, V. (2011). *Una visión global de los factores que condicionan la ingesta. Instrumentos de medida*. Nutr Hosp Suplementos, 4(2), 14–24. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/3092/309226781001.pdf>
- Márquez, H., García, V., Caltenco, M., Garcia, E., Marquez, H., & Villa, A. (2012). *Clasificación y evaluación de la desnutrición en el paciente pediátrico*. Medigraphic, 7(2)(2012), 59–69. Retrieved from www.medigraphic.org.mx
- Marrufo, M. (2012). *Actitudes de las madres hacia la alimentación infantil en preescolares del nido "Belén Kids"*, Los Olivos, 2011. Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Retrieved From http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1325/Marrufo_mm.pdf;jsessionid=8E31FBEE61AA759003C6E1043D1242B9?sequence=1
- Martínez, C., & Pedrón, C. (2010). *Valoración del estado nutricional*. (AEP, Ed.) (2º). Madrid. Retrieved from https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/valoracion_nutricional.pdf
- Martínez, J., Amador, B., & Guerra, M. (2017). *Estrategias de afrontamiento familiar y repercusiones en la salud familiar*: Enfermería Global, 47, 576–591. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.3.255721>
- Mellano, C. (2007). *Satisfacción de la madre de la atención brindada por la Enfermera en el componente de Crecimiento y desarrollo* Cmi Daniel Alcides Carrion. Universidad Nacional Mayor De San Marcos . Retrieved From http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2689/Mellado_hc.pdf?sequence=1
- minsa. (2007). *nutrición por etapas*.

- MINSAs. (2011). *Norma Técnica de Salud para el control del Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años*. (GRAFICA BIBLOS, Ed.) (1º). Peru. Retrieved from <http://www.minsa.gob.pe/webftp.asp?ruta=normaslegales/2010/RM087-2010-MINSA.pdf>
- MINSAs. (2017). *Norma Técnica del Ministerio de Salud* (No. 537). Lima.
- Moreno, C., & Lora, P. (2017). *Intervenciones enfermeras aplicadas a la nutrición*. *Nutrición Clínica*, 37(4), 189–193. <https://doi.org/10.12873/374morenohidalgo>
- Narbona, J., & Schlumberger, E. (2008). *Retraso psicomotor*. (AEP, Ed.), *Protocolos de Neurología* (2º). España. Retrieved from www.aeped.es/protocolos/
- Ochoa, C., & Muñoz, G. (2014). *Hambre, Apetito y Saciedad*. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*, 24(2), 268–279. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubalnut/can-2014/can142k.pdf>
- Ortiz, Z. (2012). *Evaluación del crecimiento de niños y niñas*. (UNICEF, Ed.) (1º). Argentina.
- Paredes, E. (2009). *La desorganización familiar y su incidencia en el rendimiento escolar, y la pérdida de valores de los estudiantes de 6to. Y 7mo. Años de Educación Básica en la Escuela Juan Pablo I ubicada en la Cooperativa de Vivienda Consejo Provincial en la ciudad de Quito*. Universidad Técnica De Cotopaxi. Retrieved from <http://repositorio.utc.edu.ec/bitstream/27000/1248/1/T-UTC-0873.pdf>
- Pautassi, L., & Nieves, M. (2011). *Cuidado infantil y licencias parentales*. Chile. Retrieved from <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/6/42796/Libro-pobreza->
- Ramírez, M. A. (2005). *Padres y Desarrollo de los hijos*. *Prácticas de Crianza*. *Estudios Pedagógicos XXXI* (Vol. 2). España. Retrieved from

<http://mingaonline.uach.cl/pdf/estped/v31n2/art11.pdf>

Segura, L., Montes, C., Hilario, M., Asenjo, P., & Baltazar, G. (2002). *Pobreza y Desnutrición*

Infantil. (E. S. EIRL, Ed.) (1°). Lima-Peru. Retrieved from www.prisma.org.pe

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2007). *Modelos y teorías en enfermería* (6° ed.). España:

Elsevier.

UNICEF. (2011). *Desnutrición Infantil*. (punto&coma, Ed.) (1°). España. Retrieved from

www.unicef.es

Vera, A., & Rodriguez, C. (2009). *Prácticas de crianza, desarrollo y cuidado del niño en*

poblaciones rurales e indígenas. *Revista de Estudios e Pesquisas Sobre as Américas*, 10–22.

Retrieved from <http://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/viewFile/1358/1013>

Wisbaum, W. (2011). *Desnutrición Infantil*. (UNICEF, Ed.). España.

Apéndices

Apéndice A

Examen Físico del Niño

1. Aspecto General :

- Grado de conciencia : Despierto
- Nivel de actividad : Cooperador.
- Posición : marcha.
- Fascie : temor.
- Estado Nutritivo : delgado
- Higiene personal : Limpio
- No presenta ninguna deformación visible
- Piel y mucosas:
 - Textura de la piel: suave, hidratada y pálido. Temperatura: 36.5°
 - Lesiones cutáneas: integra, con cicatriz BCG
 - Uñas: limpias y cortas.
 - Pelo: limpio, abundante y suave sin signos carenciales.

2. Cabeza:

Cráneo:

- Simetría: normocefalo
- Suturas y fontanelas: cerradas
- Cabello: negro, limpio, abundante ,suave, buena implantación y sin signos carenciales, no infección ,no infestación del cuero cabelludo

Cara:

- Fascies: expresiva, simetría de movimientos, sin displacia facial
 - Orejas: conducto auditivo permeable, pabellón auricular sin anomalías e implantación simétrica, higiene adecuada.
 - Ojos: simétricos, achinados, de color marrón claro, movimientos oculares completos y simétricos esclerótica clara no hay infección ni anomalías
 - Nariz : central, fosas nasales permeables no hay deformación o desvío de tabique
 - Cavidad Bucal : labios simétricos, de color rosa y mucosa oral húmeda.
 - Encías : rosado
 - Dientes : íntegros, regular estado de higiene ,buena oclusión. N° 16 : 4incivos central,4 incisivos lateral, 4 caninos, y 4 primer molar
 - Paladar y velo : normal y sin alteraciones
 - Lengua : húmeda, rosada , lisa, simétrica, central y móvil
3. **Cuello:** cilíndrico móvil, sin presencia de adenopatías
 4. **Tórax Y Pulmón:** simétrico con movimientos respiratorios, Respiración 28 X'.
Cardiovascular: ruidos cardiacos y ritmo conservados .Frecuencia cardiaca: 110X'
 5. **Abdomen:** ruidos hidroaereos presentes, ombligo en regular estado de higiene
 6. **Columna Vertebral:** simétrico, flexible, no presenta deformaciones
 7. **Extremidades:** miembros superior e inferior : simétricos y móviles . Sin alteraciones
 8. **Genito Urinario;** mujer, en buen estado libre de infecciones
 9. **Ano:** permeable

Apéndice B

Evaluación Nutricional

Edad Cronológica:

Nombre de la madre: J. M. C.C.

Nombre de la niña: L.C. C

Edad cronológica (EC):

	AÑO	MES	DÍA	
Fecha actual	2018	1	22	-
Fecha de nacimiento	2015	10	2	
	2	3	20	

Edad cronológica =2 años 3 meses 20 días

Evaluación Nutricional:

Ganancia de peso (GP):

$$GP = \frac{\text{peso actual} - \text{peso anterior}}{\text{Fecha actual} - \text{fecha anterior}}$$

$$GP = \frac{9500 - 9400}{\quad}$$

 2018/1 /10 – 2017/10/2

$$\text{GP} = \frac{100\text{gr}}{98 \text{ días}}$$

GP=1,0 gr por día

Conclusión: La ganancia de peso normal de un niño de 2 a 5 años es de 10 gr por día entonces hay una inadecuada ganancia de peso

Ganancia de Talla(GT):

La ganancia de talla normal de un niño de 2 a 5 años es de 5 a 7 cm por año . El de ella se mantiene en la línea horizontal

Conclusión: inadecuada ganancia adecuada de talla para la edad

Monitoreo Nutricional cada 15 días por 2 meses

Fecha de control: 7 de febrero

Peso actual: 9540gr

Peso anterior: 9500gr

Ganancia de peso: 2,6gr/día

Fecha de control: 22 de febrero

Peso actual: 9610gr

Peso anterior: 9540gr

Ganancia de peso: 4,6gr/día

Fecha de control: 6 de marzo

Peso actual: 9710gr

Peso anterior: 9610gr

Ganancia de peso: 6,6gr/día

Fecha de control: 21 de marzo

Peso actual: 9820gr

Peso anterior: 9710gr

Ganancia de peso: 7.3gr/día

Apéndice C

Test de Desarrollo Psicomotor (TEPSI)

Edad cronológica (EC): 2 años 3 meses 8 días

Calculo de Puntaje Bruto:

Test	Puntaje bruto	Puntaje T	Categoría
Sub Test Coordinación	1	38	Riesgo
Sub Test Lenguaje	0	38	Riesgo
Sub Test Motricidad	2	47	Normal
Test total	3	39	Riesgo

Resultados:

Normalidad cuando el puntaje T es igual o mayor a 40.

Riesgo cuando el puntaje T entre 30 y 39.

Retraso cuando el puntaje T menor a 30

Test Puntaje Bruto Puntaje T Categoría

Conclusión;

Desarrollo psicomotor alcanzado es Riesgo

Apéndice D

Universidad Peruana Unión
Escuela de Posgrado
UPG de Ciencias de la Salud.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es "**Proceso de atención de enfermería aplicado a una niña de 2 años 3 meses con Desnutrición Aguda, Lima, 2018**", El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a **Luciana Arela Capillo Colonia**. Este trabajo académico está siendo realizado por la **Lic. Marisol Emilia Gómez Gamarra** bajo la asesoría de la **Dra. Keyla Miranda Limachi**. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación y la de mi menor hijo en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre de la madre:

Jésica Colonia Collazos

DNI:41 69 6644

Fecha: 22 de enero del 2018



Firma de la madre

Apéndice E

Sesiones Educativas

PLAN DE CLASE

Datos Generales:

1.1 Institución: Universidad Peruana Unión

1.2 Asignatura: Investigación Científica II

1.3 Ciclo de estudios: III ciclo

1.4 Tema: Alimentación Saludable

1.5 Tiempo: 50 – 55 minutos.

1.6 Lugar: Visita Domiciliaria, Jirón Molina del Gato 1880 Ventanilla - Callao

1.7 Fecha Y Hora: 24/ 1/ 2018 - 9. 00 am

1.8 Profesora: Marisol Gómez Gamarra

1. Objetivos Educativos:

Al finalizar la clase significativa sobre Alimentación saludable, los participantes serán capaces de:

Objetivos Cognitivos:

- Explicar la importancia de la alimentación saludable
- Explicar los grupos de alimentos que el cuerpo necesita el niño para desarrollarse adecuadamente

Objetivo Psicomotor:

- Ejecuta la preparación de una receta saludable

Objetivo Afectivo:

- Comprometer a preparar alimentos saludables y tomar agua

- Consumir una dieta saludable fraccionado en 5 veces

2. Programación:

Actividades	Tiempo	Estrategias	Medios y Recursos audiovisuales	Indicadores de evaluación
Motivación	5 min.	Video importancia de la alimentación para nuestro cuerpo	Televisor, video	Interés
Básica	20 min.	Exposición	Voz, panel negro, imágenes, cartulinas.	Atención
Práctica	10 min.	Demostración de preparación de receta saludable	Cocina , alimentos, utensilios de cocina	Participación personal
Evaluación	5 min.	Sobres con preguntas	Oral, sobres	Responden correctamente
Extensión	10min	Reflexión	Voz, firmas, recuerdos.	Se comprometen

3. Desarrollo:

3.1 Motivación:

Observamos Video importancia de la alimentación para nuestro cuerpo

3.2 Básica:

Alimentación Saludable

Una alimentación para ser saludable debe ser variada en alimentos y debe contener los nutrientes que el cuerpo necesita para realizar las funciones vitales y prevenir las enfermedades nutricionales.

Importancia de la alimentación saludable

- Comer una variedad de alimentos saludables ayuda obtener las proteínas, los carbohidratos, las grasas, las vitaminas y los minerales que necesita para su crecimiento normal

- Ayuda a mantener un peso saludable y a que tenga mucha energía para estudiar y jugar
- Una buena alimentación previene enfermedades como desnutrición, obesidad, anemia, caries entre otros.
- Durante la infancia se aprende a comer saludable con la ayuda de padres, educadores y profesionales de la salud. Los hábitos alimentarios adquiridos en este periodo determinan la alimentación futura del adulto.

¿Cómo puede enseñar a su hijo a comer alimentos saludables?

- No tiene que cambiar todo de una vez. Se comienza con pequeños cambios fáciles de lograr, como ofrecer más frutas y verduras en las comidas y en los refrigerios.
- Reduzca poco a poco las sodas y otras bebidas con alto contenido de azúcar
- A la hora de la comida, sirva leche descremada o semidescremada a niños mayores de 2 años. En otros momentos del día, sirva agua para saciar la sed.
- Tenga a la mano una variedad de alimentos. Para las meriendas: por ejemplo: Barras de queso, Galletas de trigo integral y mantequilla de maní, Palomitas bajas en grasa para microondas o palomitas preparadas sin grasa, Barras de jugo congelado hechas con fruta 100% natural, Frutas frescas y secas, Zanahorias pequeñas con hummus o aderezo de frijoles, Yogur semidescremado con frutas frescas

Frecuencia para la alimentación

5 veces, tres comidas principales y dos refrigerios

Alimentos que el cuerpo necesita

Alimentos con almidón

Los alimentos con almidón contienen energía en forma de carbohidratos, y liberan esta energía lentamente en el transcurso del día. Son la fuente principal de energía. Ellos le harán sentirse lleno. Los alimentos con almidón incluyen el pan, las pastas, los cereales, el arroz y las papas. De ser posible, seleccione las variedades integrales y el arroz integral, ya que estos particularmente tienen un alto contenido de fibra. (minsa, 2007)

Frutas y verduras

Las frutas y las verduras son fuentes excelentes de vitaminas, minerales y fibra. Intente comer al menos cinco porciones de fruta y vegetales al día. Sus cinco porciones no tienen que estar todas frescas: las frutas y verduras secas, congeladas, enlatadas y en jugos también cuentan.

Leche y otros productos lácteos

como el queso y el yogurt, son fuentes importantes de proteínas, calcio y vitaminas. Elija opciones bajas en grasas, tales como leche descremada o semidescremada y yogur con bajo contenido de grasa.

Carne, pescado, huevos, frijoles y otras fuentes no lácteas de proteínas

La carne, el pescado y otras alternativas, como frijoles, legumbres, huevos y nueces son todas importantes fuentes no lácteas de proteínas. Los pescados grasos son especialmente ricos en ácidos grasos omega-3 poliinsaturados, que pueden ayudar a

prevenir las cardiopatías, aunque se necesitan más investigaciones para comprobar este efecto.

Aceites y grasas: aceite de oliva, canola, maravilla, maíz, soya. Contienen ácidos grasos esenciales para el crecimiento. Es mejor preferir aceites vegetales.

Alimentos	Cantidad	Frecuencia
Cereal (arroz, pastas)	1 taza	Diaria
Maíz o tortillas	1 ½ unidades	Diaria (por tiempo de comida)
Pan	3 unidades	Diaria
Menestra (Frijoles, garbanzo, pallar, lenteja)	1 ½ cucharón	Diaria
Papas (oca, yuca, camote)	unidad o trozo pequeño	Diaria
Verduras	2 porciones pequeñas	Diaria
Frutas	2 unidades pequeñas	Diaria
Leche o Derivados	3 tazas	Diaria
Queso	1 trozo pequeño	Diario
Huevo	1 unidad	Diario o mínimo 3 veces por semana
Carnes, pescado y mariscos	1 trozo pequeño (2 onzas)	Diario o mínimo 3 veces por semana
Azúcar	5 cucharaditas	Diaria
Aceite o grasa	3 cucharaditas	Diaria

Consejos a la hora de alimentarse

- Coman juntos en familia con la mayor frecuencia posible
- Haga que las comidas familiares sean un momento agradable y positivo
- Que el pequeño mastique bien los alimentos
- Los colores vivos en las presentaciones de los platos le ayudan a comer mejor
- Evite hacer comentarios sobre la cantidad o tipo de comida que come su hijo.

- La presión para comer reduce la aceptación de los niños de alimentos nuevos o diferentes.
- Los niños notan las selecciones que usted hace y siguen su ejemplo.
- Tome sus alimentos a aproximadamente la misma hora todos los días.
- Coma con la suficiente frecuencia (por ejemplo, cada 3 horas para los niños pequeños) como para que su hijo no esté demasiado hambriento.
- No haga nada durante la comida que no sea hablar y disfrutar de la compañía mutua.(Cardiology, n.d.)

Recetas saludables:

SOLTERITO DE LENTEJITAS	
Ingredientes	Preparación
2 cucharadas de lentejitas. 1 trozo chico de brócoli. ½ unidad de jugo de limón. 1 trozo chico de pechuga de pollo. 1 trozo pequeño de queso. ½ unidad de papa. 2 cucharaditas de aceite vegetal Una pizca de sal yodada. 4 cucharadas de arroz graneado.	1. Sancochar las lentejitas, el pollo, la papa y el brócoli por separado. 2. Cortar el pollo, la papa, el brócoli y el queso en cuadraditos. 3. Mezclar la lentejitas con la papa, el pollo, el brócoli, el limón y el queso, agregar la pizca de sal y el aceite. 4. Servir acompañado con arroz graneado
CHAUFA DE SANGRECITA	
Ingredientes	Preparación
2 cucharadas de sangrecita sancochada. 1 cabeza de cebolla china. 5 cucharadas de arroz graneado. 1 huevo de gallina. 2 cucharaditas de aceite vegetal. Una pizca de sal yodada.	1. Granear el arroz. 2. Batir el huevo, agregar una pizca de sal, freír y picar en cuadraditos. 3. Freír en una sartén la cebolla china picada en cuadraditos, el aceite y la sangrecita sancochada picada en cuadraditos. 4. Mezclar el arroz graneado con la preparación anterior y el huevo picado y luego servir.
TRIGO A LA JARDINERA CON HÍGADO	
Ingredientes	Preparación
1 unidad de hígado de pollo. 5 cucharadas de trigo sancochado. 1 cucharada de zanahoria.	1. Para preparar el trigo a la jardinera, freír el ajo molido en el aceite, agregar la zanahoria picada en cuadraditos, las arveja sin cáscara, el

<p>1 cucharada de arvejas frescas. 1 cucharada de choclo desgranado. 1/8 unidad pequeña de pimiento. 1 cucharadita de aceite vegetal. 1 diente de ajo. Una pizca de sal yodada. 1/8 taza de agua</p>	<p>choclo desgranado, la mitad de agua, la sal yodada y el trigo sancochado. Mezclar todo y cocinar. 2. Para preparar el hígado a la plancha, lavar y sazonar con el pimiento licuado y sal. 3. Poner en una sartén el hígado sazonado con el resto de agua y cocinarlo dándole vueltas por ambos lados. 4. Servir el trigo a la jardinera con hígado de pollo a la plancha.</p>
--	---

4.3. Práctica.-

Se realizará la demostración de preparación de receta saludable.

4.4. Evaluación.-

Se entregara a los miembros de la familia un sobre con una pregunta, luego se le pedirá que lean su pregunta, y si contestan correctamente se les dará su premio

4.5. Extensión.-

Familia recibirá un recetario de alimentación saludable firmar su compromiso

Bibliografía:

FAO (2010) Guia metodologica de la alimentacion y nutricion Renavisan (!º) Honduras