



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA

ÁREA DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

**IMPLEMENTACIÓN DE UN TALLER DE FISIOTERAPIA Y ESTIMULACIÓN
TEMPRANA, DIRIGIDO A PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE RETRASO DEL
DESARROLLO PSICOMOTOR Y LACTANTES QUE ASISTEN AL
ESTABLECIMIENTO DE SALUD HUANGALA- SULLANA. PERIODO 2016**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA TECNÓLOGO MÉDICO EN EL
ÁREA DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

KATHERINE MARIZETH NAVARRO REYES

ASESOR:

Dr. JORGE MAX MUNDACA MONJA.

PIURA – PERÚ

2017

HOJA DE APROBACIÓN

KATHERINE MARIZETH NAVARRO REYES

“IMPLEMENTACIÓN DE UN TALLER DE FISIOTERAPIA Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA, DIRIGIDO A PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR Y LACTANTES QUE ASISTEN AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD HUANGALA- SULLANA, PERIODO 2016”

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del título de Licenciada en Tecnología Médica en el área de Terapia Física y Rehabilitación por la Universidad Alas Peruanas.

PIURA – PERÚ

2016

El presente proyecto de investigación se lo dedico a Dios porque es quien guía siempre de mis pasos y es mi fuerza, mis hijos Luciana y Manu que son el motor en mi vida que me impulsa a plantearme nuevas metas; mi esposo Leo y mis padres Grimaneza y Porfirio que son mi apoyo y siempre depositan su confianza en mí y en cada reto que se me presenta siempre me impulsan a seguir adelante.

Agradezco principalmente a Dios por brindarme sabiduría y fortaleza para ser perseverante y lograr culminar con el estudio de este proyecto; agradezco a mi esposo y mis padres por brindarme siempre su amor y su apoyo incondicional para que logre alcanzar mis metas, también a todos los docentes que me guiaron durante el proceso de esta investigación; en especial, al Dr. Max Mundaca Monja, quien con cada clase, logró transmitir sus conocimientos y experiencia adquirida a lo largo de su carrera profesional de tal manera que me ha brindado la mejor orientación no solo en el proyecto, sino también en mi carrera, y agradezco también a todas las personas del establecimiento de salud Huangala y a todas y cada una de las personas que me apoyaron para poder cumplir esta meta.

RESUMEN:

La presente investigación, fue realizada en el establecimiento de salud Huangala, que es un pueblo ubicado en el distrito de Bellavista, provincia de Sullana, departamento de Piura; tuvo como Objetivo General: Determinar la importancia de implementar un taller de fisioterapia y estimulación temprana, dirigido a pacientes con diagnóstico de retraso del desarrollo psicomotor y lactantes que asisten al establecimiento de salud Huangala- Sullana. Periodo 2016; que permita ayudar a los niños a tener una buena evolución en su desarrollo psicomotor, tengan un crecimiento sano, y se les pueda brindar una mejor atención en el establecimiento de salud, con una buena evaluación y tratamiento.

La población estuvo conformada por 80 niños menores de un año, nacidos entre el periodo de julio del año 2015 y julio del año 2016; de los cuales se sacó una muestra de 20 niños que eran diagnosticados con Retraso del Desarrollo Psicomotor, los cuales fueron agrupados de 0 a 4 meses; de 5 a 8 meses y de 9 a 12 meses, para su respectiva evaluación; esta clasificación se estableció considerando las características psicomotrices comunes al grupo de edad distribuidos según el sexo (13 niñas y 7 niños); así mismo una segunda población fueron las madres de los niños con diagnóstico de retraso del desarrollo psicomotor; quienes llegaron a desarrollar un aprendizaje sobre las técnicas que debían trabajar en el hogar con sus hijos, para que pudieran evolucionar rápidamente en su tratamiento. El instrumento que se utilizó como evaluación para la valoración del desarrollo psicomotor del niño, fue el test neuroevolutivo de Milani-Comparetti, evaluado por la investigadora; la evaluación constó de dos partes: la primera, una recopilación de los datos más importantes del niño y de su madre; así como de su entorno familiar, edad, ocupación, número de hijos; recolectados mediante una encuesta que fue

analizada mediante el programa SPSS. La segunda parte de la evaluación consta de la evaluación del niño mediante el test neuroevolutivo de Milani-Comparetti antes de intervenir en el taller y otra evaluación después de tres meses de haber recibido constantemente el taller de fisioterapia y estimulación temprana.

El programa se desarrolló todos los martes y viernes por un período de tres meses, en el establecimiento de salud de Huangala, en el área de enfermería, pues en el establecimiento no se contaba con un ambiente acondicionado para efectuar el taller, de tal manera que en coordinación con admisión se podía usar el ambiente de admisión para la atención de vacunas todos los martes y viernes y enfermería se acondicionaba para desarrollar el taller; de esta manera se pudo culminar con éxito el desarrollo del taller y los niños presentaron mejoría en su desarrollo psicomotor acorde a su edad; ya que el personal de salud, recibió una mejor orientación para la evaluación de los niños que asisten diariamente al establecimiento de salud.

Palabras Clave: Fisioterapia, estimulación temprana, desarrollo psicomotor, retraso del desarrollo psicomotor, lactantes.

ABSTRACT

The present investigation was carried out in the health facility Huangala, which is a town located in the district of bellavista, province of Sullana, department of Piura; Had as a General Objective: To determine the importance of implementing a physiotherapy and early stimulation workshop, aimed at patients with a diagnosis of psychomotor developmental delay and infants attending the Huangala-Sullana health facility. Period 2016 "; That allows children to have a good evolution in their psychomotor development, to have a healthy growth, and to be able to provide better care in the health establishment, with a good evaluation and treatment.

The population consisted of 80 children under one year of age, born between July 2015 and July 2016; Of which a sample of 20 children who were diagnosed with Developmental Psychomotor Development were grouped from 0 to 4 months; From 5 to 8 months and from 9 to 12 months, for their respective evaluation; This classification was established considering the psychomotor characteristics common to the age group distributed according to sex (13 girls and 7 boys); Also a second population were the mothers of children with a diagnosis of delayed psychomotor development; Who came to develop learning about the techniques that should work at home with their children, so that they could evolve rapidly in their treatment. The instrument that was used as an evaluation for the evaluation of the psychomotor development of the child was the neuroevolutionary test of Milani Comparetti, evaluated by the researcher; The evaluation consisted of two parts: the first, a compilation of the most important data of the child and his / her mother; As well as their family environment, age, occupation, number of children, collected through a survey that was analyzed through the SPSS program. The second part of the evaluation consists of the evaluation of the child through the neuro-evolutive test of

Milani Comparetti before intervening in the workshop and another evaluation after three months of having received the workshop of physiotherapy and early stimulation.

The program was held every Tuesday and Friday for a period of three months, at the Huangala health facility, in the nursing area, since the facility did not have a conditioned environment to carry out the workshop, in such a way that In coordination with admission, the admission environment for the care of vaccines could be used every Tuesday and Friday and the infirmary was conditioned to develop the workshop; In this way the workshop could be successfully completed and the children showed improvement in their psychomotor development according to their age; Since health personnel received better guidance for the evaluation of children attending the health facility on a daily basis.

Keywords: Physiotherapy, early stimulation, psychomotor development, delayed psychomotor development, infants.

LISTA DE FIGURAS

Figura N°01.....	39
Figura N°02.....	40
Figura N°03.....	41
Figura N°04.....	42
Figura N°05.....	43
Figura N°06.....	44
Figura N°07.....	46
Figura N°08.....	47
Figura N°09.....	48
Figura N°10.....	48
Figura N°11.....	49
Figura N°12.....	50
Figura N°13.....	51
Figura N°14.....	52
Figura N°15.....	53
Figura N°16.....	54
Figura N°17.....	55
Figura N°18.....	56
Figura N°19.....	57

Figura N°20.....	58
Figura N°21.....	59
Figura N°22.....	60
Figura N°23.....	61

LISTA DE TABLAS

Tabla N°1: Características Generales asociadas a las madres.....	85
Tabla N°2: Atención y orientación del personal de salud.....	88
Tabla N°3: Comportamiento de los niños.....	90
Tabla N°4: Necesidad de implementar un área de fisioterapia.....	91
Tabla N°5: Tratamiento según la economía.....	92
Tabla N°6: Sexo y edad de los niños.....	93
Tabla N°7: Comportamiento Espontáneo.....	95
Tabla N°8: Postura del Cuerpo.....	97
Tabla N°9: Motor.....	99
Tabla N°10: Reacciones Evocadas.....	101
Tabla N°11: Enderezamiento.....	104
Tabla N°12: Paracaídas.....	106
Tabla N°13: Equilibrio.....	109

INDICE

CARATULA.....	01
HOJA DE APROBACION.....	02
DEDICATORIA.....	03
AGRADECIMIENTO.....	04
RESUMEN.....	05
ABSTRACT.....	07
LISTA DE FIGURAS.....	09
LISTA DE TABLAS.....	11
INTRODUCCIÓN.....	15
CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	17
1.1.- Planteamiento Del Problema.....	17
1.2.- Formulación Del Problema.....	17
1.2.1.- Problema General.....	20
1.2.2.- Problemas Específicos.....	20
1.3.- Objetivos.....	21
1.3.1.- Objetivo General.....	21
1.3.2.- Objetivos Específicos.....	21
1.4.- Justificación.....	21

CAPITULO II: MARCO TEORICO.....	25
2.1. Bases Teóricas.....	25
2.2. Antecedentes.....	71
2.2.1.- Antecedentes Internacionales.....	71
2.2.2.- Antecedentes Nacionales.....	76
CAPITULO III: METODOLOGÍA.....	80
3.1. Diseño del estudio.....	80
3.2. Población.....	80
3.2.1. Criterios de Inclusión.....	81
3.2.2. Criterios de exclusión.....	81
3.3. Muestra.....	81
3.4. Operacionalización de las variables.....	82
3.5. Procedimientos y técnicas.....	83
3.6. Plan de análisis de datos.....	84
CAPITULO IV: RESULTADOS ESTADÍSTICOS.....	85
4.1. Resultados.....	85
4.2. Discusiones de resultados.....	112
4.3. Conclusiones.....	124
4.4. Recomendaciones.....	126

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	127
REFERENCIAS ELECTRONICAS.....	130
ANEXOS.....	131
MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	132
ENCUESTA.....	133
TEST NEUROEVOLUTIVO DE MILANI-COMPARETTI.....	136
REPORTE FOTOGRAFICO.....	137

INTRODUCCIÓN

La estimulación Temprana en los niños, no busca adelantar al niño sino, potenciar sus habilidades del desarrollo psicomotor para obtener un óptimo desarrollo normal en sus etapas durante la infancia, pues la mayor parte del porcentaje que desarrolla el sistema nervioso, es durante los primeros 5 años de vida, de esta manera debemos aprovechar estimulando al niño las diferentes áreas del desarrollo, tanto el área cognitiva, como el área de lenguaje, el área motora y el área social; de esta manera ayudaremos al niño a que tenga una adecuada madurez de su desarrollo.

La constante evaluación del desarrollo psicomotor en los niños, es sumamente importante, pues va a evaluar el desarrollo neuroevolutivo que siguen los niños mensualmente, y el desarrollo de cada una de sus etapas, de esta manera va a poder permitir que se detecte precozmente si existen pacientes que presenten diagnóstico de retraso del desarrollo psicomotor y poder efectuar un tratamiento oportuno para que los niños puedan potenciar sus habilidades y normalizar su desarrollo; así mismo poder orientar a los padres para que sigan una pautas, para ayudar a que su hijo tenga un óptimo desarrollo, ya que la mayor parte del tiempo de los niños está cubierta por la familia y su entorno en el hogar; por lo tanto es indispensable que la familia se involucre con el niño, así como el personal de salud y poder formar un buen equipo que pueda ofrecer la mejor atención al niño y este desarrolle sus etapas de manera normal y sin alteraciones.

Pero la estructura del establecimiento de salud es actualmente diferente a las necesidades del pueblo, pues no hay personal suficiente para hacer un óptimo seguimiento del desarrollo psicomotor de los niños del pueblo de Huangala y la falta de personal, áreas de trabajo y horas de atención a los pacientes, son un obstáculo

muy grande para alcanzar los objetivos trazados; pues el establecimiento de salud es pequeño y solo cuenta con 5 áreas, que son el área de Admisión, laboratorio, obstetricia, farmacia y enfermería, solo 2 personas en el área de enfermería para atender a todos los niños del pueblo de Huangala que asisten al establecimiento de salud, por lo tanto no se abastecen para poder hacer un seguimiento del óptimo desarrollo psicomotor de los pacientes y tomar medidas para evitar que sigan existiendo más casos de retraso del desarrollo psicomotor y de esta manera mejorar la atención para que los pacientes tengan un mejor conocimiento de sus enfermedades y sobre todo haya un mejor control del desarrollo psicomotor en los niños; ya que por falta de tiempo y personal, las madres solo llevan a sus hijos al control de las vacunas y el personal solo se enfoca en eso, ya que hay demasiados pacientes y el tiempo para atenderlos a todos no es suficiente como para evaluar si el niño lleva un desarrollo normal; esto sin mencionar a los pobladores que no acuden al establecimiento porque ya no alcanzan cupos y desde allí empieza un descontrol del seguimiento del desarrollo psicomotor normal que deberían tener los niños, además de la falta de control en sus vacunas.

Por ello se llevó a cabo un taller para evaluar y brindar tratamiento a los niños con retraso en su desarrollo psicomotor y verificar la eficacia del tratamiento en los niños que participaron del taller, y de esta manera determinar la importancia de la implementación de un taller de fisioterapia y estimulación temprana en el establecimiento de salud Huangala, pues de esta manera se pretende disminuir el número de casos de niños que presentan diagnóstico de retraso del desarrollo psicomotor.

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El lugar donde se realizó la investigación fue en el establecimiento de salud o puesto de salud Huangala, ubicado en el pueblo de Huangala que se localiza en el distrito de Bellavista, perteneciente a la provincia de Sullana del departamento de Piura, Perú.

Geográficamente el distrito de Bellavista se encuentra ubicado en la costa norte del Perú.

Sus límites son:

NORTE: La Quebrada y Boquerón de Núñez.

SUR: Asentamiento Humano Santa Teresita y Barrio Buenos Aires.

ESTE: Parcelas de Cieneguillo y el dren de Cieneguillo.

OESTE: Canal Vía y ex carretera a la Tina.

El Establecimiento de Salud Huangala, tiene la clasificación de Puesto de Salud o Posta de Salud, de tipo sin internamiento, categoría I-2, ubigeo 200602; DISA¹: Piura, Red Sullana y Micro red Bellavista. Su horario de atención es de las 8:00am a las 2:00pm; y su Unidad Ejecutora es: Salud Luciano Castillo Colonna.

1.2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Tras la visita al establecimiento de salud Huangala, se pudo observar que varios de los pacientes que asistían al control de vacunación, presentaban signos de retraso del desarrollo psicomotor; pero los niños no reciben una adecuada evaluación de su desarrollo, pues solo ingresaban a su control y eran pesados y

tallados por la técnica de enfermería, luego los vacunaba la Lic. En enfermería y les daba la receta de gotas en caso que presentara fiebre, y recomendaciones de sus comidas y vitaminas; pero en ningún momento se presencia una evaluación de su crecimiento y desarrollo; y todas las tarjetas que se evaluaron presentan en blanco la evaluación del desarrollo de su niño, pues por la cantidad de niños que asisten, el personal se enfoca más en vacunación, pues las madres de familia, se van rápidamente a sus hogares a realizar sus labores cotidianas, y las enfermeras se ven en la obligación de salir a las casas a vacunar a todos los niños que no tengan vacunas completas y esas campañas de vacunación requieren de más tiempo, lo cual no hay un tiempo determinado que dediquen a la evaluación del desarrollo normal del niño. duplica la cantidad de pacientes que considera la subregión, ya que esta considera atención para 2000 habitantes en el pueblo de Huangala, cuando en realidad la población asciende a los 5000 habitantes, según un censo aplicado en el año 2009 por el personal del establecimiento de salud y esta incluso sin contar que la subregión de salud, no designa presupuesto para personal de limpieza dentro del establecimiento de salud, por lo que el horario de atención se ve afectado, pues los mismos empleados al llegar al centro de labores tienen que emplear las primeras horas de atención, en la limpieza del establecimiento de salud.

Por lo tanto, debido a la falta de apoyo por parte de la subregión de salud, y por ende la falta de personal, hace que los niños no tengan una adecuada evaluación del desarrollo psicomotor y menos un tratamiento que ofrezca a los pacientes que presentan retraso en el desarrollo psicomotor, un tratamiento oportuno para poder normalizar su desarrollo; así mismo tampoco pueden disponer de un tiempo para indicarle a las mamás una orientación sobre las medidas que pueden tomar cuando sus niños presentan retraso del desarrollo psicomotor, lo cual

es muy importante ya que no todas las madres cuentan con dinero suficiente como para llevar a un centro de fisioterapia a sus hijos, pues brindarles este tratamiento requiere mucho dinero para ellas, debido a que en el pueblo de Huangala no se brinda este servicio y tienen que viajar tres veces a la semana a la provincia de Sullana para que su niño pueda recibir el tratamiento fisioterapéutico; pero como ya mencioné, las madres no tienen la economía que necesitan, entonces los niños no reciben ningún tipo de estimulación; esto sin contar con el tiempo que tienen las madres en el hogar, pues la mayoría no tienen solo un hijo, y con las labores del hogar dejan al lactante solo en su cama y por temor a que se ahogue no lo ponen boca abajo, donde el niño no puede desarrollar su control de cabeza sobre el cuerpo ni se ejercita, lo cual lo vuelve también un bebé hipotónico; así como también existen madres sobreprotectoras que meten a su bebé en un corralito o lo cargan casi todo el tiempo en un canguro y hacen que el niño no se relacione con su entorno, lo cual hace que se salte muchas etapas de su desarrollo, pues cuando tiene 6 meses ya lo están poniendo en un andador, lo cual también lo convierte en un niño Hipotónico, ya que se ha saltado muchas etapas de su desarrollo muy importantes como el arrastre y el gateo, y al no ejercitar su cuerpo ni sus miembros tanto inferiores como superiores, no va a poder ejecutar una buena marcha, si es que llega a ejecutarla; entonces es aquí en este período, cuando los niños no llegan a caminar, o si presentan problemas al caminar y se caen, donde las madres recién notan que su niño presenta algún problema, y recién en ese momento acuden al doctor.

La presente investigación tendrá como fin, beneficiar la salud de los niños menores de un año nacidos entre el mes de setiembre de 2015 y el mes de julio de 2016, y los pacientes con diagnóstico de retraso del desarrollo psicomotor; de esta

manera podrán tener un desarrollo psicomotor normal, y habrán menos casos de retraso del desarrollo psicomotor en el establecimiento de salud Huangala.

1.2.1.- PROBLEMA GENERAL

Al analizar la problemática en el establecimiento de salud de Huangala, y tras las constantes visitas a dicho establecimiento, se observó, que muchos de los niños, que asistían a ser atendidos al establecimiento de salud de Huangala, tenían retraso en su desarrollo psicomotor; sin embargo, muchas de las madres de estos niños, no lo sabían, pues no hay una intervención oportuna por parte del personal sanitario de dicho establecimiento de salud, ya que en la evaluación del control del niño sano, solo les toman a los niños su peso y talla, y los vacunan; debido a la falta de tiempo y de profesionales en salud, por lo que cabe preguntarse :¿cuán importante es implementar un taller de fisioterapia y estimulación temprana en el establecimiento de salud Huangala?.

1.2.2.- PROBLEMAS ESPECÍFICOS:

Después de analizar el problema principal; se pudo encontrar los siguientes problemas secundarios:

A. ¿De qué manera se puede identificar a los niños con diagnóstico de retraso del desarrollo psicomotor?

B. ¿Cómo, se podrá aplicar el taller de fisioterapia y estimulación temprana a los pacientes con diagnóstico de retraso del desarrollo psicomotor y lactantes en el establecimiento de salud Huangala?

C. ¿Con qué instrumentos podemos evaluar la evolución del desarrollo psicomotor de los pacientes que asisten al taller?

D. ¿Cómo se puede verificar la eficacia del tratamiento aplicado en los niños que asistirán al taller de fisioterapia y estimulación temprana en el establecimiento de salud de Huangala.?

1.3.- OBJETIVOS

1.3.1.- OBJETIVO GENERAL:

Determinar la importancia de implementar un taller de fisioterapia y estimulación temprana para lograr un buen desarrollo psicomotor en los niños.

1.3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

A. Identificar el número de pacientes que presentan diagnóstico de retraso del desarrollo psicomotor y lactantes que asisten al establecimiento de salud Huangala.

B. Aplicar el taller de fisioterapia y estimulación temprana a los pacientes con diagnóstico de retraso de desarrollo psicomotor y lactantes en el establecimiento de salud Huangala.

C. Evaluar la evolución del desarrollo psicomotor de los niños que asisten al taller de fisioterapia y estimulación temprana en el establecimiento de salud Huangala, mediante el test neuroevolutivo de Milani-Comparetti.

D. Verificar la eficacia del tratamiento en los niños que recibieron fisioterapia y estimulación temprana en el establecimiento de salud Huangala.

1.4.- JUSTIFICACIÓN

El establecimiento de salud Huangala, actualmente no cuenta con personal suficiente para atender a toda su población; pues según la entrevista que tuvimos con la obstetra y jefa del establecimiento de salud; la DISA (Dirección de Salud

Luciano Castillo Colonna) solo estima atención para 2000 habitantes, cuando en el pueblo de Huangala existen más de 5000 habitantes, según el último censo aplicado en el año 2009 por parte del personal de salud, del establecimiento de salud de Huangala; lo cual es un factor muy importante, pues solo hay una Lic. En Enfermería y una técnica en enfermería, encargadas de la evaluación y control del niño sano; y al observar las historias clínicas de los pacientes, encontramos muy poca información en ellas, y las tarjetas de control que nos mostraron las mamás, solo tienen datos de peso, talla y fechas de vacunas, pero en evaluación del desarrollo psicomotor del niño, lo presentan en blanco, debido a que para el personal sanitario, lo primordial es la vacunación de los niños, y casi no han tomado en cuenta la evaluación del desarrollo psicomotor, por lo que no hay una intervención oportuna de atención al niño, y hoy en día hay muchos casos de retraso del desarrollo psicomotor en los niños que asisten a este establecimiento de salud; no obstante la desnutrición, el factor socioeconómico de las familias, la poca información de los padres sobre el desarrollo y crecimiento de su niño, juegan un papel muy importante, pues no se dan cuenta que su niño presenta un retraso, hasta que llega el momento de gatear y/o caminar y el niño no lo realiza, es aquí donde recién se presta atención al desarrollo del niño, para lo cual se ha perdido un valioso tiempo para una intervención y tratamiento oportuno; es por ello, que se plantea la posibilidad de implementar un taller de fisioterapia y estimulación temprana, ante la necesidad de personal sanitario, profesional, para ofrecer a los niños una buena evaluación, con una buena anamnesis en su historia clínica y ofrecer a los niños un diagnóstico y tratamiento oportuno, para que tengan un desarrollo psicomotor acorde a su edad; así mismo educar a los padres para que intervengan de manera activa en el hogar, y puedan ayudar a la mejoría de su niño en el menor tiempo posible; así como

también darles charlas informativas, pues es muy importante, que los padres tengan conocimiento sobre el desarrollo normal en su niño, y puedan estar alertas, ante alguna alteración en su desarrollo; para que pueda buscar ayuda en el profesional de salud, y se le brinde una atención oportuna al niño; así como también es importante educar al personal sanitario del establecimiento de salud; para que se tome un minuto más de su tiempo, y ofrezca al niño, una buena evaluación de su desarrollo psicomotor; por lo menos aplicando el test de las tarjetas de control; pues es imprescindible, darle a conocer la importancia, de una intervención oportuna, ante un caso de retraso o alteración del desarrollo psicomotor; pues el establecimiento de salud, actualmente no cuenta con atención de médicos y cuando hay una emergencia o consulta el paciente es derivado al Hospital de apoyo de Sullana; de tal manera que no todos los pacientes cuentan con medio económicos suficientes, para estar viajando a Sullana y como los padres desconocen la importancia, de que su niño sea atendido, no le prestan la importancia del caso y los niños no reciben una atención adecuada.

Por ello, se necesita el apoyo de entidades tanto públicas como privadas para la ejecución del taller; principalmente que la subregión de salud preste un poco más de atención a las necesidades del establecimiento de salud, ya que no hay la cantidad de profesionales que es necesario para atender la cantidad de pacientes que acuden al establecimiento de salud; y no hay personal de limpieza, lo cual hace que los profesionales empleen parte del horario de atención a los pacientes en limpiar el establecimiento de salud y brindar el taller de forma gratuita, pues para que los padres puedan llevar a sus hijos al taller, este debería brindarle facilidades; puesto que las familias tienen bajos recursos económicos y bajo nivel de educación, y pues invertir en la salud para su hijo, no es prioridad para ellos, pues esperan que

su niño llegue a normalizar su desarrollo por sí solo, ya que no cuentan con dinero suficiente para utilizarlo en terapias y su salario solo cubre los gastos del hogar; por lo tanto el taller debe ser gratuito dentro del establecimiento de salud.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1.- BASES TEÓRICAS

TALLER DE FISIOTERAPIA Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Al referirnos al taller de fisioterapia y estimulación temprana, se debe tener en cuenta exactamente a que nos referimos cuando decimos fisioterapia. La fisioterapia (del griego φυσικς physis, 'naturaleza', y θεραπεία therapía, 'tratamiento') es una disciplina de la Salud que ofrece una alternativa terapéutica no farmacológica, para paliar síntomas de múltiples dolencias, tanto agudas como crónicas, por medio del ejercicio terapéutico, calor, frío, luz, agua, técnicas manuales entre ellas el masaje y electricidad; según la Confederación Mundial para la Fisioterapia, la fisioterapia tiene como objetivo facilitar el desarrollo, mantención y recuperación de la máxima funcionalidad y movilidad del individuo o grupo de personas a través de su vida.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define en 1958 a la fisioterapia como: "la ciencia del tratamiento a través de: medios físicos, ejercicio terapéutico, masoterapia y electroterapia. Además, la Fisioterapia incluye la ejecución de pruebas eléctricas y manuales para determinar el valor de la afectación y fuerza muscular, pruebas para determinar las capacidades funcionales, la amplitud del movimiento articular y medidas de la capacidad vital, así como ayudas diagnósticas para el control de la evolución".²

¹Información obtenida de <https://es.wikipedia.org/wiki/Fisioterapia> visitada por última vez el 4 de octubre del 2016.

²Ibídem.

Por su parte, la Confederación Mundial por la Fisioterapia (WCPT) en 1967 define a la Fisioterapia desde dos puntos de vista:³

Desde el aspecto relacional o externo, como “uno de los pilares básicos de la terapéutica de los que dispone la Medicina para curar, prevenir y readaptar a los pacientes; estos pilares están constituidos por la Farmacología, la Cirugía, la Psicoterapia y la Fisioterapia”.

Desde el aspecto sustancial o interno, como “Arte y Ciencia del Tratamiento Físico, es decir, el conjunto de técnicas que mediante la aplicación de agentes físicos curan, previenen, recuperan y readaptan a los pacientes susceptibles de recibir tratamiento físico”.

El tratamiento fisioterápico por medio de ejercicios constituye el punto central y de partida de la totalidad del plan terapéutico y su objetivo es reorganizar la motricidad del sistema nervioso, creando patrones posturales, de tono y de movimiento cada vez más evolucionados, siguiendo las secuencias del desarrollo motor normal desde la posición en decúbito prono hasta la bipedestación y la marcha.⁴

Existe un gran número de métodos de tratamiento, cuya selección se ajustará a las necesidades de cada caso y a la experiencia del fisioterapeuta.

Así mismo también se debe tener en cuenta a que nos referimos cuando decimos estimulación temprana; es por ello que el Dr. Raúl Téllez del Río, lo define

³Información obtenida de <https://es.wikipedia.org/wiki/Fisioterapia> visitada por última vez el 4 de octubre del 2016.

⁴Información obtenida de <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/psicomotricidad.pdf> visitada por última vez el 4 de octubre de 2016.

como la atención que recibe el niño en las primeras etapas de su vida, con el objetivo de desarrollar y potenciar al máximo sus posibilidades físicas, intelectuales y afectivas, mediante programas sistemáticos y secuenciales que abarcan, todas las áreas del desarrollo humano, sin forzar el curso lógico de la maduración.

Por otro lado Mercedes Kiyomi del Pilar Meza Flores (2014) la estimulación temprana tiene como finalidad, desarrollar al máximo y potencializar las funciones cerebrales del niño de 0 a 12 meses de edad, mediante el juego y ejercicios repetitivos, tanto en el plano intelectual, como en el físico, afectivo y social.

[El valor de la intervención precoz en el desarrollo, es conseguir un aumento de las actividades cotidianas del niño y una mayor interacción con su madre, Sophie Levitt, terapeuta física de gran trayectoria internacional y autora de reconocidos libros en materia de estimulación temprana y desarrollo motor señala: “hay que ayudar a moverse cuanto antes, y que cuando antes pueda explorar, antes podrá transmitir la información adquirida con su exploración”. No basta el estímulo adecuado en el momento adecuado, si los mecanismos físico-biológicos son inadecuados.]⁵

[La Estimulación Temprana es el conjunto de acciones dirigidas a promover las capacidades físicas, mentales y sociales del niño, a prevenir el retardo psicomotor, las alteraciones motoras, los déficit sensoriales, las discapacidades intelectuales, los trastornos del lenguaje y, sobre todo, a lograr la inserción de estos niños en su medio, sustituyendo la carga de una vida inútil por la alegría de una

⁵Información obtenida de Gómez Gómez, Adriana(2012); tesis para optar el grado de Magister en Salud Integral y Movimiento Humano.

existencia útil y transformando los sentimientos de agresividad, indiferencia o rechazo en solidaridad, colaboración y esperanza].⁶

El objetivo de la Estimulación Temprana no es acelerar el desarrollo, forzando al niño a lograr metas que no está preparado para cumplir, sino el reconocer y motivar el potencial de cada niño en particular y presentarle retos y actividades adecuadas que fortalezcan su desarrollo físico y psicológico.⁷

Los programas de estimulación temprana son una manera muy especial de contactar y divertirnos con el niño, siguiendo los ritmos que nos marque, animándole y teniendo fe en sus posibilidades, siendo creativos e imaginativos, inventando cosas nuevas y llevándolas a la práctica observando los resultados; es prevenir y mejorar posibles déficits del desarrollo del niño, pues apuntan a normalizar sus pautas de vida y trabajar en una serie de tareas de una manera constante, pero introduciendo una pequeña novedad. Si no hay suficiente constancia en los aprendizajes, no aprenderá la tarea y se olvidará rápidamente, y si la novedad es excesiva, se va a desconectar y abrumar.⁸

⁶Información obtenida de Encalada Ludeña, Dayana Lissete(2013); tesis para optar el grado de Lic. En Ciencias de la Educación.

⁷Ibídem.

⁸Información obtenida de <https://es.scribd.com/doc/22630811/ESTIMULACION-TEMPRANA> visitada por última vez el 23 de setiembre de 2016.

La estimulación desarrolla la inteligencia y genera amor. Su gran objetivo es mejorar la calidad de vida y lo logra al aprovechar al máximo el vasto potencial existente en el SNC del niño, despertando capacidades dormidas y cuenta con la capacidad humana de responder al estímulo social: a la sonrisa, la caricia, el estímulo físico o verbal; por lo tanto tiene una esencia social.⁹

La Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que el 60% de los niños menores de 6 años no se encuentran estimulados, lo cual puede condicionar a un retraso en su desarrollo psicomotor.(2) Por lo tanto el desarrollo en esta etapa de vida es fundamental y de ellas va depender las relaciones interpersonales que el niño practique a futuro.¹⁰

El Ministerio de Salud (MINSU), en su documento de Norma de Atención Integral de Salud del Niño, estipula como objetivo principal “promover un óptimo crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años, con la activa participación de la familia, las organizaciones, instituciones comunales, el sector salud en conjunto, promoviendo a nivel de los hogares prácticas de estimulación y de desarrollo psicomotor que ayuden al niño a alcanzar al máximo sus potencialidades. El papel del sector salud ante el proceso de crecimiento y desarrollo de los niños es de acompañamiento y evaluación del mismo, así como de promover los vínculos afectivos, condiciones físicas, sociales, políticas y culturales que conlleven a optimizar este proceso.¹¹

⁹Información obtenida de <https://es.scribd.com/doc/22630811/ESTIMULACION-TEMPRANA> visitada por última vez el 23 de setiembre de 2016.

¹⁰Meza Flores, Mercedes Kiyomi del Pilar (2014); tesis para optar título de Lic. En Enfermería. Universidad de San Marcos.

¹¹Ibídem.

El Perú en el año 2012 presenta un total de niños y adolescentes menores de 15 años 8 438 717, lo que representa el 31% del total de la población, es uno de los grupos más vulnerables y desprotegidos, la tasa de Pobreza total de niños y niñas menores de 15 años es del 65%, además la desnutrición crónica de los niños menores de 5 años se ha incrementado a un 25.4%. Por todos los factores de riesgo en nuestra realidad 20 000 niños y niñas mueren cada año sin haber cumplido su primer año de vida. Las condiciones desfavorables se empiezan a desarrollar además de la cultura y los estilos de vida que tenga su núcleo familiar, van a determinar si este niño presenta una alteración en su desarrollo integral. Por ello se debe de realizar la capacitación necesaria en los consultorios, en las salas de espera, a través de visitas domiciliarias y otras instituciones que atienden niños. Según los datos estadísticos del Componente de Atención Integral del Niño de 0- 5 años del MINSA, se tiene que estos últimos años la deficiencia del desarrollo psicomotor, en los menores de 5 años ha incrementado de 7% al 12%, además de tener bajas coberturas en los centros de salud.

La Estimulación Temprana es toda actividad de contacto o juego con un bebé o niño que propicie, fortalezca y desarrolle adecuada y oportunamente sus potencialidades humanas. Tiene lugar mediante la repetición útil de diferentes eventos sensoriales que aumentan el control emocional, propician al niño una sensación de seguridad y goce; por otro lado amplían la habilidad mental, que facilita el aprendizaje ya que desarrolla destrezas, para estimularse asimismo a través del juego libre, del ejercicio, de la curiosidad, la exploración y la imaginación.

El doctor Burton White, de la Universidad de Harvard, señala: “El cerebro del niño está deseoso de trabajar. La ausencia de inhibiciones e inquietudes, que limitan a los niños mayores, ayudan al pequeño a la obtención de conocimientos

esenciales. la curiosidad inhibida puede traer aparejados fracasos sistemáticos. En estos casos el peligro es la disminución de la autoestima y de la autoconfianza. Esta inquietud puede limitar el desarrollo mental”.

Lira Rodríguez en Chile (1996), realizó un estudio sobre “Importancia de Estimulación temprana en el normal desarrollo psicomotor de niños pequeños”, concluyendo que sería favorable la calidad de instrucción de las mujeres que están al cuidado de los niños.¹²

Se puede decir que la estimulación no busca adelantar a los niños a que tengan un precoz desarrollo psicomotor; pues los niños tienen que desarrollar sus etapas eslabón por eslabón, y si no tienen bien definidas sus etapas y avanzan rápidamente pueden saltarse algunos eslabones y allí entra a detallar un problema. Por ejemplo; si un niño después de sentarse, empezó a caminar y la madre lo impulsa a seguir caminando orgullosa que su hijo camina antes del año de nacido, en algún momento el niño se cansa de caminar y se va a sentar y no va a caminar ni a gatear, pues se saltó el eslabón de arrastre y gateo y esta desubicado en el espacio; de esta manera con la estimulación temprana no buscamos adelantar las etapas del niño; sino estimular y potenciar cada etapa del niño para que tenga un buen desarrollo normal y evitar retrasos en el desarrollo psicomotor .

Al plantear la elaboración del taller, no solo se piensa en brindarles fisioterapia a los niños; sino también brindarles charlas de orientación a los padres, para que sus niños tengan un buen desarrollo, pues los niños pasan mucho más tiempo en el

¹²Meza Flors, Mercedes Kiyomi del Pilar (2014); tesis para optar título de Lic. En Enfermería.

Universidad de San Marcos.

hogar que n el establecimiento de salud; así mismo orientar al personal de salud para que brinden una mejor atención y evaluación a los niños, que presten más atención a sus etapas de desarrollo y así poder detectar a tiempo algún caso de retraso psicomotor en el infante.

DESARROLLO PSICOMOTOR

El término de desarrollo psicomotor se atribuye al neuropsiquiatra alemán Carl Wernicke¹³ (1848-1905), y se utiliza para referirse al fenómeno evolutivo de adquisición continua y progresiva de habilidades a lo largo de la infancia. Se han diseñado pruebas objetivas de evaluación del desarrollo considerando cuatro áreas: motricidad gruesa, motricidad fina, sociabilidad y lenguaje.¹⁴ El desarrollo psicomotor es un fenómeno cualitativo que se expresa tanto en lo corporal como en lo cognitivo y emocional, además; es de ser la forma natural de ir adquiriendo habilidades durante la infancia. Este ocurre en forma secuencial y progresiva, es decir que para alcanzar nuevas etapas es necesario haber logrado las anteriores. Esta secuencia del desarrollo es igual para todos los niños, sin embargo, el ritmo con que cada niño logra las distintas etapas varía.¹⁵

¹³Neurólogo y psiquiatra alemán conocido por sus estudios sobre la afasia (alteraciones de la expresión y/o la comprensión causadas por trastornos neuronales). Información obtenida de https://es.wikipedia.org/wiki/Carl_Wernicke visitada por última vez el 17 de setiembre de 2016.

¹⁴Información obtenida de <https://es.scribd.com/doc/22630811/ESTIMULACION-TEMPRANA> visitada por última vez el 16 de setiembre de 2016.

¹⁵Información obtenida de http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/martinez_c/sources/martinez_c.pdf visitada por última vez el 4 de octubre de 2016.

Desde sus comienzos, los estudios sobre la motricidad infantil se realizaron con la intención de conocer mejor a los sujetos y de poder establecer instrumentos para valorar, analizar y estudiar el status motor de estos (Ruíz, 1991). A partir de los años 30 aparecen las escalas de desarrollo, donde el componente de la motricidad era el eje principal de la evaluación, a partir de entonces se generan lo que hoy se conoce como tests, exámenes, baterías o pruebas con la intención de evaluar, entre otras, las conductas motrices de las personas.¹⁶ Ahora parece estar dándose la tendencia a prestar más atención al estudio de la creatividad en función de los ámbitos en los que se desarrollen los procesos creativos, por lo que hay quien se pregunta si es posible hablar de creatividad en términos genéricos o se debería hablar diferenciadamente de distintos ámbitos o campos creativos (verbal, gráfica, motriz, etc.) (Garaigordobil y Pérez, 2004).¹⁷

El estudio de la creatividad y sus diversos factores han experimentado un interés creciente en los últimos años, el área motriz de ésta ha sido poco desarrollada, siendo escasas las investigaciones tendentes a su estudio, análisis y estimulación. Y ello a pesar de que, como señala Rey Cao (2000: 120), la creatividad en la motricidad «pone en diálogo al cuerpo y a la corporeidad, al homínido y al humano, al movimiento y a la motricidad, al ser y al poder ser, al pensar y al hacer, al sentir y al relacionar».¹⁸

¹⁶Información obtenida de <file:///C:/Users/cesar/Downloads/2888-5551-1-SP.pdf> visitada por última vez el 4 de octubre de 2016.

¹⁷Información obtenida de [file:///C:/Users/cesar/Downloads/Dialnet-InfluenciaDeUnProgramaDeIntervencionPsicomotrizSob-2717068%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/cesar/Downloads/Dialnet-InfluenciaDeUnProgramaDeIntervencionPsicomotrizSob-2717068%20(1).pdf) visitada por última vez el 4 de octubre de 2016.

¹⁸Ibídem.

Trigo y Maestu (1998: 623) definen la creatividad motriz como «la capacidad intrínsecamente humana para utilizar la potencialidad (cognitiva, afectiva, social, motriz) del individuo en la búsqueda innovadora de una idea valiosa».¹⁹

La proliferación dendrítica y la mielinización axónica son los responsables fisiológicos de los progresos observados en el niño. La maduración del SNC tiene un orden preestablecido y por esto el desarrollo tiene una secuencia clara y predecible: el progreso es en sentido céfalo-caudal y próximo-distal.

Por tanto el desarrollo psicomotriz dependerá de:

1. La dotación genética del individuo.
2. Su nivel de maduración.
3. Oportunidad de entrenamiento o aprendizaje en el momento oportuno que será facilitado por el entorno adecuado.²⁰

Existen factores que favorecen un óptimo desarrollo, estos son: un sólido vínculo madre-hijo, una estimulación sensorial oportuna y una buena nutrición. Así como otros factores q pueden perturbar dicho desarrollo q van desde los factores de índole biológico (hipoxia neonatal, prematuridad, hiperbilirrubinemia, síndromes convulsivos, etc.) Hasta los factores de orden ambiental (ausencia de un vínculo madre-hijo adecuado y entorno hipoestimulante). Estos son los denominados factores de riesgo.

¹⁹Ibídem.

²⁰Información obtenida de <http://www.arcesw.com/dpm.htm> visitada por última vez el 4 de octubre de 2016.

El desarrollo psicomotor se debe evaluar en todo niño que acude a control médico, más aún si dentro de sus antecedentes presenta algún factor de riesgo. La importancia de ello radica en la posibilidad de detectar cualquier alteración de este desarrollo para poder determinar las medidas adecuadas y oportunas a seguir. Se recomienda registrar el progreso del niño, detallando los logros observados desde el último control. Éste es también el mejor momento para revisar con los padres la estimulación que recibe el niño, hacer las recomendaciones pertinentes y dar las pautas que se requieran según el momento evolutivo del desarrollo cronológico del niño.²¹

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

Después de que von Pfaunder en 1915 publicara en el tratado de Obstetricia de Döderlein un cuadro clínico conocido con el nombre de Hospitalismo Psíquico tuvieron que pasar cerca de cincuenta años para que Hellbergge en el año 1966 describiera el Síndrome de Deprivación que conocemos hoy en día. Estas publicaciones sumadas a la de Spitz y Bowlby (Este último por encargo de la OMS) surgieron la necesidad.²²

De afrontar el problema de manera sistemática y precoz mediante herramientas diagnósticas que no midieran solo funcional y morfológicamente el desarrollo sino que también fueran precoces a la hora de detectar retrasos sociales y del lenguaje.²³

²¹ Información obtenida de <http://www.arcesw.com/dpm.htm> visitada por última vez el 4 de octubre de 2016.

²² Información obtenida de http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/martinez_c/sources/martinez_c.pdf visitada por última vez el 4 de octubre de 2016.

²³ *Ibidem*.

Se han diseñado pruebas objetivas de evaluación del desarrollo considerando cuatro áreas: motricidad gruesa, motricidad fina, sociabilidad y lenguaje. En el examen del niño se deben corroborar aquellos hitos que deben estar presentes para la edad cronológica correspondiente, además se deben examinar los reflejos arcaicos, las reacciones evocadas, la aparición de las reacciones posturales así como el tono muscular y los reflejos osteotendinosos.²⁴

TEST NEUROEVOLUTIVO DE MILANI COMPARETTI.²⁵

Consiste en una serie de procedimientos para clasificar el desarrollo motor del niño desde el nacimiento hasta los 2 años.

Se evalúa 27 conductas motoras; reacciones evocadas, reacciones de equilibrio (inclinación), reacciones extensoras defensivas (paracaídas), reacciones de enderezamiento, reflejos primitivos, comportamientos espontáneos, el control postural, los movimientos activos tales como arrastrarse, sentarse y el caminar.

El test toma aproximadamente 25 minutos para ser administrado; aunque el manual sugiere solo 15. Para ello se requiere de una colchoneta firme. Se sugiere que a los niños a los cuales se les considera en riesgo, deben ser evaluados varias veces.

Cada resultado del test, hecho a un niño, es registrado en una línea de tiempo del “desarrollo normal”. Por ejemplo, si un niño de 8 meses muestra un grasping que se juzga como de 6 meses, el puntaje debe ser registrado colocando un 8(meses de edad) sobre la habilidad mostrada (6 meses).

²⁴Información obtenida de [http://www.arcesw.com/dpm.htm#Test neuroevolutivo de Milani-Comparetti](http://www.arcesw.com/dpm.htm#Test%20neuroevolutivo%20de%20Milani-Comparetti) visitada por última vez el 4 de octubre de 2016.

²⁵Información obtenida de <https://es.slideshare.net/JUANDIEGO-NW/presentacin-milani> visitada por última vez el 4 de Octubre del 2016

El comportamiento es juzgado como retrasado o adelantado si difiere por al menos 1 mes de lo normal para la edad cronológica dada. Las asimetrías también son anotadas si la respuesta es observada solo hacia adelante, o hacia atrás, o solo hacia la derecha o la izquierda.

Valoración de los datos obtenidos.

El niño de riesgo: cuando el niño no dispone del control postural necesario en su motricidad. Si no hay postura correspondiente, no es posible ninguna motricidad (Magnus 1916). Si los patrones normales no están disponibles, el niño tiene que recurrir, para realizar sus propios objetivos motores, a otros patrones no ideales; el niño recurre a patrones sustitutorios. Según este concepto, el niño de riesgo presenta anomalías que son definibles y causadas por distintas situaciones de bloqueo.

El niño con retraso: la presencia de un retraso en el desarrollo puede ser, armónico o disarmónico. Si aparece un retraso armónico, es decir, que están retrasadas por igual todas las funciones con respecto a la edad cronológica. Las alteraciones más frecuentes en el desarrollo, son disarmónicas, se caracteriza por la persistencia de la reflexología del recién nacido o del primer trimestre. Si persisten por ejemplo a la edad de 5-6 meses, se trata de un niño, con el impulso de un niño mentalmente normal, que se manifiesta motrizmente con los patrones de coordinación primitivos

COMPORTAMIENTO ESPONTÁNEO

Postura de la Cabeza

Cabeza en Vertical

Procedimiento: Ponga sus manos a nivel del tronco medio, debajo de la axila para prevenir la elevación del hombro. Alce al niño a una posición vertical con las piernas suspendidas en el aire. Note la posición y el control de la cabeza del niño.

Criterio: el control de cabeza en posición vertical es considerado presente, si la cabeza se mantiene en una posición neutra sin moverse durante 6 a 10 segundos.

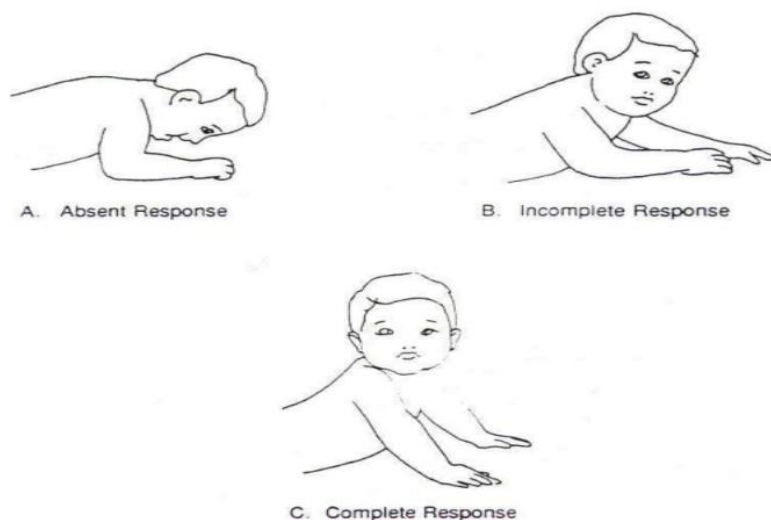
La respuesta es considerada incompleta si mantuvo la posición durante 3 a 6 segundos y ausente si la mantuvo menos de 3 segundos.

Postura de la Cabeza en posición prona

Procedimiento: Eche al niño boca abajo y observa la posición de la cabeza.

Criterio: Una reacción completa es vista a los 4 meses de edad con el niño que se sostiene en sus antebrazos o manos y la cabeza se alza a un ángulo de 90° de la superficie a favor. Una respuesta incompleta se ve cuando levanta la cabeza solo 45° a 60°. Es ausente si se nota un enderezamiento de cabeza momentáneo en la extensión fuera de la superficie a favor.

Figura N°01



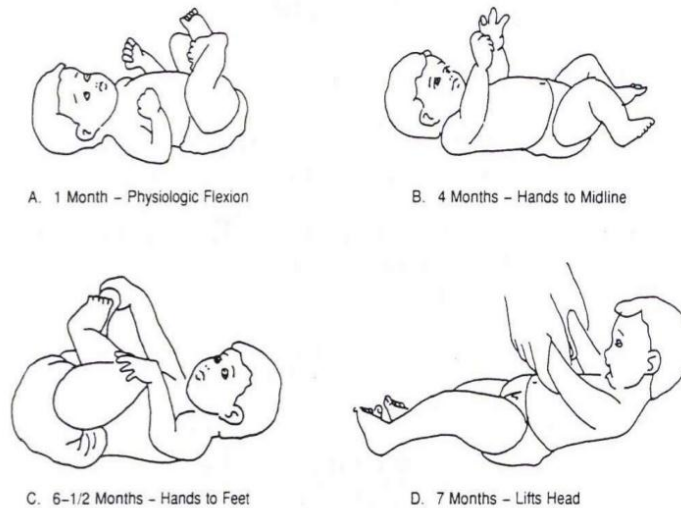
Posición Supina

Procedimiento: Poner al niño en posición supina y observar su postura. Agarre las manos del niño, como si lo llevara a posición sentado y observe el levantamiento de la cabeza hacia la flexión de la misma.

Criterio: Normalmente, un niño a la edad de 1 mes y medio, demostrará una postura de flexión, y a la edad de 3 a 4 meses llevarán las manos hacia la línea media. A los 5-6 meses de edad puede vérselo jugueteando con sus pies, a los 7 meses flexionará la cabeza hacia delante al ser llevado a la posición sentada.

Figura N°01: Fuente: Información obtenida de <https://es.slideshare.net/JUANDIEGO-NW/presentacin-milani>

Figura N°02



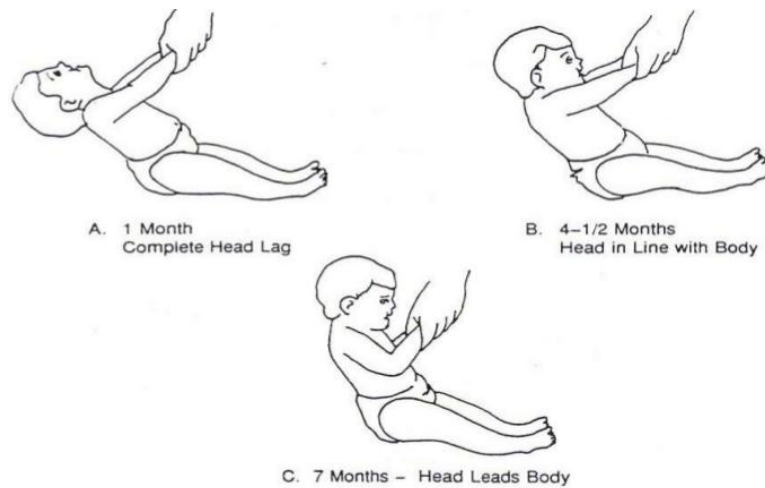
Control de Cabeza a la Tracción

Procedimiento: Mientras que el niño está en posición supina, tómelo de los antebrazos y llévelo a la posición de sentado. Al momento que lo lleva observe la cabeza, cuello y hombros.

Criterio: Normalmente un niño de 1 mes muestra inestabilidad de la cabeza y se debe proporcionar apoyo a la cabeza si no se viera flexión activa. Varios grados de suspensión de la cabeza pueden ser vistos en los 2 a 3 meses de edad. a los 4 meses y medio sostendrá la cabeza en línea con el cuerpo mientras que uno lo lleva a la posición sentado. A los 7 meses de edad sostendrá la cabeza cuando se le lleve a la posición de sentado. La puntuación debe ser hecha cuando el cuerpo del niño se encuentre en un plano aproximado de 45°.

Figura N°02: Fuente: Información obtenida de <https://es.slideshare.net/JUANDIEGO-NW/presentacin-milani>

Figura N°03



Postura del Cuerpo

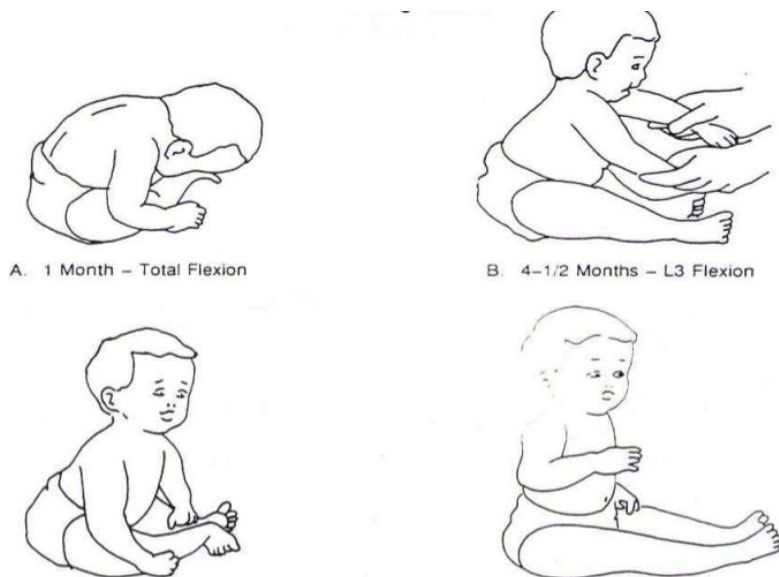
Ajuste Postural en posición de Sentado

Procedimiento: Mientras el niño está en la posición sentado, mire la curvatura de la espalda.

Criterio: El niño de 1 a 2 meses muestra una flexión completa de la espalda. A los 4 meses y medio, muestra extensión y enderezamiento de la espalda al nivel del tercer segmento lumbar. A los 6 meses muestra extensión en la parte superior e inferior de la espalda cuando se le sostiene de las manos hacia delante. A los 8 meses se sienta en posición erecta sin ningún apoyo.

Figura N°03: Fuente: Información obtenida de <https://es.slideshare.net/JUANDIEGO-NW/presentacin-milani>

Figura N°04



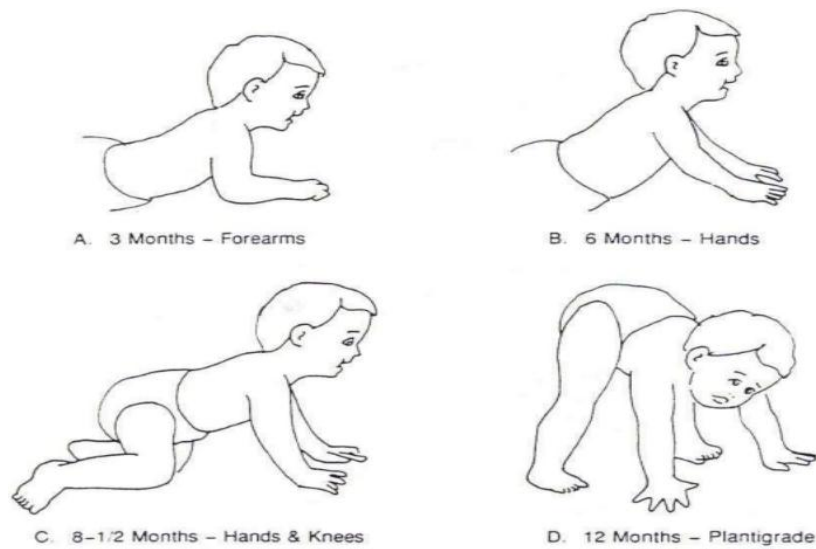
Progresión a Cuatro Puntos

Procedimiento: Colocar al niño en decúbito prono.

Criterio: El niño de 3 meses se sostendrá en antebrazos, mientras está en posición prona. A los 6 meses se empujará hacia arriba con los brazos extendidos. Una posición de manos y rodillas es asumida a los 8.5 meses y se arrodillara a los 9.5 meses. Plantígrado está presente a los 12 meses. El niño puede llegar a una posición de pie sin apoyo a los 14 meses.

Figura N°04: Fuente: Información obtenida de <https://es.slideshare.net/JUANDIEGO-NW/presentacin-milani>

Figura N°05



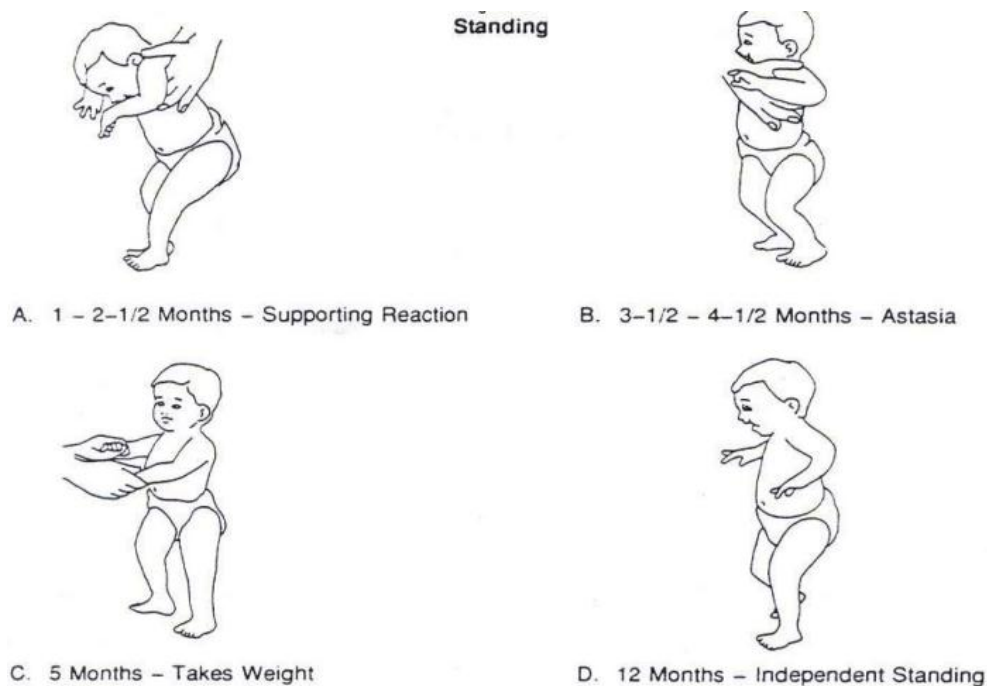
Quedarse Parado

Procedimiento: Sostenga al niño en posición de pie y observe la postura del soporte del peso. Note si el niño puede estar de pie sin el apoyo.

Criterio: Normalmente un niño menor de 3 meses inmediatamente atiesa sus piernas en extensión. Esto se llama “soporte positivo”. Si el niños está entre 3.5 y 4.5 meses de edad, las piernas tienden a derrumbarse. Esta incapacidad para apoyar el peso se llama “astasia” nombrado en el formulario de puntaje. El niño de 5 meses puede apoyar su propio peso un poco con las piernas encorvadas. El niño de 10 meses está de pie con la ayuda de una superficie a favor con el tronco hacia adelante y las caderas ligeramente flexionadas. El niño de 12 meses puede pararse independientemente por periodos mayores a 30 segundos.

Figura N°05: Fuente: Información obtenida de <https://es.slideshare.net/JUANDIEGO-NW/presentacin-milani>

Figura N°06



MOTOR

Poniéndose de pie a partir de una posición Supina

Procedimiento: Ponga al niño en posición supina en el suelo cubierto.

Criterio: A partir de la posición supina, un niño de 10.5 meses de edad rueda hacia su estómago, gatea por encima de un objeto de apoyo y tira hacia arriba hasta quedar de pie. A los 14 meses, el niño podrá asumir una posición de pie en medio del suelo sin la ayuda de un objeto.

Figura N°06: Fuente: Información obtenida de <https://es.slideshare.net/JUANDIEGO-NW/presentacin-milani>

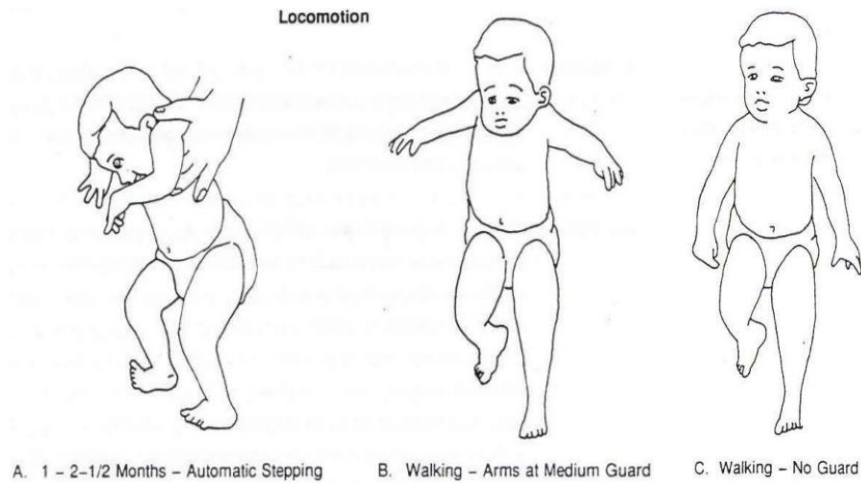
Locomoción

Procedimiento: Si el niño de 1 a 3 meses de edad puede apoyar su propio peso mientras está de pie, intente producir un caminado automático por un cambio de peso del cuerpo y una inclinación de una pierna hacia adelante y luego la otra. Después eche al niño en posición supina (preferentemente en el suelo) y observa sus movimientos.

Criterio: El caminado automático es visto al nacimiento, con una reacción caminante rítmica que usualmente desaparece cuando el niño tiene de 2.5 a 4 meses de edad. El niño puede rodar desde el estómago hacia atrás. A los 5 meses de atrás hacia el estómago el comando de gateo se ve a los 5 meses de edad. Si el rodar no se observa en el examen, pregúntele al padre si el niño rueda hacia ambos lados. El niño de 9 meses gatea usando las manos y rodillas para la locomoción. El niño de 10 meses normalmente tiende a estar de pie y cruzar (caminando) a una superficie además de gatear. Un niño normal de aproximadamente 13 meses de edad, empieza a caminar con las manos al nivel del hombro para el equilibrio y protección al caer.

El criterio para caminar es de 8 a 10 pasos independientes. La posición con las manos al nivel de hombro se llama caminar con "alta guardia". Cuando el niño madura, los brazos gradualmente bajan a una posición llamada "mediana guardia". Finalmente las manos dejan caer a los lados en una posición llamada "sin guardia". Esta sucesión normalmente ocurre entre las edades de 13 a 16 meses. Los movimientos "recíprocos" se refiere al establecimiento de un modelo del andar más avanzado, en el que el brazo opuesto y la pierna, se balancean juntos en la sucesión de andares.

Figura N°07



REACCIONES EVOCADAS: REFLEJOS ARCAICOS

Prensión Tónica de Mano

Procedimiento: Mientras que el niño está acostado en posición supina, colocar un dedo en la palma del lado cubital de la mano.

Criterio: El agarre de la mano es considerado presente, si el niño mantiene el agarre de 6 a 10 segundos. La respuesta se considera incompleta si mantiene solo de 3 a 6 segundos y ausente si mantuvo por menos de 3 segundos.

Figura N°07: Fuente: Información obtenida de <https://es.slideshare.net/JUANDIEGO-NW/presentacin-milani>

Figura N°08



Agarre del pie

Procedimiento: Mientras que el niño, se encuentra acostado en posición supina, presione generosamente el arco transversal del pie con un dedo y observe el agarre del pie. No dorsiflexione el tobillo.

Criterio: El agarre de pie es considerado presente, si el niño presenta un agarre reflexivo que se mantenga durante 6 a 10 segundos. La respuesta se considera incompleta si mantiene solo de 3 a 6 segundos, y ausente si mantuvo por menos de 3 segundos.

Figura N°09

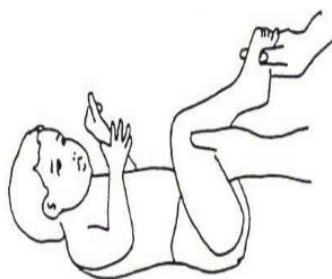


Figura N°08: Fuente: Información obtenida de <https://es.slideshare.net/JUANDIEGO-NW/presentacin-milani>

Figura N°09: Ibídem.

Reflejo Cervical Tónico Simétrico

Procedimiento: Si prueba a un niño mayor de 5 meses, ponga al niño en posición de ganeo. Luego, con su mano en la frente del niño, suavemente alce la cabeza mientras proporcionan apoyo debajo del tronco, seguido del movimiento de la cabeza de regreso hacia abajo.

Criterio: El reflejo Cervical Tónico Simétrico, se ve cuando el niño encorva los codos, extiende las caderas y rodillas y el cuello es flexionado. Se ve también extensión del codo y flexión de las piernas cuando el cuello está extendido. Esta respuesta raramente es observada así como descrita en la muestra de niños normales probados. Este reflejo desaparece cuando el niño puede alzar sus nalgas desde sus talones, sin encorvar el cuello o brazos, o cuando el niño puede gatear recíprocamente en sus manos y rodillas.

Figura N°10

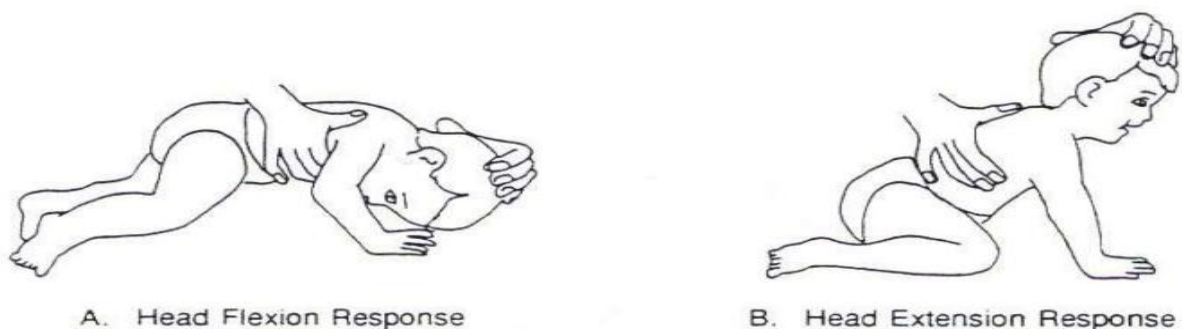


Figura N°10: Fuente: Información obtenida de <https://es.slideshare.net/JUANDIEGO-NW/presentacin-milani>

Reflejo de Moro

Procedimiento: sostenga al niño en una posición semi reclinada. Asegúrese de apoyar la cabeza con su mano. Manteniendo la mano y antebrazo bajo la cabeza del niño y tronco, rápidamente recline el cuerpo hacia abajo y hacia atrás, llevándolo a un ángulo de 45°. La pérdida súbita de apoyo debe producir un reflejo de moro sin permitir que la cabeza del bebé caiga sin soporte. No baje al bebé más allá del 45 ° debido a que la gravedad por si sola puede hacerse responsable de la abducción de la extremidad.

Criterio: Una respuesta completa se demuestra con la abducción y extensión del brazo con los dedos en extensión. La respuesta incompleta se ve con sólo extensión y abducción del brazo. Es considerado ausente si ninguna respuesta se observa.

Figura N°11

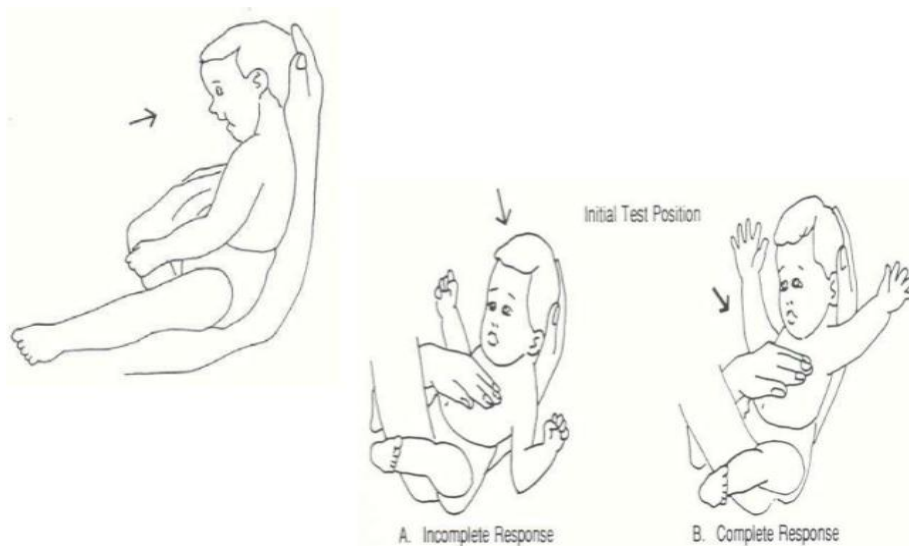


Figura N°11: Fuente: Información obtenida de <https://es.slideshare.net/JUANDIEGO-NW/presentacin-milani>

Reflejo Cervical Tónico Asimétrico

Procedimiento: Ponga al niño de espaldas, establezca el tronco colocando una mano suavemente en el pecho. Intente que el niño siga visualmente a un juguete balanceado de un lado a otro. Sostenga el juguete a cada lado durante 5 a 10 segundos. Si la rotación no puede ser iniciada gire la cabeza del niño al lado con su otra mano.

Criterio: El Reflejo Cervical Tónico Asimétrico se presenta por lo general en infantes de 1 a 4 meses. La respuesta es considerada completa si se mantiene una postura de flexión del brazo por 2 o 3 segundos con la cabeza girada de lado. Una respuesta incompleta se ve con solo una postura de flexión momentánea. Es considerado ausente si ninguna respuesta se observa.

Figura N°12

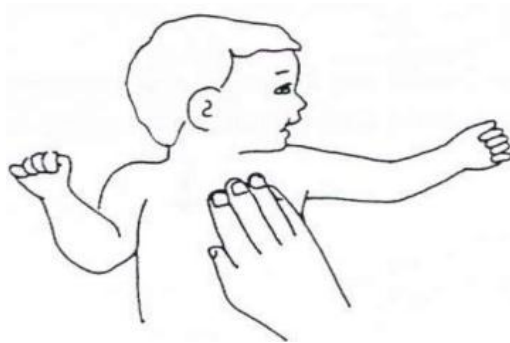


Figura N°12: Fuente: Información obtenida de <https://es.slideshare.net/JUANDIEGO-NW/presentacin-milani>

ENDEREZAMIENTO

Enderezando la Cabeza

Procedimiento: Sostenga al niño en suspensión vertical, incline el cuerpo despacio hacia un lado y luego el otro a un ángulo de 45° aproximadamente. Despacio incline al niño hacia adelante y luego hacia atrás. Para un niño con un pobre control de la cabeza o un recién nacido prematuro, tenga cuidado para prevenir hiper extensión del cuello cuando incline hacia atrás.

Criterio: Una vez inclinado, el niño debe intentar ajustar su cabeza para que permanezca derecho sin tener en cuenta la posición del cuerpo, con los ojos y boca orientados horizontalmente. La respuesta es considerada presente si se ve en las cuatro direcciones de inclinación. Si solo observa una de las cuatro direcciones, es incompleta. Si no observó en cualquier dirección, está ausente. La respuesta es usualmente notada primero cuando se inclina al niño hacia adelante, seguido a los costados y finalmente hacia atrás.

Figura N°13

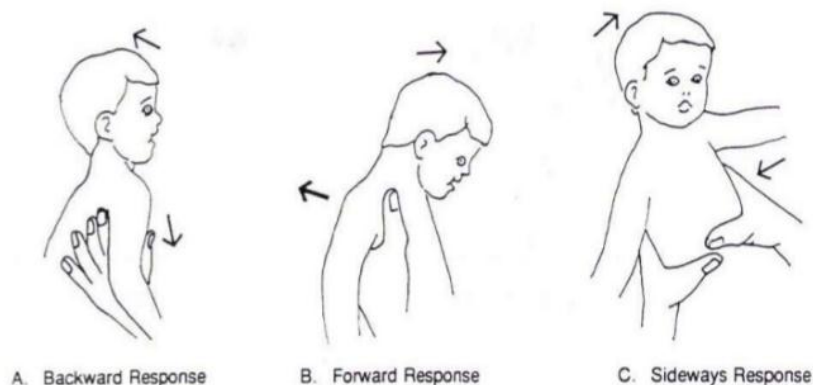


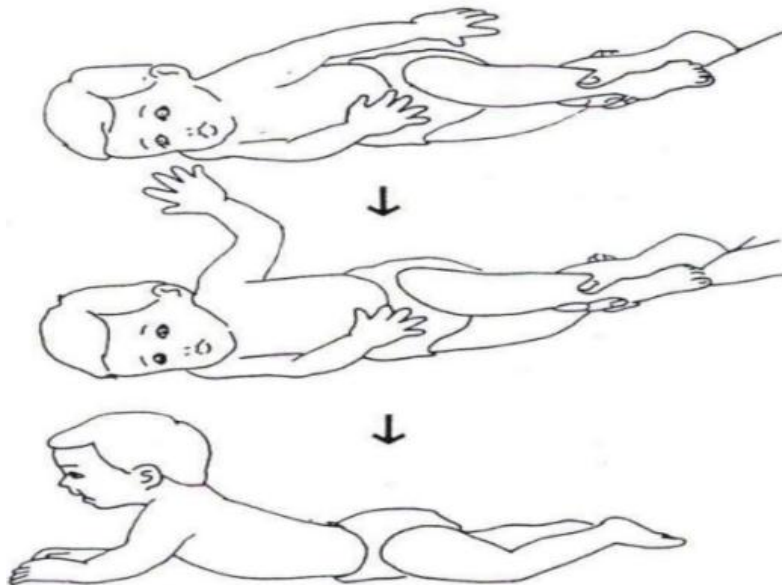
Figura N°13: Fuente: Información obtenida de <https://es.slideshare.net/JUANDIEGO-NW/presentacin-milani>

Desrotativa del Cuerpo en Supino

Procedimiento: Ponga al niño en la posición supina y flexione una cadera y rodilla a través del cuerpo para girar el tronco del niño y así rodar de posición supino a prona.

Criterio: Una respuesta completa se demuestra cuando el cuerpo del niño rota la parte superior mientras roda a una posición prona con apoyo de los codos. Una respuesta incompleta se ve con un movimiento de torsión del tronco por el examinador pero ninguna rotación por el niño, (leño rodando) no está presente.

Figura N°14



-Rotación del cuerpo en Sentado

Procedimiento: Ponga al niño sentado en el suelo y usando un juguete u otro objeto, anímelo a que se mueva hacia afuera de esta posición y que luego regrese a la posición de sentado.

Figura N°14: Fuente: Información obtenida de <https://es.slideshare.net/JUANDIEGO-NW/presentacin-milani>

Criterio: El niño hace una rotación externa luego de colocársele en posición sentado a los 9 meses de edad. A los 10 meses y medio puede hacer movimientos de rotación interna en forma independiente y estando sentado.

PARACAÍDAS

Paracaídas hacia adelante

El niño debe tener un buen control de la cabeza antes de las respuestas a la prueba de caída. Procedimiento: Sostenga al niño firmemente a nivel del tronco medio, con la espalda hacia usted. Suspenda al niño verticalmente sobre la mesa, y de repente incline el cuerpo hacia adelante y hacia abajo a la superficie a favor.

Criterio: Una reacción completa es vista los 8.5 meses de edad con el enderezamiento de los brazos en frente del cuerpo y extendiéndose los dedos. Una reacción incompleta es vista cuando los brazos se extienden hacia adelante pero sin apoyar el cuerpo del niño adecuadamente para detener el movimiento delantero. Una respuesta ausente se anota cuando ningún esfuerzo por mover los brazos se ve.

Figura N°15

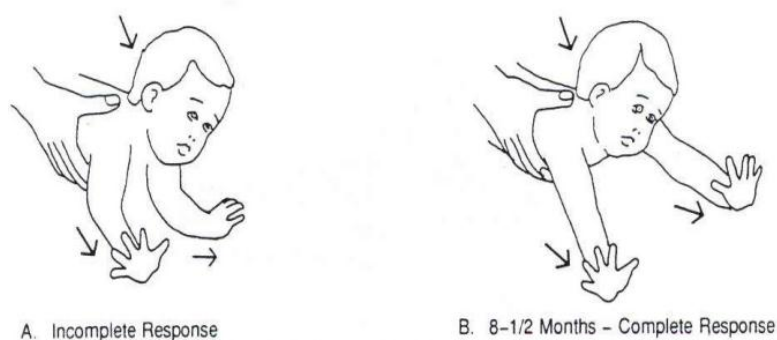


Figura N°15: Fuente: Información obtenida de <https://es.slideshare.net/JUANDIEGO-NW/presentacin-milani>

Caída descendente de Miembros inferiores

Procedimiento: Eleve al niño 2 a 3 pies por encima de la mesa del examen. Una vez que las piernas se encorven un poco, baje al niño rápidamente a la mesa. Si ninguna respuesta se produce cayendo hacia la mesa, baje al niño al suelo. Detenga el movimiento descendente al punto dónde las piernas del niño, si está extendido, debe tocar la superficie a favor.

Criterio: Una respuesta completa es vista a los 5 meses como el niño reacciona extendiendo y abduciendo sus piernas y soportando su peso en la mesa. Es incompleta cuando el niño demuestra sólo extensión de las piernas o incompleto soporte del peso. Cuando bajó hacia la mesa. Si ninguna extensión es vista, la respuesta es considerada ausente

Figura N°16

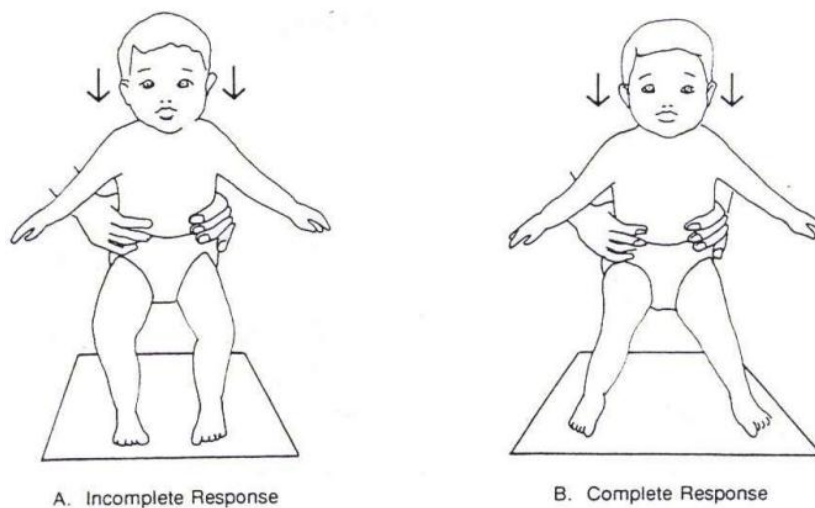


Figura N°16: Fuente: Información obtenida de <https://es.slideshare.net/JUANDIEGO-NW/presentacin-milani>

Defensivas hacia atrás

Procedimiento: Mientras el niño está en una posición de sentado, incline el cuerpo hacia atrás desde los hombros para así producir una rotación del tronco hacia un lado y luego al otro.

Criterio: Una respuesta completa debe verse a los 10 meses y se demuestra cuando el niño extiende el brazo hacia atrás y evita caerse. Una respuesta incompleta se ve con una inadecuada extensión o soportando el peso del cuerpo impidiéndose caer hacia atrás. Ninguna extensión es vista en una respuesta ausente.

Figura N°17

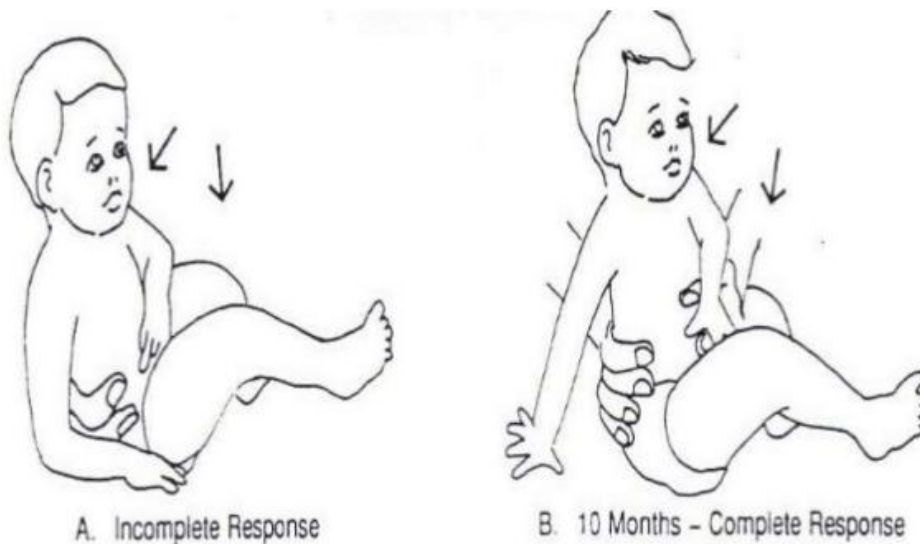


Figura N°17: Fuente: Información obtenida de <https://es.slideshare.net/JUANDIEGO-NW/presentacin-milani>

Defensivas de lado

El niño debe tener un buen control de la cabeza antes de evaluar las respuestas a esta prueba. Las reacciones son las respuestas protectoras a la ruptura súbita de equilibrio. La respuesta de la caída es una extensión automática de los miembros.

Procedimiento: Sostenga al niño firmemente a la cintura mientras que él está en la posición sentada. Rápidamente, pero firmemente, incline al niño de lado.

Criterio: Una respuesta completa debe verse a los 8 meses y muestra abducción del brazo y extensión del mismo para que el niño se coja sobre el lado de caída. El niño debe alcanzar la superficie de soporte con una mano abierta. Es incompleta cuando un peso inadecuado existe sobre el brazo extendido de modo que niño cae hacia ese lado. No se observa abducción o extensión cuando la respuesta es ausente.

Figura N°18

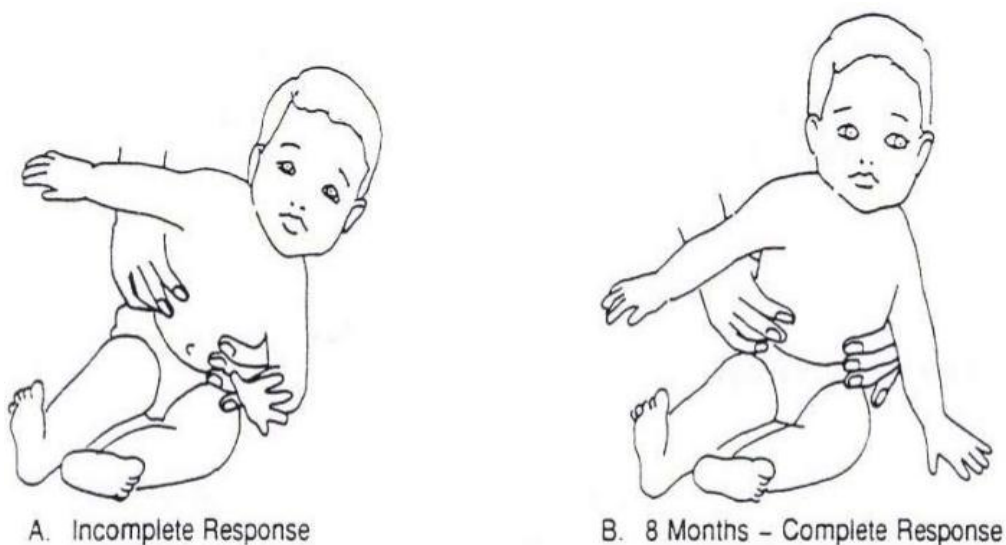


Figura N°18: Fuente: Información obtenida de <https://es.slideshare.net/JUANDIEGO-NW/presentacin-milani>

EQUILIBRIO

Equilibrio prono

Procedimiento: Eche al niño boca abajo sobre el cojín y despacio incline al niño hacia un lado y luego al otro.

Criterio: Una respuesta completa debe verse a los 5 meses y debe demostrarse una curvatura de la columna con concavidad hacia el lado levantado, abducción de los brazos y piernas y rotación de la cabeza y tronco hacia el lado ascendente. Es considerada incompleta si sólo encorvamiento del tronco se ve. Es ausente si ninguna de las respuestas se observa

Figura N°19

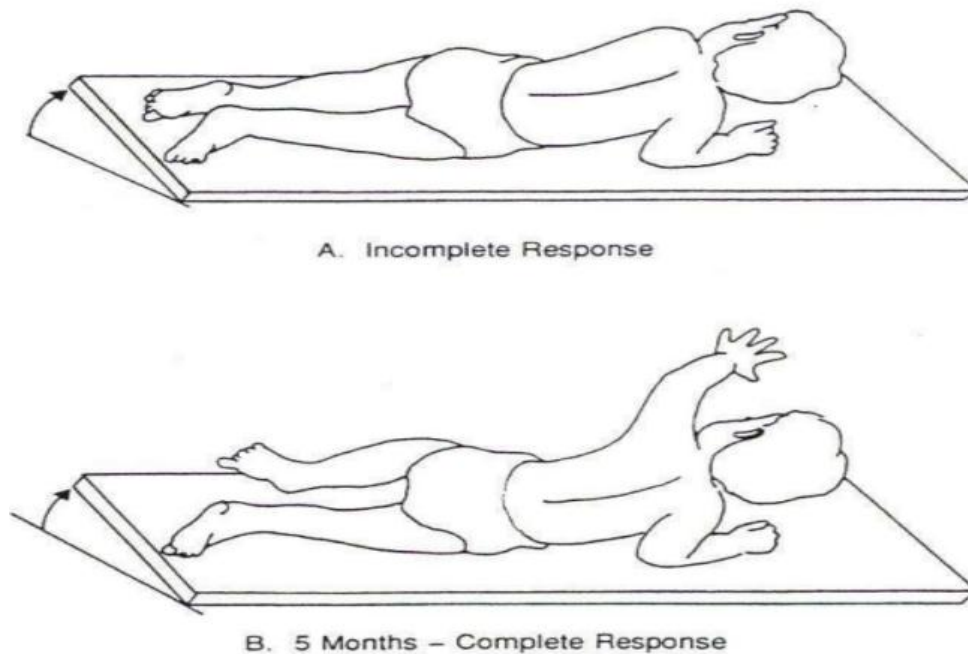


Figura N°19: Fuente: Información obtenida de <https://es.slideshare.net/JUANDIEGO-NW/presentacin-milani>

Equilibrio en cuatro puntos o posición de gateo

Procedimiento: Posicione al niño en el cojín en posición de manos y rodillas (posición de gateo). Despacio incline el cojín a un lado y luego hacia el otro.

Criterio: Una respuesta completa debe verse a los 11 meses con encorvamiento del tronco y enderezamiento de cabeza hacia el lado levantado. El brazo y pierna se encorvarán ligeramente en el lado ascendente y el brazo y pierna en el lado descendente se extenderán. Una respuesta se ve si sólo se endereza la cabeza. Es considerada ausente si ninguna reacción se observa.

Figura N°20

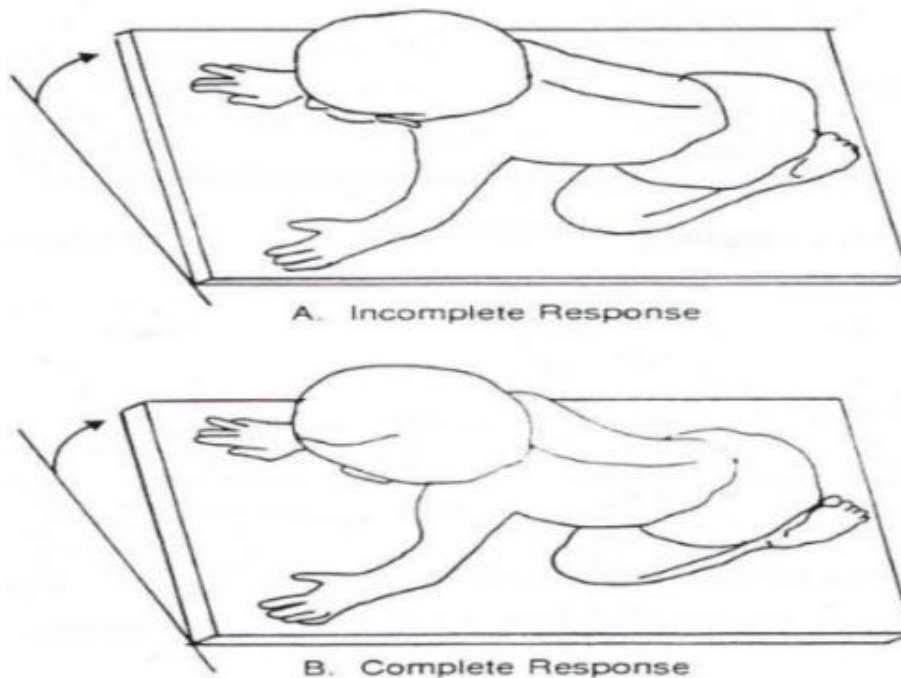


Figura N°20: Fuente: Información obtenida de <https://es.slideshare.net/JUANDIEGO-NW/presentacin-milani>

Equilibrio de pie

Procedimiento: Con el niño parado en un cojín, despacio inclínelo de un lado a otro y de adelante hacia atrás. Una reacción postural puede observarse sin el cojín, usando sus manos para cambiar el centro de gravedad del niño mientras mueve la pelvis encima de los pies.

Criterio: Una respuesta completa debe verse a los 14 meses y se demuestra encorvando la columna con concavidad hacia el lado levantado del cojín cuando el niño se inclina hacia un lado. El movimiento de los brazos y las rotaciones de la cabeza y tronco hacia el lado levantado también se ven. La respuesta es considerada incompleta si sólo se ve el encorvamiento del tronco y es considerada ausente si ninguna de las respuestas se observa. La respuesta distal a los tobillos puede observarse más prontamente inclinando al niño desde el frente en dirección hacia atrás. Dorsiflexión con un desplazamiento dirigido hacia atrás y flexión del plantar con un desplazamiento delantero están presentes con una contestación completa.

Figura N°21

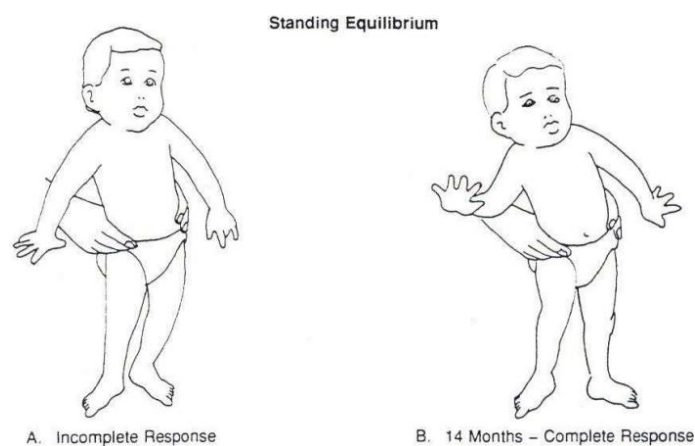


Figura N°21: Fuente: Información obtenida de <https://es.slideshare.net/JUANDIEGO-NW/presentacin-milani>

Equilibrio en posición supina

Procedimiento: Mientras que el niño descansa mirando hacia arriba sobre una superficie, despacio incline ésta del lado a lado y observe la respuesta.

Criterio: Una respuesta completa debe ser vista a los 8 meses de edad y debe mostrar el encorvamiento de la columna con la concavidad hacia el lado levantado, abduciendo los brazos y piernas, y rotando la cabeza y tronco hacia el lado ascendente. La respuesta es considerada incompleta si sólo el encorvamiento del tronco es visto y se considera ausente si no se observa ninguna de estas respuestas.

Figura N°22

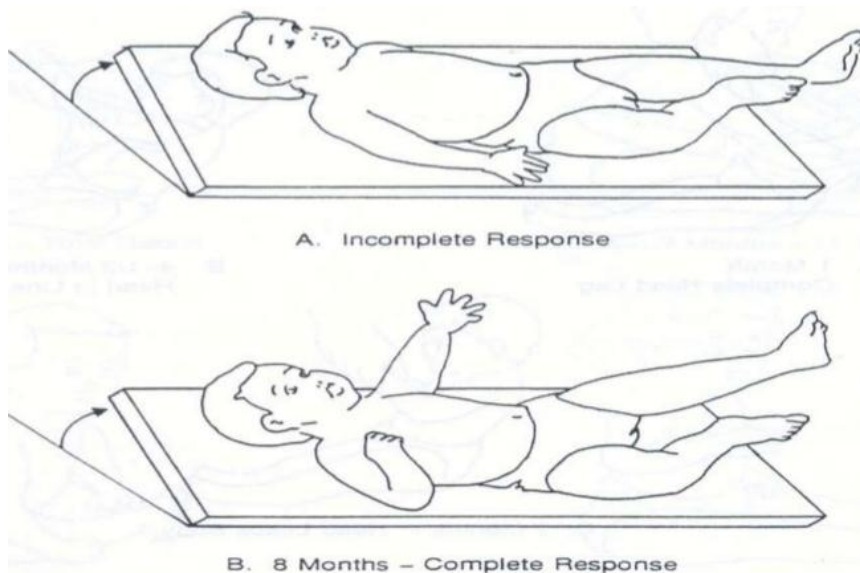


Figura N°22: Fuente: Información obtenida de <https://es.slideshare.net/JUANDIEGO-NW/presentacin-milani>

Equilibrio en posición sentado

Procedimiento: Con el niño en posición sentada, balancee el cuerpo de un lado hacia el otro usando el cojín o una mano en una nalga.

Criterio: La respuesta completa debe verse a los 8 meses y debe incluir el encorvamiento de la espalda con la concavidad del tronco hacia el lado levantado, la abducción del brazo superior y la pierna, y rotación de la cabeza y tronco hacia el lado levantado. Se considera incompleta si sólo el encorvamiento del tronco es visto. Es ausente si ninguna de las respuestas es observada.

Figura N°23

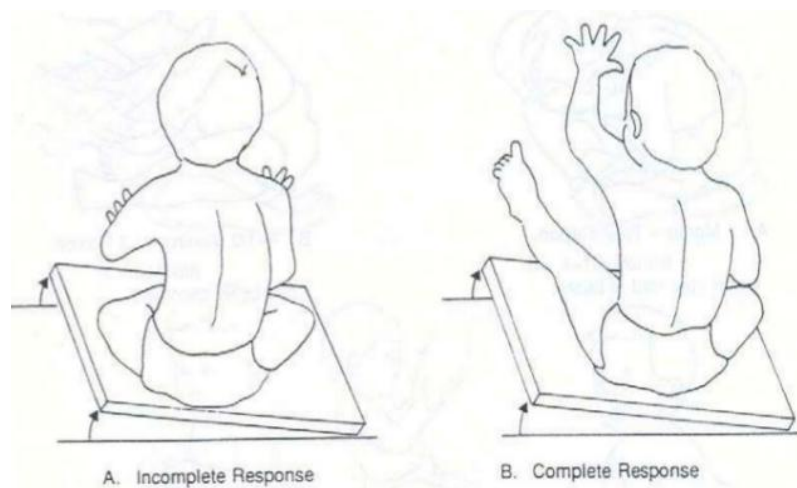


Figura N°23: Fuente: Información obtenida de <https://es.slideshare.net/JUANDIEGO-NW/presentacin-milani>

RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

La sospecha de un retraso psicomotor (RPM) es una de las consultas más frecuentes en las consultas de neuropediatría. Por fortuna, gracias al cribado neonatal expandido, cada vez es menor la frecuencia de diagnóstico de RPM, ya que el diagnóstico temprano posibilita realizar un tratamiento adecuado. Retraso psicomotor significa que los logros o hitos del desarrollo que los niños deben adquirir dentro de una determinada edad, no están apareciendo o lo están haciendo de forma anómala. Hablamos de retraso psicomotor en niños pequeños, porque para más mayores se utiliza la denominación discapacidad intelectual o retraso mental.²⁶

La noción de retraso psicomotor implica, como diagnóstico provisional, 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. Es preciso distinguir el retraso psicomotor global, que afecta no sólo a las adquisiciones motrices sino también al ritmo de aparición de las habilidades para comunicarse, jugar y resolver problemas apropiados a su edad; en este caso cabe pensar que el retraso psicomotor persistente en esos primeros años puede estar preludiar un futuro diagnóstico de retraso mental.²⁷

²⁶Información obtenida de <http://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/retraso-psicomotor-causas-diagnostico-tratamiento> visitada por última vez el 5 de octubre de 2016.

²⁷información obtenida de <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/21-retraso.pdf> visitada por última vez el 5 de octubre de 2016.

En otras ocasiones el retraso es sólo evidente en un área específica, como las adquisiciones posturomotrices (la mayor parte de las veces, acompañándose de anomalías cualitativas del tono muscular), el lenguaje o las habilidades de interacción social.²⁸

El retraso psicomotor es uno de los cuadros más frecuentemente detectados en niños pequeños. Narbona y Schlumberger lo definieron como un diagnóstico provisional, en donde los logros del desarrollo de un determinado niño durante sus primeros tres años de vida aparecen con una secuencia lenta para su edad y/o cualitativamente alterada. El término retraso psicomotor, entonces, se suele mantener hasta que pueda establecerse un diagnóstico definitivo a través de pruebas formales.²⁹

A veces es relativamente sencillo percibir si el retraso puede ser transitorio o no. En los casos en que los retrasos están asociados a otros signos o características físicas o dismorfias, por ejemplo, es más frecuente que se trate de un cuadro que tienda a mantenerse en el tiempo. Lo mismo ocurre en el retraso global del desarrollo donde hay alteración de dos o más áreas o campos del desarrollo, manifestándose un retraso significativo, correspondiente a dos o más desviaciones estándar inferior a la media en pruebas acorde a la edad del niño.³⁰

²⁸información obtenida de <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/21-retraso.pdf> visitada por última vez el 5 de octubre de 2016.

²⁹Información obtenida de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000022 visitada por última vez el 5 de octubre de 2016.

³⁰Información obtenida de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000022 visitada por última vez el 5 de octubre de 2016.

En España el término retraso psicomotor se utiliza como sinónimo de retraso del desarrollo, mientras que en América Latina es más frecuente el término retraso madurativo. Álvarez Gómez et al, por otra parte, definen al retraso del desarrollo como una demora o lentitud en la secuencia normal de adquisición de los hitos del desarrollo, por lo cual para estos autores no existe nada intrínsecamente anormal, los hitos madurativos se cumplen en el orden esperado, sólo que en forma más lenta. Esto implica que, a largo plazo, el niño adquirirá las habilidades deficitarias y siempre seguirá un orden específico en la adquisición de las mismas.³¹

HITOS DEL DESARROLLO

Los hitos del desarrollo son comportamientos o destrezas físicas observadas en lactantes y niños a medida que crecen y se desarrollan. Desde la sonrisa social de los pequeños lactantes a sentarse de forma estable, gatear, caminar, coger cosas con la pinza fina (pulgares e índices) y hablar o reírse a carcajadas se consideran acontecimientos fundamentales en el desarrollo del niño. Estos hitos son diferentes para cada edad.

Para cada hito del desarrollo, hay un rango normal dentro del cual un niño lo puede alcanzar. Por ejemplo, la deambulacion autónoma, caminar, se suele adquirir cerca del año, pero puede ocurrir varios meses antes o después sin llegar a ser patológico.³²

³¹Ibidem.

³²Información obtenida de <http://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/retraso-psicomotor-causas-diagnostico-tratamiento> visitada por última vez el 5 de octubre de 2016.

TRASTORNOS Y ALTERACIONES DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

Los trastornos del desarrollo psicomotor reflejan siempre alteraciones en las que se ven afectados varios aspectos del desarrollo del niño, de ahí la importancia de intervenir cuanto antes, pues el trastorno puede ir repercutiendo negativamente en otras áreas, agravando y comprometiendo su desarrollo.³³

Una dificultad en el desarrollo de la psicomotricidad en edades tempranas puede acabar derivando en trastornos más complejos en áreas madurativas tan importantes como son las relaciones sociales o el rendimiento intelectual.³⁴

Belda y cols. (2000), refieren que se aplica el diagnóstico de trastornos y alteraciones del desarrollo cuando se presenta una patología a nivel de vías, centros o circuitos nerviosos implicados en la motricidad. Se incluyen las diferentes formas y grados de parálisis cerebral, espina bífida, miopatías, etc. y también diferentes disfunciones motrices menores (retardo motriz, hipotonía, dificultades en la motricidad gruesa o fina.)³⁵

³³Información obtenida de <http://www.avantpsicologia.com/psicologos-infantiles-valencia/alteraciones-desarrollo-psicomotor/> visitada por última vez el 5 de octubre de 2016.

³⁴Ibídem.

³⁵Información obtenida de Gómez Gómez, Adriana (2012), tesis para optar el grado de magister en salud integral y movimiento humano.

TRASTORNO EN EL DESARROLLO COGNITIVO

Se incluye en este grupo a los trastornos referidos a diferentes grados de discapacidad mental, funcionamiento intelectual límite y disfunciones específicas en el procesamiento cognitivo (Belda y cols, 2000).³⁶

TRASTORNO EN EL DESARROLLO SENSORIAL³⁷

Se incluyen en este grupo el déficit visual o auditivo de diferentes grados.

Según Arata y cols. (2007), los niños pre término, representan el mayor porcentaje de riesgo de presentar:

1. Trastornos neuromotores leves.
2. Deficiencias sensorimotoras.
3. Disfunciones oromotoras.
4. Muestran muy temprano o tardíamente la predominancia de hemicuerpo.
5. Disfunciones del área de motora fina.
6. Dificultades viso-perceptuales/viso-motoras.
7. Dificultades cognitivas.
8. Trastornos de Lenguaje.

³⁶Información obtenida de Gómez Gómez, Adriana (2012), tesis para optar el grado de magister en salud integral y movimiento humano.

³⁷Ibidem.

PRINCIPALES ALTERACIONES DEL DESARROLLO PSICOMOTOR³⁸

A continuación presentamos algunas de las características que se observan en niños que padecen este tipo de alteraciones:

Torpeza en sus movimientos e incapacidad para relajar los músculos de forma voluntaria.

DEBILIDAD MOTRIZ

El niño es incapaz de inhibir sus movimientos así como la emoción que va ligada a estos.

INESTABILIDAD MOTRIZ

Niños que se muestran tensos y pasivos en contextos sociales ya que temen la interacción con otros, tienen miedo de caerse tras ser empujados, tienen miedo de no ser aceptados, no se sienten seguros, y poco a poco van inhibiendo su movimiento con la pretensión de volverse invisibles ante los ojos de los demás.

INHIBICIÓN MOTRIZ

El niño tiene dificultades para adquirir el conocimiento y representación del propio cuerpo. Le cuesta orientarse en el espacio y utilizar su cuerpo de forma efectiva para relacionarse con el entorno.

³⁸Información obtenida de Gómez Gómez, Adriana (2012), tesis para optar el grado de magister en salud integral y movimiento humano.

TRASTORNOS DEL ESQUEMA CORPORAL/LATERALIDAD

El niño conoce el movimiento que ha de hacer pero es incapaz de realizarlo correctamente. No pueden realizar determinadas coordinaciones motrices, o no puede imitar gestos por muy sencillos que sean. APRAXIAS Y DISPRAXIAS INFANTILES El niño presenta movimientos repentinos e involuntarios que afectan a un grupo pequeño de músculos y que se repiten de forma intermitente. Pueden ser crónicos o transitorios. TICS (Trastorno de la Tourette)

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS ³⁹

Se consideran de riesgo biológico aquellos niños que durante el periodo pre, peri y postnatal, o durante el desarrollo temprano, han estado sometidos a situaciones que podrían alterar su proceso madurativo, como puede ser la prematuridad, el bajo peso o la anoxia al nacer (Belda y cols, 2000)

FACTORES DE RIESGO SOCIAL (Belda y cols, 2000)⁴⁰

El riesgo socio-familiar es valorado siempre, ya que es quizás la variable de riesgo que más afecta a la mortalidad perinatal aguda y también a la mortalidad perinatal a largo plazo. Los criterios de riesgo socio-familiar que deben ser seguidos se exponen a continuación:

³⁹Información obtenida de Gómez Gómez, Adriana (2012), tesis para optar el grado de magister en salud integral y movimiento humano.

⁴⁰Ibidem.

Acusada deprivación económica.

Embarazo accidental traumatizante.

Convivencia conflictiva en el núcleo familiar.

Separación traumatizante en el núcleo familiar.

Padres con bajo CI / Entorno no estimulante.

Enfermedades graves.

Alcoholismo / Drogadicción / Prostitución.

Delincuencia / Encarcelamiento.

Madres Adolescentes.

Sospecha de malos tratos.

Familias que no cumplimentan los controles de salud rápidamente.

El embarazo es un período de preparación psicológica, para las profundas demandas que supone la crianza. Casi todas las madres viven el período con ambivalencia, particularmente (aunque no en forma exhaustiva) en los casos de embarazo no deseado. Si existen problemas económicos, enfermedades físicas, abortos, muertes fetales previas, o si otros tipos de crisis interfieren durante esta fase de ambivalencia, el neonato puede llegar como un huésped no deseado. En el caso de las madres adolescentes, la exigencia de abandonar su propia agenda de desarrollo (por ejemplo, la necesidad de llevar una vida social activa) puede ser especialmente abrumadora. La primera experiencia de maternidad puede establecer expectativas inconscientes sobre las relaciones de crianza o modelos de trabajo internos que permiten a las madres, “armonizar” con sus hijos. El sostén social

durante el embarazo es también importante. Una relación importante con el padre del niño, permite prever una maternidad satisfactoria. En el otro extremo el conflicto o el abandono por el padre durante el embarazo pueden socavar la capacidad de la madre para cuidar de su hijo. Tras el parto la previsión de una vuelta pronta al trabajo puede hacer que las tareas resulten más difíciles (Behman y cols, 1997).⁴¹

Técnicas Estimuladoras

El programa que se implementó en el presente estudio siguió el enfoque de “neurodesarrollo” basados en los métodos de Bobath, Kabat, Votja, Facilitación, entre otros; es difícil establecer cuál técnica brinda mejores resultados por los pocos estudios existentes (Weitzman, 2005). En el área de desarrollo motor en niños en riesgo de 0 a 12 meses de edad, no existen investigaciones que aborden la temática en estudio y que evidencien la importancia que un programa estimulador ejerce sobre los niños o sobre cuál técnica estimuladora utilizar.⁴²

⁴¹Información obtenida de Gómez Gómez, Adriana (2012), tesis para optar el grado de magister en salud integral y movimiento humano.

⁴²Ibídem.

2.2.- ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

La propuesta de la elaboración del taller de fisioterapia y estimulación temprana en los niños, es muy importante ya que mediante la estimulación sensorial y motora que reciben estos niños, se va a poder llevar un mejor control del desarrollo psicomotor de los niños que asisten al establecimiento de salud de Huangala, y se va a evitar algún retraso del desarrollo psicomotor por factores adquiridos y estimular el desarrollo psicomotor de los pacientes con retraso psicomotor por factores genéticos y mejorar su calidad de vida; de esta manera se pretende disminuir el número de pacientes con retraso psicomotor que asisten al establecimiento de salud de Huangala.

Para poder realizar la investigación; las fuentes de información en las que se ha basado la presente investigación es de tesis, en la cuales se ha podido encontrar una oportuna ayuda con datos fidedignos y de suma importancia para la elaboración de la misma.

INTERNACIONALES

1.- Garza Mata, Jessica Patricia (2014) realizó un estudio de tesis para obtener el grado de maestro en ciencias de la educación, titulado "EL IMPACTO DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN LA PRIMERA INFANCIA: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE AMBIENTE ESCOLARIZADO Y AMBIENTE HOGAR" en la Universidad de Monterrey cuyo objetivo fue realizar un estudio comparativo sobre la estimulación temprana impartida en instituciones especializadas y aquella brindada en el hogar, por padres ajenos a los estudios de educación, psicología o similares, de manera que se pueda observar el impacto de la estimulación temprana en ambos ambientes. (México). Ella en su estudio hizo una comparación entre el ambiente del

hogar y el escolar, pues su objetivo fue demostrar el nivel de percepción y conocimiento de la importancia de la estimulación temprana según el contexto socioeconómico, donde logra demostrar que el factor socioeconómico es de suma importancia en la influencia del desarrollo psicomotor en los niños.

2.- Fernández Mesa, Adriana (2008) de la Universidad Veracruzana de Xalapa (México); realizó un estudio de tesis titulado “TALLER DE CAPACITACIÓN SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA A PADRES DE NIÑOS DE 0 A 6 MESES”; cuyo objetivo general fue Brindar un programa de capacitación a padres sobre estimulación temprana en niños de 0 a 6 meses en el centro de salud de la comunidad del Espinal, Naolinco, Veracruz; y quien con su estudio logró demostrar cuanta importancia tiene el conocimiento de los padres acerca del desarrollo psicomotor en los niños para que pueda haber una intervención temprana, en caso de alguna alteración en su desarrollo y halla una oportuna intervención.

3.- Maldonado Gonzalez, Monica Cecilia; Oliva Pozuelos, Ana Gabriela (2008) de la Universidad de San Carlos de Guatemala, realizaron un estudio de tesis para optar el grado académico de Técnicas Universitarias con título de Profesoras en Educación Especial; cuyo título fue “LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA PARA EL DESARROLLO AFECTIVO, COGNITIVO Y PSICOMOTRIZ EN NIÑOS Y NIÑAS SÍNDROME DE DOWN DE 0-6 AÑOS” mediante el cual Se brindó a los padres la información de cómo estimular a sus hijos con los recursos existentes en el hogar logrando desarrollo de forma integral. Al mismo tiempo se benefició a las instituciones que lo pusieron en práctica para que los niños que asistieron, conocieran el medio que les rodeaba, desarrollando sus habilidades motoras, sensoriales, cognoscitivas, incrementando su lenguaje, y sociabilización brindando orientación y apoyo psicológico, promoviendo así la salud emocional de todos los

integrantes de la familia, proporcionando asesoría pedagógica adecuada a las necesidades educativas de los niños; con lo que comprobó que los únicos tratamientos que demostraron una influencia significativa en el desarrollo de los niños, fueron los programas de estimulación temprana, orientados a la estimulación precoz del sistema nervioso central, durante los primeros 6 años de vida, en especial en los primeros 2 años, ya que el sistema nervioso presenta un grado de plasticidad muy alto, lo que resulta útil para potenciar mecanismos de aprendizaje y comportamiento adaptativo.

4.- Ms.C. Moreno Mora, Roberto (2011), realizó un estudio de tesis para optar el grado de Doctor en Ciencias Médicas titulado “EFICACIA DE UN PROGRAMA COMUNITARIO DE ATENCIÓN TEMPRANA DEL NEURODESARROLLO EN EL MUNICIPIO HABANA VIEJA. 1998 – 2008” en la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana – Cuba; cuyo objetivo principal fue Determinar la evolución de los pacientes con retardo en el neurodesarrollo y de niños asintomáticos con factores de riesgo, atendidos en el programa comunitario de atención temprana, del municipio Habana Vieja; y mediante este estudio, comprobó que se logró alcanzar mejoría en el neurodesarrollo de la mayoría de los casos; tanto en los pacientes, como en los niños con factores de riesgo de retraso del neurodesarrollo.

5.- Gómez Gómez, Adriana (2012); realizó un estudio de tesis para obtener su título de Magister Scientiae en Salud Integral y Movimiento Humano con énfasis en Salud titulado “Programa de Estimulación Temprana en Niños y Niñas de alto riesgo con retraso en el desarrollo psicomotor comprendidos entre 0 a 12 meses de edad” Heredia 2012; quién con su estudio comprobó que el éxito del programa se basa en la educación hacia los padres y de cómo estos intervienen en el hogar, aplicándole a su niño, todo lo aprendido en el programa, a través de las presentaciones

magistrales y la puesta en práctica de las técnicas, no existe un instrumento que mida los logros alcanzados de forma cualitativa, pero ésta se refleja en la evolución que motoramente presentaron los bebés; de tal manera que logró disminuir la incidencia de bebés referidos al servicio de fisioterapia a edades tardías de su desarrollo, son cada vez más el número de niños que inician el programa alrededor del primer o segundo mes y no posterior a los ocho meses como se daba con anterioridad, por lo que el abordaje fisioterapéutico se consigue a edades tempranas del desarrollo.

6.- Martínez Muñoz, Constanza; Urdangarin Mahn Daniela (2005), realizaron un estudio de tesis para obtener el título de licenciada en Kinesiología, titulado “Evaluación del Desarrollo Psicomotor de niños institucionalizados menores de un año mediante tres herramientas distintas de evaluación” cuyo objetivo fue evaluar el desarrollo psicomotor de un grupo de niños institucionalizados que tengan entre 0 y 12 meses de edad mediante tres herramientas de evaluación distintas: la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de Soledad Rodríguez, la Escala de Desarrollo Psicomotor de la primera infancia de Brunet y Lézine, y el Diagnóstico Funcional según el método de Munich.(Chile); quienes en su estudio comprobaron que el número de niños con retraso en su desarrollo psicomotor, variaba según el test aplicado, pues al aplicar tres test diferentes a los niños los resultados arrojados diferían en grandes cantidades, por lo que precisamente el test que utilizaban para evaluar a los niños a nivel nacional, era el que menos niños con retraso del desarrollo presentaba; por lo que se pudo comprobar como por una evaluación inapropiada, se puede alterar las estadísticas de los niños que tienen retraso en su desarrollo y no recibir un tratamiento oportuno.

7.- Valarezo Valdez, María del Pilar (2012), realizó un estudio de tesis para obtener el título de licenciada en Ciencias de la Educación Mención Psicología Infantil y Educación Parvularia, titulado “EL JUEGO COMO ESTRATEGIA METODOLÓGICA Y SU INCIDENCIA EN EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DEL PRIMER AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA, DEL CENTRO EDUCATIVO LAURO DAMERVAL AYORA N° 1 DEL CANTÓN LOJA, PROVINCIA DE LOJA; PERIODO 2011-2012”(Ecuador); cuyo objetivo fue: Concienciar en los docentes sobre la importancia que tiene el juego como estrategia metodológica en el desarrollo psicomotriz de los niños y niñas de Primer Año de Educación Básica; por lo que comprobó que un alto porcentaje en los niños tiene un alto desarrollo psicomotriz satisfactorio, gracias a la estrategia del juego, y solo un bajo porcentaje en los niños, requiere estimulación en sus habilidades y destrezas motrices.

8.- Encalada Ludeña, Dayana Lisseth (2013), realizó un estudio de tesis para optar el grado de Lic. En Ciencias de la Educación, mención en Psicología Infantil y Educación Parvularia titulado “LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA Y SU INCIDENCIA EN EL APRENDIZAJE DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE PRIMER AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA ESCUELA “SAN TARSICIO” DEL CANTÓN MACARÁ, PERIODO LECTIVO 2012-2013”; cuyo objetivo general fue: Investigar la incidencia de la Estimulación Temprana en el Aprendizaje de los niños y niñas de Primer Año de Educación Básica de la Escuela “San Tarsicio” del Cantón Macará, periodo lectivo 2012-2013; del cual se comprobó que el mayor porcentaje de la población estudiada, dio un resultado satisfactorio; por lo que se demuestra que la estimulación temprana incide en el aprendizaje de los niños.

NACIONALES

1.- Aguado Fabian, Enma Flor (2008), realizó un estudio de tesis para optar el título de Licenciada en enfermería, titulado “Relación entre el nivel de conocimiento de las madres acerca de las pautas de estimulación temprana y el grado de desarrollo psicomotor del lactante del centro de salud Max Arias Shreiber 2007”; cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento de las madres acerca de las pautas de estimulación Temprana y el grado del desarrollo psicomotor del lactante. El propósito de la investigación fue motivar al personal de salud, principalmente a las enfermeras que laboraban en el componente de CRED a elaborar, diseñar, implementar y/o establecer estrategias para mejorar su desempeño en la Estimulación Temprana, así como incentivar el personal de salud a capacitarse permanentemente y a participar en el proceso de enseñanza-aprendizaje de las madres, acerca de la estimulación temprana, para favorecer el crecimiento y desarrollo normal del lactante y evitar a largo plazo la repetición de grados primarios y deserciones escolares, ya que ellos forman parte de la población futura del país y por ende son quienes favorecerán su progreso.

2.- Bustamante Parraguez, María José (2014), realizó un estudio de tesis para optar el título de licenciado en enfermería, titulado “Convirtiendo su potencial en una realidad: experiencias de madres que participan en talleres de estimulación temprana, Chiclayo, 2012”; cuyo objetivo fue caracterizar, comprender y analizar la experiencias de las madres. Los resultados fueron las siguientes categorías: expresando sentimientos de la madre frente a las actividades de estimulación, la madre como agente principal y reforzador de la estimulación, el hogar como segundo escenario para realizar estimulación, relatando la importancia y beneficios de participar en los talleres de estimulación, asumiendo desafíos y percibiendo

limitaciones en la estimulación. Se concluyó que las experiencias de las madres transcurren desde un sentimiento de miedo y temor frente a lo desconocido, pasando posteriormente por la felicidad y satisfacción ante los logros de sus hijos, atravesando instantes de desconcierto y desmotivación frente a reacciones negativas del niño, y finalizando con un sentimiento de gratitud hacia las personas que intervinieron en la estimulación temprana.

3.- Charaja Zapana Estefany; Coaquira Tintaya Danitza Tessy (2014) realizaron un estudio de tesis para optar el título de Licenciada en enfermería, denominado “Estimulación temprana y su efectividad en el desarrollo psicomotor de niñas y niños de 7 a 12 meses, centro de salud Chucuito, Puno – 2014” cuyo objetivo fue determinar la efectividad de la estimulación temprana en el desarrollo psicomotor de niñas y niños de 7 a 12 meses en el centro de salud Chucuito, Puno – 2014. La técnica que se utilizó fue la observación directa y la entrevista personal; y como instrumentos se utilizaron el Test Abreviado Peruano (TAP) y la ficha de factores de riesgo. El resultado antes de la intervención fue el 30% normal y el 70% presento trastorno del desarrollo; después de la intervención el resultado fue el 70% normal y el 30% adelanto del desarrollo. Finalmente se comprobó que la estimulación temprana con el aporte metodológico propuesto, mejora el desarrollo psicomotor de las niñas y niños de 7 a 12 meses en Chucuito.

4.- Silva Olivares, Jenny Karen (2003), realizó un estudio de tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería, titulado “Nivel de conocimiento que tienen las puérperas sobre el crecimiento y desarrollo de sus niños en el Centro Materno – Infantil y emergencias Tablada de Lurín, Lima – Perú 2003”; cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento que tienen las puérperas sobre el crecimiento y desarrollo de sus niños. Con el propósito de que se realicen programas de

capacitación para las puérperas que salen de alta de dicho Centro de Salud. El método que se utilizó fue el descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por todas las puérperas en condiciones de alta. El instrumento que se utilizó fue el cuestionario mediante la técnica de la entrevista, la cual fue validada previamente mediante un juicio de expertos y sometida a la prueba piloto, para realizar la confiabilidad estadística. Posteriormente se realizó la recolección de datos propiamente dicha y luego se procesaron los datos para ser presentados en tablas estadísticas para su análisis e interpretación, llegándose a las siguientes conclusiones: Que la mayoría de puérperas poseen un conocimiento medio acerca del crecimiento y desarrollo de sus niños.

5.- Vela Pareja, Clesi Yris (2007), realizó un estudio de tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería titulado “efectividad de la consejería de enfermería sobre estimulación temprana en madres primerizas con lactantes de 0-6 meses del centro de salud Mi Perú, Ventanilla” cuyo objetivo fue determinar la efectividad de la consejería de enfermería sobre estimulación en madres primerizas con lactantes de 0-6 meses. El instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue la entrevista – encuesta y la herramienta de Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP). La hipótesis del estudio fue: Cuando las madres primerizas reciban consejería de enfermería sobre estimulación temprana incrementarán los conocimientos y el desarrollo psicomotor de los lactantes de 0 – 6 meses. Todos los lactantes pertenecientes en este estudio al inicio de la sesión adquirieron un coeficiente desarrollo promedio de 0.89% al final de la misma obtuvieron un promedio de 1.01%. Así mismo las madres primerizas ante de las sesiones obtuvieron un nivel de conocimiento bajo con un promedio de 10.9% finalizando con un nivel de conocimiento alto con un 18.4 %. Se concluye que la consejería de

Enfermería, demostró ser una intervención válida y exitosa en promover la calidad de la interacción de la madre con el lactante mediante la estimulación temprana en los sectores desaventajados. Tuvo efectos significativos sobre el desarrollo psicomotor de los lactantes de 0 – 6 meses.

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1.- DISEÑO DE ESTUDIO

3.1.1.- TIPO DE LA INVESTIGACIÓN:

El tipo de investigación de la Implementación de un taller de fisioterapia y estimulación temprana, dirigido a Pacientes con diagnóstico de retraso del desarrollo psicomotor y lactantes en el establecimiento de salud Huangala periodo 2016; es básica descriptiva; ya que se recolectan datos sobre las diferentes variables de la investigación para así describir lo que se investiga.

3.1.2.- NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN:

El nivel de la investigación es propositiva y según las condiciones de ejecución, es sincrónica de corte transversal; pues estudia una sola etapa de evolución del fenómeno o problema, pues el taller no estará dirigido a todos los niños que asisten al establecimiento de salud, sino solo a los niños que presentan diagnóstico de retraso del desarrollo psicomotor, lactantes (niños menores de 1 año) del establecimiento de salud Huangala.

3.2.- POBLACIÓN

El universo/población de la investigación estará conformada por los niños lactantes del pueblo de Huangala, que asisten al establecimiento de salud de Huangala – Sullana, comprendido por todos los niños nacidos durante el período Julio del año 2015 y julio del año 2016, que en su total fueron 80 niños.

3.2.1.- CRITERIOS DE INCLUSION

Niños menores de un año

Niños con diagnóstico de retraso del desarrollo psicomotor

Niños que presentan hipotonía

Niños prematuros

Niños que presentan deficiencia en su crecimiento y desarrollo

Niños que tienen más hermanos

Niños con familia de bajo estatus económico

Niños cuyos padres no tienen formación académica completa

Niños de alto riesgo

3.2.2.- CRITERIOS DE EXCLUSION:

Niños con buen crecimiento y desarrollo.

Niños mayores de un año.

Niños cuya familia tienen buena solvencia económica.

Niños cuyos padres presentan formación académica completa.

Niños que presentan un desarrollo psicomotor dentro de lo normal.

3.3.- MUESTRA

La muestra de la investigación estará conformada por 20 niños lactantes (niños menores de 1 año) que presentan diagnóstico de Retraso del Desarrollo Psicomotor.

3.4.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DELIMITACIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	SUB-INDICADORES	ESCALA
<p>1.- VARIABLE INDEPENDIENTE: PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR Y LACTANTES EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD HUANGALA-SULLANA. PERIODO 2016.</p>	<p>1.-El desarrollo psicomotor es un fenómeno cualitativo que se expresa tanto en lo corporal como en lo cognitivo y emocional, además; es de ser la forma natural de ir adquiriendo habilidades durante la infancia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Área motora - Área perceptivo – cognitiva. - Área de lenguaje. - Área Social. 	<p>Evaluación de etapas del Desarrollo Psicomotor:</p> <ul style="list-style-type: none"> Control Completo. Control Incompleto. Ausente. 	NOMINAL
<p>2.- VARIABLE DEPENDIENTE IMPLEMENTACION DE UN TALLER DE FISIOTERAPIA Y ESTIMULACION TEMPRANA</p>	<p>2.-Al referirnos al taller de fisioterapia y estimulación temprana, es la atención que recibe el niño en las primeras etapas de su vida, con el objetivo de desarrollar y potenciar al máximo sus posibilidades físicas, intelectuales y afectivas, mediante programas sistemáticos y secuenciales que abarcan, todas las áreas del desarrollo humano, sin forzar el curso lógico de la maduración.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observación de patrones de movimiento provocados por estimulación. 	<p>Aplicación de test neuroevolutivo de Milani-Comparetti:</p> <ul style="list-style-type: none"> Respuesta completa. Respuesta incompleta. Sin respuesta. 	NOMINAL

3.5. PROCEDIMIENTOS Y TECNICAS

De forma manual, se analizó las historias clínicas de los pacientes, sus tarjetas de controles y vacunas; evaluación y aplicación del test de Milani-Comporetti a los niños antes de iniciar el taller, y después de culminarlo y encuestas a los padres de los niños que participaron del taller.

ENCUESTAS

Una encuesta es una técnica de investigación social; que va a permitir tener tanto causas como efectos. Es un procedimiento dentro de los diseños de una investigación descriptiva en la que el investigador busca recopilar datos por medio de un cuestionario previamente diseñado, sin modificar el entorno ni el fenómeno donde se recoge la información; ya sea para entregarlo en forma de tríptico, gráfica o tabla. Los datos se obtienen realizando un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a una muestra representativa o al conjunto total de la población estadística en estudio, integrada a menudo por personas, empresas o antes institucionales, con el fin de conocer estados de opinión, ideas, características o hechos específicos.

TEST DE MILANI-COMPARETTI

Consiste en una serie de procedimientos para clasificar el desarrollo motor del niño desde el nacimiento hasta los 2 años.

Se evalúa 27 conductas motoras; reacciones evocadas, reacciones de equilibrio (inclinación), reacciones extensoras defensivas (paracaídas), reacciones de enderezamiento, reflejos primitivos, comportamientos espontáneos, el control postural, los movimientos activos tales como arrastrarse, sentarse y el caminar.

3.6.- PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

La recolección de datos se realizó a través de una técnica (encuesta) y un instrumento (Test Neuroevolutivo de Milani-Comparetti); siendo la encuesta validada por jueces expertos y sometida a una prueba de confiabilidad estadística, procesada mediante el programa estadístico SPSSV-23.0 (Statistical Package for the Social Science); y se realizó un análisis descriptivo de todas las variables de estudio; así mismo el instrumento validado, fue procesado mediante el programa estadístico SPSSV-23.0 (Statistical Package for the Social Science); que consta de 27 conductas motoras de las cuales, la primera parte del test estuvo referida a datos generales como edad, sexo, entre otros; y la segunda parte referida a toda la información que requerimos como parte de recolección para la implementación del taller de fisioterapia y estimulación temprana; así como la aplicación del test pre y post-tratamiento de fisioterapia; así mismo se realizará el análisis descriptivo de todas las variables de estudio, de tal manera que ingresamos todos los datos en el programa para que sean procesados y una vez procesados los datos en el programa estadístico SPSSV-23.0, se realizará la discusión de los mismos, de acuerdo a los objetivos.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS:

El estudio incluyó una muestra de 20 niños de 0 a 12 meses de edad. La información recogida mediante la aplicación de una encuesta a las madres de los niños se sintetizó en una base de datos utilizando el programa SPSS 23.0, en el cual se lograron los resultados que se detallan a continuación.

4.1.- DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS:

TABLA N° 01:Características Generales asociadas a las madres de los niños con edades de entre 0 meses a 12 meses de edad que asisten al Puesto de Salud de Huangala Sullana, durante el periodo de estudio.

		N°	%
Edad	16 a 22 años	11	55,0%
	23 a 29 años	4	20,0%
	30 a 37 años	3	15,0%
	38 a mas	2	10,0%
	Total	20	100,0%
Estado civil	madre soltera	2	10,0%
	casada	5	25,0%
	conviviente	13	65,0%
	Total	20	100,0%
Hospital de Nacimiento de los niños	Hospital de Sullana	5	25,0%
	Essalud Sullana	3	15,0%
	Clínica Inmaculada	12	60,0%
	Total	20	100,0%
Grado de Instrucción	Primario	3	15,0%

	Secundaria	15	75,0%
	Superior I.	2	10,0%
	Total	20	100,0%
¿Trabaja?	Si	1	5,0%
	No	19	80,0%
	Total	20	100,0%
	Entre 500 y 999	13	65,0%
Ingreso Mensual	1000 a 1999	5	25,0%
	2000 a mas	2	10,0%
	Total	20	100,0%
Número de hijos	1 hijo	11	55,0%
	2 hijos	7	35,0%
	3 hijos	1	5,0%
	4 hijos	1	5,0%
	Total	20	100,0%

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de los niños entre 0 a 12 meses por parte de la investigadora.

La tabla 01, refleja que las madres se caracterizan porque el mayor porcentaje (55%) está comprendido entre jóvenes que tienen una edad entre 16 a 22 años, que son madres primerizas, seguido del 20% de madres que tienen entre 23 a 29 años y que ya tienen más de 1 hijo, al igual que las madres que tienen una edad entre 30 y 37 años (15%) y 38 años a más (10%); dentro de los casos podemos observar que sólo el 25% se encuentran casadas, mientras que el 65% son convivientes y un 10% son madres solteras; así mismo podemos observar que gran parte de este grupo (75%) logró culminar sus estudios de secundaria completa, mientras que el 15% refieren tener primaria completa y solo el 10% tuvo un grado de instrucción superior incompleto; en

cuanto a los aspectos laborales, solo el 5% de las madres, indican que trabajan fuera de casa; mientras que el 95% se dedican a las tareas del hogar; en el grupo también se caracteriza porque los ingresos familiares mensuales son variados, incluyendo a un 65% que gana de 500 a 999 soles, el 25% gana entre 1000 y 1999 soles inclusive y el resto, 10% gana de 2000 soles a más; además el 55% de las madres solo tienen un hijo, el 35% tienen 2 hijos y el 5% tienen 3 y 4 hijos respectivamente.

En cuanto a la atención sanitaria, debido a baja situación económica de las personas, la atención de los partos se dio por atención del SIS (Seguro Integral de Salud), ya que solo un 15% de madres tenían seguro EsSalud y pudieron dar a luz en el Hospital de EsSalud de Sullana, mientras que el 85% restantes contaban con SIS y el 25% fue atendido en el Hospital de Apoyo de Sullana, y el 60% fue atendido en la clínica Inmaculada de Sullana, pues fueron casos de Cesárea, pero fue atención gratuita por convenio entre la clínica y es SIS.

PRESENTACIÓN DE DATOS ESPECÍFICOS

A continuación los resultados obtenidos se presentan en las siguientes Tablas:

TABLA N° 02: Información brindada por las madres de los niños atendidos en el Puesto de Salud Huangala en el período de estudio, respecto a atención y orientación en el establecimiento de Salud Huangala.

		N°	%
Recibe Orientación sobre el Desarrollo de su niño	Si	5	25,0%
	No	15	75,0%
	Total	20	100,0%
Asiste a Control de Niño Sano	Si	20	100,0%
	Total	20	100,0%
Recibe orientación sobre las actividades correspondientes a la edad de su niño	Si	5	25,0%
	No	15	75,0%
	Total	20	100,0%
Se le indico que su niño(a) podría presentar problemas en su desarrollo	Si	7	35,0%
	No	13	65,0%
	Total	20	100,0%

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de los niños entre 0 a 12 meses por parte de la investigadora.

En la Tabla N°02, se aprecia que solo el 25% de las madres han sido orientadas acerca del desarrollo y crecimiento que debe seguir su niño mientras que la mayoría, el 75% indican que no han sido orientadas respecto al desarrollo que debe seguir su niño, e incluso, desconocen el termino desarrollo psicomotor; por lo cual no se le ha brindado una evaluación completa a su niño, respecto a su desarrollo y desconocen que su niño presente algún

retraso en su desarrollo psicomotor; además el total de las madres encuestadas, respondieron que llevan a sus hijos a todos sus controles mensuales, lo cual se puede verificar en su tarjetas de control, sin embargo las tarjetas presentan en blanco la ficha de evaluación del desarrollo psicomotor; cabe resaltar que el 75% de las madres encuestadas informaron que en la evaluación que recibe su niño en el establecimiento de salud, el personal de salud, no les orienta sobre qué actividades son las que debe realizar su niño de acuerdo a su edad; por lo que solo al 35% de los niños que presentan retraso en su desarrollo, se les ha indicado que su niño tenía retraso en su desarrollo psicomotor.

TABLA N° 03: Opinión brindada por las madres de los niños atendidos en el Puesto de Salud Huangala en el período de estudio, respecto al comportamiento de su niño.

N°%	
Comportamiento del niño	Muy tranquilo 1 5,0%
	Tranquilo 9 45,0%
	Activo 6 30,0%
	Muy activo 4 20,0%
	Total 20 100,0%

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de los niños entre 0 a 12 meses por parte de la investigadora

En la Tabla N°03 se observa que el 45% de las madres indican que el comportamiento en su niño en el hogar, es tranquilo, pues todas las madres en su hogar cuentan con un “corralito” que es donde meten a sus hijos mientras realizan su actividades cotidianas, donde solo el 30% de madres indican que su niño es activo, el 20% que su niño es muy activo y solo el 5% que es muy tranquilo.

TABLA N° 04: Opinión brindada por las madres de los niños atendidos en el período de estudio, respecto la necesidad de un Área de Terapia Física y Estimulación Temprana en el Puesto de Salud Huangala

		N°%
¿Debería tener un área de terapia física y estimulación temprana?	Si	20100,0%
¿Asistiría Ud. Con su niño(a) a las sesiones y charlas dadas por el personal de salud?	Si	20100,0%
¿Cree Ud. necesario que haya atención de terapia física en el establecimiento de salud?	Si	20100,0%
¿Para prevenir el retraso psicomotriz en los niños, debe haber un taller de estimulación temprana para los niños?	Si	20100,0%
	Total	20100,0%

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de los niños entre 0 a 12 meses por parte de la investigadora

En la tabla N°04 observamos que el 100% de las madres consideran que debería haber un área de terapia física y estimulación temprana en el Centro de Salud Huangala, y que si en caso se cuente con este servicio asistirían religiosamente a todas las sesiones y charlas con sus niños, brindadas por el personal de salud; además de ello todas las madres consideran que la terapia física y estimulación temprana contribuyen a la prevención del retraso psicomotriz en los niños, pues con una evaluación precoz, habrían menos casos de retraso de desarrollo psicomotor en el establecimiento de salud de Huangala y mejoraría la calidad de vida de los niños.

TABLA N° 05: Opinión brindada por las madres de los niños atendidos en el Puesto de Salud Huangala en el período de estudio

		N°	%
Establecimiento de Salud	Particular	2	10,0%
	Hospital Sullana	1	5,0%
	Puesto de Salud Huangala	17	85,0%
	Total	20	100,0%
Medios económicos para el tratamiento	Si	8	40,0%
	No	12	60,0%
	Total	20	100,0%

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de los niños entre 0 a 12 meses por parte de la investigadora

En la tabla N° 05 apreciamos que el 85% de las madres indican que si el Centro de Salud Huangala contara con el servicio de fisioterapia lo atenderían ahí, y solo el 10% lo atendería en un centro de Salud Particular seguido del 5% que asistiría al Hospital de Sullana. Esto se refleja en su situación económica, pues el 60% no cuentan con los medios económicos para recibir un tratamiento particular de fisioterapia, por lo cual sería conveniente que el Puesto de Salud de Huangala brinde este servicio a su población que lo requiere de manera gratuita.

TABLA N°06: Sexo de los niños de 0 a 12 meses que presentan problemas en su desarrollo psicomotor, atendidos en el Puesto de Salud de Huangala durante el periodo julio del año 2015 y julio del año 2016.

		N°	%
Sexo	Femenino	13	65,0%
	Masculino	7	35,0%
	Total	20	100,0%
Edad Inicio de Programa	0 a 4 meses	1	5,0%
	5 a 8 meses	7	35,0%
	9 a 12 meses	12	60,0%
	Total	20	100,0%
Edad Fin de programa	4 a 7 meses	1	5,0%
	8 a 11 meses	7	35,0%
	12 a 15 meses	12	60,0%
	Total	20	100,0%

Fuente: Historias Clínicas del Centro de Salud de Huangala

En la tabla N°06, se aprecia la distribución de los participantes del estudio según sexo, el 65% de los niños son de sexo femenino y el 35% son de sexo masculino grupo de edad en meses antes de iniciar el programa y finalizando el programa. Los niños en el grupo de edad de 0 a 4 meses son solo el 5%. En el grupo de edad de 5 a 8 meses un 35%. Asimismo, en el grupo de edad entre los 9 y 12 meses se encuentra la mayoría el 60%. De igual forma se destaca la edad en el fin del programa que el 60% están en el grupo de 12 a 15 meses.

A continuación se detallan cada una de las características presentadas en el instrumento empleado como valoración fisioterapéutica, dicho instrumento se encuentra detallado en el anexo 3.

Del total de 20 bebés que asistieron y concluyeron el programa 12 eran de edad de nueve a doce meses, siendo ésta la mayor población participante, 7 del grupo de cinco a ocho meses y solo uno de 0 a 4 meses. Se destaca que la edad mencionada es la que presentaron los bebés al inicio del programa, dato que difiere en la finalización del mismo, pues el programa tuvo una duración de tres meses.

El Test neuroevolutivo de Milani Comparetti, evalúa 27 conductas motoras, las cuales hemos clasificado de la siguiente manera:

TABLA N° 07. Postura de la Cabeza de los niños(as) en estudio: Cabeza: Vertical, Prono, Supino, A la tracción), Pre-Tto (Tratamiento) y Post-Tto. (N=20).

Postura de la Cabeza	Lo logró	N°	%	
Vertical	Pre Tto.	Si	13	65,0%
		No	7	35,0%
		Total	20	100,0%
	Post Tto.	Si	20	100,0%
		Total	20	100,0%
	Prono	Pre Tto.	Si	13
No			7	35,0%
		Total	20	100,0%
Post Tto.		Si	20	100,0%
		Total	20	100,0%
Supino		Pre Tto.	Si	20
	Total		20	100,0%
	Post Tto.	Si	20	100,0%
		Total	20	100,0%
A la tracción	Pre Tto.	Si	14	70,0%
		No	6	30,0%
		Total	20	100,0%
	Post Tto.	Si logró	20	100,0%
		Total	20	100,0%

Como se puede observar en la Tabla N°07, de los 20 niños(as) al inicio del estudio, 13 (65%) lograron realizar el control de la cabeza en vertical, mientras que 7(35%) de niños y niñas no lo realizaron, el control de la cabeza en vertical, es considerado que está presente si el niños mantiene la cabeza en posición neutra un periodo entre 6 a 10 segundos sin moverse; de igual manera el 65% lograron el control de la cabeza boca abajo (prono), mientras que el 35% de niños y niñas no lo realizaron. El control de la cabeza en posición prono se observa como completa alrededor de los cuatro meses de edad, cuando el niño se sostiene en sus antebrazos o manos, mientras la cabeza se alza en un ángulo de 90°, de los cuales al inicio del estudio 1 bebé tenía edad inferior a los cuatro meses, por lo que 6 de los niños se clasifican en no haber desarrollado el control de cabeza en posición prona, pero al finalizar el programa los 20 niños y niñas logran el control de su cuello en posición vertical y prono. Además, al inicio del estudio, se comprobó que todos niños y niñas tenían control postural en posición supino. Al finalizar los 20 niños lograron enderezamiento supino acorde a su edad. Se observa también que al iniciar el programa que 14 niños (70%) realizaban maniobra de tracción y 6 (30%) no lo realizaban; varios grados de suspensión de la cabeza pueden ser vistos a los 2 0 3 meses de edad, a los 4 1/2 se sostendrá la cabeza en línea con el cuerpo y a los 7 meses sostendrá la cabeza cuando se le lleve a posición sentado y como se mencionó anteriormente solo un niño estaba en la edad menor de 4 meses al inicio del programa, por lo que los 19 niños restantes deberían de realizar esta acción. Al finalizar el programa todos los niños realizaban el control de cabeza a la tracción.

TABLA N° 08. Postura del cuerpo de los niños(as) en estudio: Cuerpo: Sentado, Cuatro Puntos, de pie, Pre-Tto y Post-Tto. (N=20).

Cuerpo	Lo logró		N°	%
Sentado	Pre Tto.	Si	7	35,0%
		No	13	65,0%
		Total	20	100,0%
	Post Tto.	Si	19	95,0%
		No	1	5,0%
		Total	20	100,0%
4 puntos	Pre Tto.	Si	2	10,0%
		No	18	90,0%
		Total	20	100,0%
	Post Tto.	Si	19	95,0%
		No	1	5,00%
		Total	20	100,0%
De Pie	Pre Tto.	Si	3	15,0%
		No	17	85,0%
		Total	20	100,0%
	Post Tto.	Si	19	95,0%
		No	1	5,0%
		Total	20	100,0%

Fuente: Test Milani Comparetti aplicada a los niños entre 0 a 12 meses por parte de la investigadora

En la Tabla N° 08 de los 20 niños(as) al inicio del estudio, 7 (35%) lograron realizar el control del cuerpo sentados, mientras que 13 (65%) de niños y niñas no lo realizaron, puesto que la mayoría de niños reflejaban Hipotonía y la curvatura de la espalda mostraba una flexión completa, lo cual impedía que los niños puedan controlar su cuerpo en posición sentado; además el control del cuerpo en 4 puntos que va empezando a los 3 meses, cuando el niño se apoya en sus antebrazos, luego a los 6 meses que se empuja hacia arriba con los brazos extendidos, a los 8 1/2 posición de manos y rodillas, a los 9 1/2 se arrodillará, a los 12 meses presentará plantígrado y a los 14 meses podrá ponerse de pie sin apoyo; lo cual no se daba en los niños acorde a su edad cronológica, pues solo 2 (10%) lograron esta progresión de acuerdo a su edad, mientras que el 18 (90)% de niños y niñas no lo realizaron; sin embargo al finalizar el programa 19 (95%) niños y niñas realizan adecuadamente la progresión de 4 puntos acorde a su edad. Se observa también que al iniciar el programa, solo 3 niños (15%) logran realizar el comportamiento de quedarse parado y 17 (85%) no lo realizaban; dicho comportamiento logra actividades acorde a su edad cronológica, como el soporte positivo, que es normal realizarlo en niños menores de 3 meses; la astasia que es normal en niños de 3.5 y 4.5 meses; el niño de 5 meses puede apoyar su peso con las piernas encorvadas; el niño de 10 meses puede estar de pie con una superficie a favor con el tronco hacia adelante y las caderas ligeramente flexionadas y el niño de 12 meses puede pararse por periodos mayores a 30 segundos; a lo que al finalizar el programa 19 niños (95%) ya habían logrado realizar esta actividad, y 1 (5%) aun no la realizaban acorde a su edad.

TABLA N° 09. Comportamiento espontaneo de los niños(as) en estudio: Motor: Pararse desde supino, Locomoción Pre-Tto y Post-Tto(N=20).

Motor	Lo logró	N°	%
Pararse de Supino	Si	1	5,0%
	No	19	95,0%
	Total	20	100,0%
Post Tto.	Si	10	50,0%
	No	10	50,0%
	Total	20	100,0%
Locomoción	Si	3	15,0%
	No	17	85,0%
	Total	20	100,0%
Post Tto.	Si	15	75,0%
	No	5	25,0%
	Total	20	100,0%

Fuente: Test Milani Comparetti aplicada a los niños entre 0 a 12 meses por parte de la investigadora

En la Tabla N°09 de los 20 niños(as) al inicio del estudio, solo 1 (5%) logro pararse de supino, mientras que 19 (95%) de niños y niñas no lo realizaron, esta actividad la realiza el niño a partir de los 10.5 meses de edad; rueda hacia su estómago, gatea por encima de un objeto de apoyo y tira hacia arriba hasta quedar de pie; al culminar el programa el 50% de los niños lograron realizar la maniobra completa, de acuerdo con su edad cronológica; en cuanto a la locomoción, de acuerdo con cada etapa de su edad cronológica, se va dando desde la marcha automática que es vista desde su nacimiento, a los 4 meses el

niño va a rodar desde el estómago hacia atrás y a los 5 meses viceversa, a los 9 meses gatea usando manos y rodillas, y la sucesión de alta, media y sin guardia, que opta el niño para caminar entre los 13 y 16 meses; al principio del taller solo 3 (15%) lograban realizar la locomoción, de acuerdo a su edad, mientras que 17 (85%) de niños y niñas no lo realizaron; sin embargo al finalizar el taller, 15 (75%) de los niños y niñas llegaron a realizar la locomoción de acuerdo a su edad, mientras que 5 (25%), aún le faltó un poco para lograrlo de manera completa; cabe resaltar que hay que reforzar las terapias en los niños que les falta completar esta actividad, pues aún tienen retraso en el psicomotor.

TABLA N° 10: Comportamiento espontaneo de los niños(as) en estudio:
 Reacciones evocadas: Reflejos arcaicos: agarre de mano, agarre de pie.
 Reflejo cervical simétrico, reflejo de moro, reflejo cervical asimétrico; Pre-Tto. Y
 Post-Tto. (N=20).

Reflejos arcaicos	Lo logró	N°	%
Agarre de mano	Si	3	15,0%
Pre Tto.	No	19	95,0%
	Total	20	100,0%
Post Tto.	Si	0	0,0%
	No	20	100,0%
	Total	20	100,0%
Agarre de pie	Si	14	70,0%
Pre Tto.	No	6	30,0%
	Total	20	100,0%
Post Tto.	Si	7	35,0%
	No	13	65,0%
	Total	20	100,0%
Cervical Simétrico	Si	0	0,0%
Pre Tto.	No	20	100,0%
	Total	20	100,0%
Post Tto.	Si	0	0,0%
	No	20	100,0%
	Total	20	100,0%
Moro	Si	0	0,0%
Pre Tto.	No	20	100,0%

	Total	20	100,0%
Post Tto.	Si	0	0,0%
	No	20	100,0%
	Total	20	100,0%
Cervical Asimétrico	Si	0	0,0%
Pre Tto.	No	20	100,0%
	Total	20	100,0%
Post Tto.	Si	0	0,0%
	No	20	100,0%
	Total	20	100,0%
Landau	Si	1	5,0%
Pre Tto.	No	19	95,0%
	Total	20	100,0%
Post Tto.	Si	20	100,0%
	No	0	0,0%
	Total	20	100,0%

Fuente: Test Milani Comparetti aplicada a los niños entre 0 a 12 meses por parte de la investigadora

En la tabla N°10 se aprecia que al iniciar el taller, solo 1 (5%) de los niños presenta el reflejo arcaico de agarre de manos y los 19 (95%) niños restantes no lo realizan, puesto que la prensión tónica de la mano es un reflejo presente en los niños con edades comprendidas entre los 0 y 4 meses y medio; por lo cual, al finalizar el programa, ningún niño presento el reflejo de prensión tónica de la mano; Respecto al reflejo, agarre de Pie, al inicio del programa solo 14 (70%) de los niños, presentaba el reflejo, mientras que 6 (30%) no lo presentaba, sin embargo según su desarrollo psicomotor, de acuerdo a su edad, al finalizar el programa 7 (35%), presentaron el reflejo, pues 13 (65%), no

les correspondía de acuerdo a su edad cronológica; de igual manera, de acuerdo a la edad cronológica de los niños, 20 (100%) no presentaron el reflejo, tónico cervical Asimétrico ni al inicio, ni al finalizar el programa, lo cual era normal, de acuerdo a su edad cronológica de los niños que asistieron al taller; así mismo, 20 (100%) de los niños que asistieron al taller, no presentaron el reflejo Tónico Cervical, simétrico, lo cual era normal, de acuerdo a su edad; de igual manera sucedió con el reflejo de moro, y en cuanto a Landau, al iniciar el taller solo un niño, presentaba el reflejo de Landau que aparece a partir de los 4 o 5 meses, sin embargo al finalizar el programa la totalidad de niños, llegó a presentar el reflejo de Landau.

TABLA N° 11: Comportamiento espontáneo de los niños(as) en estudio:
 Enderezamiento: de cabeza, desrotativa del cuerpo- supino, rotación de
 cuerpo-sentado, Pre-Tto. Y Post-Tto. (N=20).

Enderezamiento	Lo logró	N°	%
Enderezamiento de Cabeza			
	Si	6	30,0%
Pre Tto.	No	14	70,0%
	Total	20	100,0%
Post Tto.	Si	20	100,0%
	No	0	0,0%
	Total	20	100,0%
Desrotativa del cuerpo en Supino			
	Si	6	30,0%
	No	14	70,0%
Pre Tto.	Total	20	100,0%
Post Tto.	Si	20	100,0%
	No	0	0,0%
	Total	20	100,0%
Rotación del cuerpo en Sedente			
	Si	3	15,0%
	No	17	85,0%
Pre Tto.	Total	20	100,0%
Post Tto.	Si	15	75,0%
	No	5	25,0%
	Total	20	100,0%

Fuente: Test Milani Comparetti aplicada a los niños entre 0 a 12 meses por parte de la investigadora

En la Tabla N°11 se aprecia el comportamiento espontaneo de los niños en relación al Enderezamiento. Podemos ver que antes de iniciar el programa, solo 6 (30%) de los niños, realizaban enderezamiento de la cabeza, que es normal a partir de los 3 meses hacia adelante, lo cual indicaba que 14 (70%), no realizaba esta actividad, sin embargo a la culminación del taller todos los niños lograron controlar el enderezamiento de la cabeza; mientras que la desrotativa del cuerpo en supino, empieza a la edad de 4 meses y medio; por lo que se puede observar que al inicio del programa solo 6 (30%) de los niños, pudieron realizar esta actividad, mientras el 14 (70%) de los niños, no logró hacer esta actividad, sin embargo a la culminación del programa, todos los niños lograron realizar la desrotativa del cuerpo en supino; así mismo al iniciar el programa, sólo 3 (15%) de los niños, podía realizar la desrotativa del cuerpo en sedente, mientras que 17 (85%) no realizaban dicha actividad, en su mayoría porque aún no les correspondía de acuerdo a su edad cronológica; sin embargo a la culminación del programa 15 (75%) de los niños, lograron realizar esta actividad, mientras que 5 (25%) aún no lo lograban, pues no corresponde según su edad cronológica

TABLA N° 12: Comportamiento espontaneo de los niños(as) en estudio paracaídas: debajo, de lado, adelante, atrás Pre-Tto. Y Post-Tto(N=20).

Paracaídas		N°	%
Adelante	Si	2	10,0%
Pre Tto.	No	18	90,0%
	Total	20	100,0%
Post Tto.	Si	19	95,0%
	No	1	5,0%
	Total	20	100,0%
Miembro inferior	Si	4	20,0%
	No	16	75,0%
Pre Tto.	Total	20	100,0%
Post Tto.	Si	20	100,0%
	Total	20	100,0%
Hacia atrás	Si	0	0,0%
Pre Tto.	No	20	100,0%
	Total	20	100,0%
Post Tto.	Si	14	70,0%
	No	6	30,0%
	Total	20	100,0%
Costado	Si	3	15,0%
Pre Tto.	No	17	85,0%
	Total	20	100,0%

Post Tto.	Si	19	95,0%
	No	1	5,0%
	Total	20	100,0%

Fuente: Test Milani Comparetti aplicada a los niños entre 0 a 12 meses por parte de la investigadora

El niño, debe tener un buen control de cabeza, antes de las respuestas a la prueba de caída; en la Tabla N°12 se observa el comportamiento espontaneo de los niños de paracaídas, apreciamos que al iniciar el programa solo 2 niños (10%), respondieron al reflejo de paracaídas, lo cual indica que 18 (90%), no presentaba paracaídas al ejecutar la maniobra, de los cuales solo a 6 no les correspondía realizarlo según su edad cronológica, pues aparece alrededor de los 8.5 meses y al iniciar el programa 12 niños tenían entre 9 y 12 meses, de los cuales solo 2 lo lograron y el resto tenía un retraso; sin embargo, a la culminación del programa, 19 (95%) de los niños, lograron sacar su paracaídas hacia adelante, y solo 1 (5%) no lo logro, debido a que aún no le correspondía según su edad cronológica; en cuanto a paracaídas de miembro inferior, que empieza a observarse una reacción completa alrededor de los 5 meses, al iniciar el programa, solo 4 (20%) de los niños evaluados, presentaron esta actividad, mientras que 16 (80%) no lo hicieron, sin embargo a la culminación del programa los 20 (100%) lograron realizar esta actividad de acuerdo a su edad cronológica; así mismo las defensivas hacia atrás, que aparecen alrededor de los 10 meses, al iniciar el programa ningún niño, presentaba estas defensivas, cuando 12 de los niños ya tenían edad para presentarlas, sin embargo a la culminación del programa, 14 (70%) de los niños, lograron presentar estas defensivas, mientras que 6 (30%), aun no tenía edad suficiente para presentarlas; de la misma manera las defensivas hacia los

lados, una respuesta que debe verse a partir de los 8 meses, al iniciar el programa solo 3 (15%) de los niños evaluados presentaba esta reacción, cuando debían presentarlo 12 niños que tenían de 9 meses a más, sin embargo a la culminación del programa ya lo habían adquirido y 19 (95%) lograron desarrollar sus defensivas hacia los lados, mientras 1 (5%), aun no le correspondía según su edad cronológica.

TABLA N° 13: Comportamiento espontáneo de los niños(as) en estudio
Equilibrio: en prono, en 4 puntos, de pie, de supino, sentado Pre-Tto. y Post-Tto. (N=20).

Equilibrio	Lo logró	N°	%
Prono	Si	6	30,0%
Pre Tto.	No	14	70,0%
	Total	20	100,0%
Post Tto.	Si	20	100,0%
	Total	20	100,0%
4 puntos	Si	0	0,0%
Pre Tto.	No	20	100,0%
	Total	20	100,0%
Post Tto.	Si	11	55,0%
	No	9	45,0%
	Total	20	100,0%
Pie	Si	0	0,0%
Pre Tto.	No	20	100,0%
	Total	20	100,0%
Post Tto.	Si	7	35,0%
	No	13	65,0%
	Total	20	100,0%
Supino	Si	11	55,0%
Pre Tto.	No	9	45,0%
	Total	20	100,0%
Post Tto.	Si	19	95,0%

	No	1	5,0%
	Total	20	100,0%
Sentado	Si	3	15,0%
Pre Tto.	No	17	85,0%
	Total	20	100,0%
Post Tto.	Si	19	95,0%
	No	1	5,0%
	Total	20	100,0%

Fuente: Test Milani Comparetti aplicada a los niños entre 0 a 12 meses por parte de la investigadora

Una respuesta completa del equilibrio en prono, debe observarse a los 5 meses del niño, en la tabla N° 13 observamos al inicio del programa solo 6 (30%) de los niños, presentaban equilibrio en prono, mientras que 14 (70%) no presentaban, sin embargo a la culminación del taller todos los niños 20 (100%) llegaron a presentar un buen equilibrio en prono, así mismo podemos observar que al inicio del programa ningún niño presentaba equilibrio en 4 puntos, el cual debe observarse de manera completa alrededor de los 11 meses, sin embargo, a la culminación del programa 11 (55%) de los niños, lograron tener un buen equilibrio en 4 puntos de acuerdo con su edad cronológica; en cuanto al equilibrio de pie, al inicio del programa del programa, ningún niño presentó, pues todos eran menores de un año, y este aparece alrededor de los 14 meses, sin embargo a la culminación del programa 7 (35%) niños lograron completar su equilibrio de pie, mientras que 13 (65%) de los niños, no lo hicieron, en su mayoría de acuerdo al desarrollo de su edad cronológica; respecto al equilibrio en supino, al inicio del programa solo 11 (55%) de los niños lo presentaron, mientras que 9 (45%) no lo presentaron, debido a su

edad cronológica, pues este se presenta de forma completa a los 8 meses de edad, sin embargo a la culminación del programa 19 (95%) de los niños, lo presento de forma completa, mientras que 1 (5%) aun no lo logró debido a que no tenía la edad para hacerlo; y para finalizar podemos observar que el equilibrio sedente al inicio del programa solo 3 (15%) de los niños, podían realizarlo , mientras que 17 (85%) de los niños, no lo hacía, esto también debido a que alguno no tenían edad suficiente para realizarlo, pues aparece alrededor de los 8 meses; sin embargo a la culminación del programa, 19 (95%) de los niños logra realizarlo, mientras 1 (5%), aún no lo ha logrado en parte de acuerdo con su edad cronológica, por lo tanto a la culminación del programa solo 2 niños (10%) aún presentaban retraso en su desarrollo.

4.1.-DISCUSION DE RESULTADOS

En el siguiente apartado, se presenta la discusión de los resultados citados en el capítulo anterior; para lo cual se debe tener presente que nuestro objetivo general fue “implementar un taller de fisioterapia y estimulación temprana, dirigido a niños con diagnóstico de retraso del desarrollo psicomotor y lactantes que asisten al establecimiento de salud Huangala – Sullana, período 2016” que permita a los infantes, alcanzar una edad psicomotriz acorde con su edad cronológica.

En la Fase I del estudio, antes de implementar el programa de terapia física a los niños, se realizó un diagnóstico del Servicio de Enfermería en el establecimiento de salud de Huangala, donde pudimos constatar que no hay un tiempo específico, ni lugar, ni profesionales, dedicados a realizar la evaluación del desarrollo psicomotor, de los niños que acuden a ser atendidos en dicho establecimiento de salud, por lo que ningún niño recibe una evaluación adecuada, y por ende un diagnóstico precoz si llegara a presentar algún retraso en su desarrollo psicomotor; de tal manera que se pudo determinar que este Servicio contaba con muchas limitantes en la atención dirigida hacia la población, no poseía datos estadísticos acerca de cuántos niños o niñas con riesgo atendía y la anamnesis de la Historia Clínica de cada paciente, no brindaba mucha información; Además la atención se brindaba de una forma tardía, por lo cual se perdía una etapa importante para la recuperación del retraso en el desarrollo. Se pudo constatar que no existía coordinación interdisciplinaria en dicho establecimiento y los niños no eran atendidos adecuadamente.

La creación del programa le permitió al Centro de Salud de Huangala contar con una base de datos de cuántos niños y niñas tienen problemas de desarrollo psicomotor en el periodo de estudio. Asimismo, el personal de enfermería que realiza el control de niño sano actualmente puede llevar un control más exhaustivo de los niños según su patología y edad de desarrollo a cada paciente, permite mayor control de su evolución durante el desarrollo del mismo y los niños, tienen una mejor calidad de vida gracias a que se les hace un diagnóstico oportuno de acuerdo a su desarrollo psicomotor.

Se logró contar con un ambiente determinado para la atención a los niños para la ejecución del programa, brindado el servicio 2 veces por semana, con atención a 20 niños semanalmente, con una duración de media hora de tratamiento para cada uno, en el cual, se le enseñaba a la mamá, sobre ejercicios que le haría practicar en casa a su niño; ya que anteriormente no se habían realizado talleres de fisioterapia, lográndose llevar un orden y control de los niños con problemas psicomotriz según su edad del desarrollo, ya que uno de los principales objetivos de esa investigación consistió en educar a las madres, sobre el desarrollo sensitivo motor del niño o la niña según cada mes de edad, la importancia de la estimulación temprana, entre otras y el aprendizaje de técnicas como masoterapia, ejercicios de gimnasia para el lactante, entre otras, para que los realicen en sus hogares, pues el aporte más importante se presenta en la intervención que las mismas madres brindan en el hogar a sus hijos, de ahí su mejoría.

Las madres participantes en el estudio refirieron la puesta en práctica de lo aprendido en las sesiones de fisioterapia en el hogar, no existe forma de constatarlo, pero la mejoría en los distintos aspectos sensitivos motores y la

constancia en la participación durante el programa ponen en manifiesto que la participación activa de estas madres en el hogar, es el eje en la recuperación del o la bebé y por ende el éxito en la aplicación del programa. Asimismo, debe aclararse que las variables edad, procedencia, escolaridad o situación socioeconómico, el tiempo y la disposición de las madres no influyeron en la aplicación del programa en los bebés, dado que todas cumplieron con la asistencia a los sesiones del taller en el establecimiento de salud de Huangala, según lo establecido.

Se contó con la participación de 20 niños y 20 madres. Al analizar la regularidad de la asistencia a las sesiones de terapia individualizada, se observa que no se presentaron ausencias, concluyendo el mismo la totalidad de participantes.

En la tabla N°07, se observa que de los 20 niños y niñas al inicio del estudio 13 niños (65%) tenían dominio de su cabeza en posición vertical, mientras que 7 bebés (35%) no. La variable de la edad presente en el niño o la niña es un parámetro crucial para identificar las características sensitivo motoras que se encuentra en capacidad de realizar, este parámetro permite establecer el retraso motor, por ejemplo, la capacidad de que el niño controle la cabeza se adquiere alrededor de los tres meses, de los cuales al inicio del estudio 1 bebé tenían edades inferiores a los cuatro meses, estos datos evidencian que según la edad 19 bebés debían contar con un control de cuello por sobrepasar en edad para adquirirlo, dejando en evidencia que cuatro 6 presentaron retraso en el desarrollo motor. Por otra parte, como lo evidencia la tabla N°07, el control de cabeza en decúbito prono y apoyo sobre codos o antebrazos va muy de la mano con el control de cuello y de igual manera se

adquiere alrededor de los 3 meses y medio, de los cuales los mismos niños, presentaron retraso en su desarrollo psicomotor, de acuerdo a esta evaluación, pues solo 13 niños (65%) lograron un control completo en prono; sin embargo al evaluarlos en posición supina, los 20 niños, si realizaron un control acuerdo a su edad, mientras que al evaluar a los niños, en control de cabeza a la maniobra de tracción; solo 14 niños (70%) lograron un acompañamiento de la cabeza en línea con el cuerpo, de los cuales se puede decir que 5 niños (25%), presentaban retraso ya que uno (5%) era menor de tres meses y de acuerdo a su edad, aun no controlaba la cabeza a la tracción; sin embargo, al implementar el taller, cuando este finalizó, todos los niños presentaron un completo control de cabeza en vertical, prono, supino y a la tracción, de acuerdo a su edad.

La tabla N°08 nos muestra la evaluación de la postura del cuerpo, de los niños antes de iniciar el programa, y a la conclusión del mismo, donde se puede observar que al inicio del programa solo 7(35%) de los niños, realizaban control postural del cuerpo en sentado de acuerdo a su edad, lo cual refería que 13(65%) de los niños presentaba un retraso al realizar dicha actividad, pues a la evaluación , no respondía de manera completa a la evaluación, de la misma manera, se puede observar que solo 2 niños (10%), realizaban en control de cuerpo en cuatro puntos, lo que indicaba que 18 niños (90%) no tenían control de su cuerpo en progresión a cuatro puntos de acuerdo a su edad, y solo uno de ellos era menor de tres meses, lo que indicaba que los 17 (85%) restantes tenían retraso en su desarrollo psicomotor, esto además de evidenciarse, que los niños también tenían hipotonía, y les era difícil el control postural de su columna; sin embargo con la aplicación del taller, el apoyo de las

madres y las terapias que se le brindaron a los niños, fueron de mucha ayuda para su mejoría, y a la culminación del mismo 19 niños (95%), llegó a tener una completa progresión a cuatro puntos, de acuerdo a su edad cronológica, mientras que 1 (5%) no tenía aun la edad suficiente para realizarlo de manera completa; además podemos observar en la misma tabla que al inicio del programa, solo 3 niños (15%), podía lograr la progresión de quedarse parado de acuerdo a su edad, según las valoraciones, normalmente un niño menor de tres meses inmediatamente atiesa sus piernas en extensión, a esto se le llama “soporte positivo” y si el niño está entre los 3.5 y 4.5 meses, las piernas tienden a derrumbarse, a esto se le conoce como “astasia”, mientras que el niño de 5 meses puede apoyar su peso, un poco con las piernas encorvadas, a los 10 meses puede estar de pie con ayuda de una superficie a favor con el tronco hacia adelante y las caderas ligeramente flexionadas, y el niño de 12 meses puede pararse por períodos mayores a 30 segundos; y de acuerdo a estos parámetros a la evaluación de los niños al iniciar el taller, 17 niños (85%) no presentaban las actividades de acuerdo a su edad, por lo que presentaban retraso en su desarrollo psicomotor, sin embargo, a la culminación del taller, 11 niños (55%) llegaron a presentar de forma completa las actividades de acuerdo a su edad, mientras que 9 (45%) niños, aun no lo presentaban de forma completa, pues como cabe mencionar, había que trabajar bastante en la tonicidad de los músculos de los niños.

A partir de la tabla N°09, pasamos a observar la evaluación motora de los niños que participaron del taller; cabe resaltar que la actividad ponerse de pie a partir de una posición supina, aparece en los niños alrededor de los 10 meses y medio, donde el niño rueda hacia su estómago, gatea por encima de un objeto

de apoyo y tira hacia arriba hasta quedar de pie, lo cual indica que al inicio del taller 8 de los niños eran menores de 9 meses de edad por lo que no presentaban esta actividad, mientras que de los restantes solo 1 niño, logró realizar esta actividad de manera completa, lo cual indica que los niños restantes, presentaba un retraso en su desarrollo, sin embargo, a la culminación del taller 10 (50%) de los niños lograron realizar de manera completa la actividad, mientras que 8 (40%), aún están en una edad menor a los 11 meses, por tanto 2 (10%) aun presentan retraso en su desarrollo psicomotor; así mismo a la evaluación de la locomoción, de acuerdo a su edad, el niño de 1 a 3 meses de edad puede apoyar su propio peso mientras está de pie, e intenta producir un caminado automático por un cambio de peso del cuerpo y una inclinación de una pierna hacia adelante y luego la otra, a partir de los 4 meses el niño puede rodar desde el estómago hacia atrás; a los 5 meses de atrás hacia el estómago; el niño de 9 meses gatea usando manos y rodillas para la locomoción, el niño de 10 meses normalmente tiende a estar de pie y cruzar (caminando) a una superficie además de gatear y un niños de aproximadamente 13 meses de edad empieza a caminar con las manos al nivel de hombro para el equilibrio y protección al caer; de acuerdo a los parámetros, según las edades al inicio del programa solo 3 niños (15%), realizaron las actividades acorde a su edad, mientras que el resto 17 (85%) niños, no lo realizaba de manera completa y presentaba retraso en su desarrollo psicomotor; de los cuales al culminar el programa, 15 niños (75%) llegaron a realizar de manera completa las actividades de acuerdo a su edad, mientras que 5 (25%) de los niños, aun presentaba retraso en su desarrollo psicomotor.

En la tabla N°10; podemos observar que en la evaluación que se aplicó a los niños, al inicio del programa, en el reflejo de agarre de mano; solo 3 niños (15%) presentaron el reflejo de la presión tónica de la mano, reflejo que es comprendido normalmente a la edad de 0 a 4 meses y medio, donde solo había un niño que comprendía esa edad, por lo que a los otros niños, no les correspondía realizar ese reflejo, sin embargo a la culminación del programa, no hubo ningún niño que presentó ese reflejo; así mismo podemos observar el reflejo plantar que normalmente está comprendido entre los 0 a 10 meses de edad, por lo que se observa que al inicio del programa solo 14 (70%) de los niños lo presentaron, mientras que 6 (30%) de los niños no lo realizaron, de acuerdo a su edad, de tal manera que a la culminación del programa solo 7 (35%) presentaron este reflejo, de acuerdo a su edad cronológica; así mismo se puede evidenciar en la misma tabla, que tanto al momento de iniciar como al momento de culminar el taller, ningún niño presentó el reflejo de moro, el cual está presente hasta los 4 meses de edad, de igual manera que con el reflejo Tónico cervical Asimétrico que se da entre los 1 a 4 meses de edad; en cuanto al reflejo Tónico cervical Simétrico que está comprendido entre los 6 y 8 meses de edad, al inicio del programa ningún niño lo presentó, y al culminar el taller igual manera, pues no estaban dentro de su rango de edad; sin embargo el reflejo de Landau, al inicio del taller, solo 1 (5%) de niños, presentó ese reflejo, mientras que 19 (95%) no presentaron, de los cuales solo 1 niño no le correspondía según su edad, por lo tanto 18 (90%) de los niños, que debían presentar este reflejo, se encontraba ausente, sin embargo, a la culminación del programa, todos los 20 niños (100%), llegaron a presentar el reflejo de Landau.

En la tabla N°11, se van a observar las reacciones de enderezamiento, según su edad cronológica de los niños, como por ejemplo se puede evidenciar en la reacción de enderezamiento de cabeza que aparece alrededor de los 3 meses de edad, al inicio del programa solo 6 niños (30%), presento esta reacción, completa, pues la reacción es considerada completa, si se observa en la 4 direcciones en un ángulo de 45° aproximadamente; de tal manera que 14 (70%) de los niños, no la presento de manera completa, por lo que se les considera un retraso en su desarrollo; sin embargo al finalizar el programa todos los niños, presentaron un control de enderezamiento de cabeza completo; así mismo la desrotativa de cuerpo en supino, que aparece alrededor de los 4 meses y medio, al inicio del programa solo 6 de los niños (30%), presentaron desrotativa de cuerpo en supino, ya que solo es considerada completa, si el cuerpo del niño rota a la parte superior mientras roda a una posición prona con apoyo de los codos y es incompleta cuando la respuesta se ve con un movimiento de torsión del tronco por parte del examinador, lo cual indica que 14 (70%) de los niños, no presentó la respuesta completa, de los cuales solo uno no estaba en su edad cronológica de realizarlo, por lo tanto 13 niños presentaban un retraso psicomotor; sin embargo al finalizar el programa, los 20 niños, llegaron a realizar la desrotativa de cuerpo en supino; además también se puede observar en la misma tabla que al inicio del programa solo 3 (15%) de los niños, realizaron rotación de cuerpo en sedente; mientras que los 17 (85%) de los niños no lo realizaron, de los cuales solo 8 (40%) no estaba de acuerdo a su edad realizarlo, por lo tanto los demás 9 (45%) presentan un retraso en su desarrollo psicomotor; ya que la rotación de cuerpo en sedente es vista a los 9 meses de edad, cuando el niño hace una rotación externa, luego

de colocársele en posición sentado; sin embargo al culminar el taller 15 (75%) de los niños llegaron a realizar la maniobra completa, mientras que el 5 (25%) no lo logró debido a que aún no le correspondía según su edad cronológica.

En la tabla N°12, se observan las reacciones de paracaídas, donde la reacción de paracaídas adelante, es observada en los niños a partir de los 8 meses y medio, donde al inicio del programa solo 12 niños eran mayores de 9 meses, de los cuales solo 2 (10%) de los niños evaluados, presentaron esta reacción completa, donde 10 (50%) de los niños presento un retraso psicomotor, y 8 (40%) de los niños, no les correspondía según su edad cronológica; sin embargo al culminar el programa 19 (95%) de los niños, lograron desarrollar su reacción de paracaídas hacia adelantes, mientras 1 (5%) aun no le correspondía según su edad cronológica; así mismo se pudo constatar que al iniciar el programa solo 4 de los niños (20%), tuvo una respuesta completa, de paracaídas de miembros inferiores, que es una reacción presente alrededor de los 4 meses de edad, mientras que 16 (80%) no lo realizaron; donde solo 1 (5%) niño, es menor de 4 meses y ne le corresponde realizar dicha actividad, por lo tanto los 15 restantes tienen retraso en su desarrollo; sin embargo al culminar el programa, todos los 20 niños (100%), realizaron de forma completa dicha actividad; así mismo al iniciar el programa, al evaluar las defensivas hacia atrás de los niños, ningún, niño presentó dichas defensivas de los cuales 8 (40%) eran niños menores de 9 meses por lo cual, no les correspondía realizarlo según su edad cronológica, puesto que las defensivas hacia atrás aparecen alrededor de los 9 meses y medio, pero los 12 (60%) de los niños restantes, eran mayores de 9 meses, por lo que se les considera que tienen un retraso psicomotor; pero a la culminación del taller; 14 de los niños (70%),

llegaron a realizar las defensivas hacia atrás, mientras que 6 (30%) de los niños, no lo llegaron a realizar de forma completa, algunos, porque aún no les correspondía según su edad cronológica; en la misma tabla se puede observar que al inicio del programa, solo 3 niños (15%), realizaron de forma completa las defensivas de costado, mientras que 17 (85%), no lo realizó, de los cuales 8 (40%) de los niños, no estaban en edad de realizarlo, pues las defensivas de costado, se puede observar una respuesta completa alrededor de los 8 meses de edad; por lo tanto 9 (45%) de los niños presentaban retraso en su desarrollo; sin embargo al culminar el programa 19 (95%) de los niños, lograron realizar las defensivas de costado, y solo 1 (5%) no lo realizó, debido a que era un niño menor de 7 meses, y aún no le correspondía realizar dicha actividad.

En la tabla N°13 se observan las evaluaciones de las reacciones de equilibrio, antes de iniciar el programa, como a la culminación del mismo; por lo cual podemos observar en cuanto al equilibrio en decúbito prono, que al iniciar el programa, solo 6 (30%) de los niños, realizaron de forma completa una reacción en decúbito prono, mientras los 14 (70%) restantes, no lo realizaron, de tal manera que solo a uno no le correspondía realizarlo, pues tenía una edad menor a 4 meses, mientras que los 13 (65%) restantes, se les considera con retraso en su desarrollo, pues el equilibrio en decúbito prono, se manifiesta alrededor de los 5 meses de edad; sin embargo al culminar el programa, en la misma tabla podemos observar que los 20 niños, que participaron del taller, llegaron a presentar de manera completa equilibrio en decúbito prono; así mismo al inicio del taller al evaluar a los niños el equilibrio en cuatro puntos, se puede observar en la tabla N°13, que ningún niño realizó dicho equilibrio, de los cuales 10 niños eran menores de 10 meses, por lo cual era normal que no

realizaran esta actividad, de acuerdo con su edad cronológica, ya que una respuesta de equilibrio en cuatro puntos se observa alrededor de los 10 meses y medio, por lo tanto 10 (50%) de los niños, se les considera que tienen retraso en su desarrollo psicomotor; sin embargo a la culminación del programa, de los 20 niños que participaron 11 (55%) niños, llegaron a realizar equilibrio en cuatro puntos, mientras que de los 9 (45%) restantes, 8 (40%) de los niños, eran menor de 11 meses, por lo tanto solo 1 (5%) de los niños, aún presentaban retraso en su desarrollo; de igual manera al evaluar el equilibrio de pie al inicio del programa, ningún niño realizó dicha actividad; puesto que todos los niños eran menores de 1 año, y dicha actividad se presenta alrededor de los 12 meses y medio, por lo que al culminar el programa 12 (60%) de los niños, tenían una edad comprendida entre los 12 y 15 meses, de los cuales solo 7 (35%) de los niños, realizaron equilibrio de pie en forma completa, mientras que los restantes aun lo hacían de forma incompleta, y los otros 8 niños (40%), no tenían la edad suficiente para realizar dicho equilibrio; de tal manera se pudo observar también, en la misma tabla, que al inicio del programa al evaluar el equilibrio en supino, solo 11 de los niños (55%), lograron realizar equilibrio en supino, debido a que 8 (40%) de los niños no tenían la edad para realizarlo, pues este se presenta alrededor de los 8 meses, por lo cual solo 1 (5%) niño, no lo realizó, al cual se le denotó que tenía retraso en su desarrollo psicomotor, sin embargo a la culminación del programa 19 (95%) de los niños, lograron realizar el equilibrio en supino, y solo 1 (5%) no lo realizó, no por retraso en su desarrollo, sino porque aún no presentaba la edad suficiente para realizarlo; y para finalizar podemos observar en la misma tabla que al inicio del programa, al hacer la evaluación de equilibrio en sedente, solo 3

niños (15%) presentaron dicho equilibrio, mientras que 17 (85%) no lo hicieron, de los cuales a 8 (40%) de los niños, no les correspondía hacerlo, pues eran menor de 8 meses, y este equilibrio, se ve una respuesta completa alrededor de los 8 meses y debe incluir el encorvamiento de la espalda con la concavidad del tronco hacia el lado levantado, la abducción del brazo superior y la pierna y rotación de la cabeza y tronco hacia el lado levantado; por lo tanto 9 niños (45%) estaban considerados que tenían retraso en su desarrollo psicomotor; son embargo a la culminación del programa, 19 (95%) de los niños, lograron realizar el equilibrio en sedente de manera completa, mientras que de los 1 (5%) niños que no lo llegaron a realizar pues aun no tenía la edad suficiente para realizarlo.

Como se pudo constatar, al comparar los resultados obtenidos entre el inicio y la finalización del programa, no todas las respuesta en todas las variables fueron alcanzadas de forma completa, dado que habían niños que eran muy hipotónicos y había que trabajar más que otros, y no todos los niños tenían el mismo retraso del desarrollo psicomotor, pero si se logró que todos los bebés reaccionaran favorablemente ante los estímulos ofrecidos, y que el personal de salud se involucrara más, en la evolución del desarrollo psicomotor que deben seguir los niños, que asisten a ser atendidos en el establecimiento de salud de Huangala.

Por lo tanto a la culminación del programa, 15 (75%) de los niños, lograron normalizar su desarrollo Psicomotor, dando una respuesta completa en todas las 27 conductas motoras evaluadas, mientras los otro 5 (25%) presentaron una respuesta incompleta en al menos aún 7 conductas motoras, por lo que aún deben seguir en tratamiento.

CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES

Al finalizar el presente estudio se puede concluir:

Se implementó un programa de estimulación temprana y terapia física en una población infantil que no estaba siendo atendida adecuadamente en el establecimiento de Salud Huangala, pues dicho establecimiento no cuenta con este servicio, logrando así ser un establecimiento de salud rural que brinde asistencia sin necesidad de desplazarse a la ciudad de Sullana, lo que se desea lograr es brindar una atención oportuna desde el momento del nacimiento y no a edades tardías del desarrollo del niño.

Se logró el abordaje de niños o niñas en edad más temprana de su desarrollo, gracias al apoyo de las enfermeras que realizan el control de niño.

Se abordó al niño y su familia desde una perspectiva integral en aspectos no solamente motores, sino además cognitivos, sensitivos y sociales. Asimismo se diseñó un plan en la atención a los niños con problemas en el desarrollo psicomotor para la familia, que les enseña las técnicas de estimulación para realizar en el hogar.

El éxito del programa se basa en la educación hacia las madres y de cómo éstos intervienen en el hogar aplicándole al niño o la niña todo lo aprendido en el programa a través de las charlas y la puesta en práctica de las técnicas, no existe un instrumento que mida los logros alcanzados de forma cualitativa, pero ésta se refleja en la evolución que motoramente presentaron los bebés.

Se logró disminuir la incidencia de los bebés con problemas de retraso en su desarrollo psicomotor que nunca habían recibido terapia física y estimulación temprana, muchos de ellos iniciaron su tratamiento en edades tardías de su desarrollo, lo que se pretende lograr es que el número de niños que inician el programa sea alrededor del primer o segundo mes y no posterior a los ocho meses, pues los beneficios que trae un abordaje fisioterapéutico en edades tempranas son más que conocidos, basados en objetivos funcionales y adaptativos, incluyendo al paciente y a la familia.

CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES

Realizar un programa de mayor duración, en lugar de tres meses sea de 6 meses a más, para un mejor abordaje de la población y mayor desarrollo de las habilidades del desarrollo psicomotor de los niños.

Determinar la importancia de implementar un taller de Servicio de Fisioterapia y estimulación temprana en el Establecimiento de Salud de Huangala: para mejorar el desarrollo psicomotor de los niños y niñas que pertenecen a este pueblo y se atienden en este establecimiento de salud.

Habilitar un área propia para la estimulación temprana con material acorde a las necesidades pues, aun no se cuenta con un área específica, las sesiones se han realizado en un pequeño ambiente del establecimiento de salud, que es el área de enfermería y con escasez de material de trabajo.

Identificar el número de pacientes que presentan diagnóstico de retraso del desarrollo psicomotor y lactantes que asisten al establecimiento de salud Huangala.

Aplicar el taller de fisioterapia y estimulación temprana a los pacientes con diagnóstico de retraso de desarrollo psicomotor y lactantes en el establecimiento de salud Huangala.

Evaluar la evolución del desarrollo psicomotor de los niños que asisten al taller de fisioterapia y estimulación temprana en el establecimiento de salud Huangala.

Verificar la eficacia del tratamiento en los niños que recibieron fisioterapia y estimulación temprana en el establecimiento de salud Huangala.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ Garza Mata, Jessica Patricia (2014) tesis para obtener el grado de maestro en ciencias de la educación, titulado “EL IMPACTO DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN LA PRIMERA INFANCIA: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE AMBIENTE ESCOLARIZADO Y AMBIENTE HOGAR” en la Universidad de Monterrey (México).
- ✓ Fernández Mesa, Adriana (2008) de la Universidad Veracruzana de Xalapa (México); tesis titulado “TALLER DE CAPACITACIÓN SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA A PADRES DE NIÑOS DE 0 A 6 MESES, Naolinco, Veracruz.
- ✓ Maldonado Gonzalez, Monica Cecilia; Oliva Pozuelos, Ana Gabriela (2008) de la Universidad de San Carlos de Guatemala, tesis para optar el grado académico de Técnicas Universitarias con título de Profesoras en Educación Especial; cuyo título fue “LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA PARA EL DESARROLLO AFECTIVO, COGNITIVO Y PSICOMOTRIZ EN NIÑOS Y NIÑAS SÍNDROME DE DOWN DE 0-6 AÑOS” .
- ✓ Ms.C. Moreno Mora, Roberto (2011), tesis para optar el grado de Doctor en Ciencias Médicas titulado “EFICACIA DE UN PROGRAMA COMUNITARIO DE ATENCIÓN TEMPRANA DEL NEURODESARROLLO EN EL MUNICIPIO HABANA VIEJA. 1998 – 2008” en la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana – Cuba.
- ✓ Sánchez More, Brenda Viviana (2013); tesis para obtener su título de Licenciada en Educación Física y Deportes titulado “Propuesta metodológica de ejercicios sensoriales y motores para la clase de educación física del jardín infantil “Mis Chiquillos Contentos” del ICBF de la comuna 11 de Cali.(Colombia).
- ✓ Martínez Muñoz, Constanza; Urdangarin Mahn Daniela (2005), tesis para obtener el título de licenciada en Kinesiología, titulado “Evaluación del Desarrollo Psicomotor de niños institucionalizados menores de un año mediante tres herramientas distintas de evaluación”.(Chile).
- ✓ Neira Fernández, Diana Raquel; Jiménez Ávila, Jessie Alexandra (2010), tesis para obtener el título de licenciada en Estimulación Temprana en salud, titulado “Prevalencia de los retrasos del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niñas de cero a cinco años de edad que asisten a los centro de desarrollo infantil INFA-Cuenca, enero , junio de 2009”.(Ecuador).

- ✓ Valarezo Valdez, María del Pilar (2012), tesis para obtener el título de licenciada en Ciencias de la Educación Mención Psicología Infantil y Educación Parvularia, titulado “EL JUEGO COMO ESTRATEGIA METODOLÓGICA Y SU INCIDENCIA EN EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DEL PRIMER AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA, DEL CENTRO EDUCATIVO LAURO DAMERVAL AYORA N° 1 DEL CANTÓN LOJA, PROVINCIA DE LOJA; PERIODO 2011-2012”(Ecuador).
- ✓ Mendoza eskola, Gladys Esther; Minga Minga, Catalina Elizabeth; Machado de la Rosa, Gabriel Eduardo (2005), tesis para obtener el título de Doctor en Medicina y Cirujía titulado “Impacto del estado nutricional infantil sobre el desarrollo psicomotor: estudio en el centro de salud N° 2 Bellavista del cantón Cuenca, 2004”(Ecuador).
- ✓ Encalada Ludeña, Dayana Lisseth (2013), tesis para optar el grado de Lic. En Ciencias de la Educación, mención en Psicología Infantil y Educación Parvularia titulado “LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA Y SU INCIDENCIA EN EL APRENDIZAJE DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE PRIMER AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA ESCUELA “SAN TARSICIO” DEL CANTÓN MACARÁ, PERIODO LECTIVO 2012-2013”.
- ✓ Aguado Fabian, Enma Flor (2008), tesis para optar el título de Licenciada en enfermería, titulado “Relación entre el nivel de conocimiento de las madres acerca de las pautas de estimulación temprana y el grado de desarrollo psicomotor del lactante del centro de salud Max Arias Shreiber 2007”; (Perú).
- ✓ Bustamante Parraguez, María José (2014), tesis para optar el título de licenciado en enfermería, titulado “Convirtiendo su potencial en una realidad: experiencias de madres que participan en talleres de estimulación temprana, Chiclayo, 2012”.
- ✓ Charaja Zapana Estefany; Coaquira Tintaya Danitza Tessy (2014) tesis para optar el título de Licenciada en enfermería, denominado “ Estimulación temprana y su efectividad en el desarrollo psicomotor de niñas y niños de 7 a 12 meses, centro de salud Chucuito, Puno – 2014”.
- ✓ Silva Olivares, Jenny Karen (2003), tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería, titulado “Nivel de conocimiento que tienen las púerperas sobre el crecimiento y desarrollo de sus niños en el Centro Materno – Infantil y emergencias Tablada de Lurín, Lima – Perú 2003”.

- ✓ Vela Pareja, Clesi Yris (2007); tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería titulado “efectividad de la consejería de enfermería sobre estimulación temprana en madres primerizas con lactantes de 0-6 meses del centro de salud Mi Perú, Ventanilla”.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

- ✓ <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1296>
- ✓ http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/384/1/TL_Bustamante_Parraguez_MariaJose.pdf
- ✓ <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/18893>
- ✓ https://www.researchgate.net/profile/Alicia_Bibiana_Orden/publication/256983990_Psychomotor_development_and_its_disorders_between_normal_and_pathological_development/links/5460ba4c0cf27487b4525ab2.pdf
- ✓ <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/psicomotricidad.pdf>
- ✓ <https://es.scribd.com/doc/22630811/ESTIMULACION-TEMPRANA>
- ✓ [file:///C:/Users/cesar/Downloads/Dialnet-InfluenciaDeUnProgramaDeIntervencionPsicomotrizSob-2717068%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/cesar/Downloads/Dialnet-InfluenciaDeUnProgramaDeIntervencionPsicomotrizSob-2717068%20(1).pdf)
- ✓ https://issuu.com/xiomae/docs/test_neuroevolutivo_de_milani
- ✓ https://www.researchgate.net/profile/Pedro_Madrona/publication/28230812_Habilidades_motrices_en_la_infancia_y_su_desarrollo_desde_una_educacion_fisica_animada/links/00b7d51e7b5c15a1a7000000.pdf
- ✓ http://bibsrv.udem.edu.mx:8080/e-books/tesis/000044895_MED.pdf

ANEXOS

Matriz de consistencia

ANEXO 001

TITULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES	MARCO TEORICO	METODOLOGIA
<p>IMPLEMENTACIÓN DE UN TALLER DE FISIOTERAPIA Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA DIRIGIDO A PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR Y LACTANTES EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD HUANGALA – SULLANA. PERIODO 2016.</p>	<p>. PROBLEMA PRINCIPAL: ¿Cuán importante es implementar un taller de fisioterapia y estimulación temprana en el establecimiento de salud Huangala?</p> <p>. PROBLEMAS SECUNDARIOS: ¿De qué manera se puede identificar a los niños con diagnóstico de retraso del desarrollo psicomotor?</p> <p>¿Cómo, se podrá aplicar el taller de fisioterapia y estimulación temprana a los pacientes con diagnóstico de retraso del desarrollo psicomotor y lactantes en el establecimiento de salud Huangala?</p> <p>¿Con qué instrumentos podemos evaluar la evolución del desarrollo psicomotor de los pacientes que asisten al taller?</p> <p>¿Cómo se puede verificar la eficacia del tratamiento aplicado en los niños que asistirán al taller de fisioterapia y estimulación temprana en el establecimiento de salud de Huangala.?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL: Determinar la importancia de implementar un taller de fisioterapia y estimulación temprana para lograr un buen desarrollo psicomotor en los niños.</p> <p>OBJETIVOS SECUNDARIOS: Identificar el número de pacientes que presentan diagnóstico de retraso del desarrollo psicomotor y lactantes que asisten al establecimiento de salud Huangala. Aplicar el taller de fisioterapia y estimulación temprana a los pacientes con diagnóstico de retraso de desarrollo psicomotor y lactantes en el establecimiento de salud Huangala. Evaluar la evolución del desarrollo psicomotor de los niños que asisten al taller de fisioterapia y estimulación temprana en el establecimiento de salud Huangala mediante el test neuroevolutivo de Milani-Comparetti. Verificar la eficacia del tratamiento en los niños que recibieron fisioterapia y estimulación temprana en el establecimiento de salud Huangala.</p>	<p>Debido a la falta de un taller de fisioterapia y estimulación temprana en el establecimiento de salud Huangala, hay numerosos casos de niños con diagnóstico de retraso del desarrollo psicomotor.</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE: Pacientes con diagnóstico de retraso del desarrollo psicomotor y lactantes en el establecimiento de salud Huangala periodo 2016.</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE: Implementación de un taller de fisioterapia y estimulación temprana</p>	<p>- Área motora -Área perceptivo – cognitiva. -Área de lenguaje. - Área Social.</p> <p>- Evaluación. - Exploración Física.</p>	<p>1.-El desarrollo psicomotor es un fenómeno cualitativo que se expresa tanto en lo corporal como en lo cognitivo y emocional, además; es de ser la forma natural de ir adquiriendo habilidades durante la infancia.</p> <p>2.-Al referirnos al taller de fisioterapia y estimulación temprana, es la atención que recibe el niño en las primeras etapas de su vida, con el objetivo de desarrollar y potenciar al máximo sus posibilidades físicas, intelectuales y afectivas, mediante programas sistemáticos y secuenciales que abarcan, todas las áreas del desarrollo humano, sin forzar el curso lógico de la maduración.</p>	<p>TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN BÁSICA DESCRIPTIVA PROPOSITIVA DE CORTE TRANSVERSAL PROSPECTIVA.</p>

“AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU”

ENCUESTA

INSTRUCCIONES: A CONTINUACIÓN LEA DETENIDAMENTE, Y MARQUE CON UNA (X) SU RESPUESTA.

I. DATOS INFORMATIVOS:

1. Lugar de Nacimiento del niño: _____

2. Edad: _____

3. Estado civil:

Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado (a) Otro

4. Grado de instrucción:

Sin Estudio Primario Secundario Superior Otro

5. Situación Laboral:

¿Trabaja? Sí No

6. Ingreso mensual en casa (mensuales):

Menos de 500 soles.

Entre 500 y 999 soles.

Más de 1000 – 1999 soles.

De 2000 soles a más

7. Número de Hijos:

a). 1 b). 2 c). 3 d). 4 e). otros

II. TEMA PRINCIPAL:

8. ¿Tiene usted hijos menores de un año?

Sí No

9. ¿Ha recibido orientación por parte del personal de salud, acerca del desarrollo que debe seguir su niño(a)?

Sí No A veces

10. ¿Asiste usted con su hijo(a) a todos sus controles del puesto de salud?

Sí No A veces

11. ¿La enfermera le ha indicado que su hijo(a) debe realizar las actividades correspondientes a su edad, según su tarjeta de control?

Sí No A veces

12. ¿Cómo observa usted a su niño?

- a) Tranquilo
- b) Muy tranquilo
- c) Activo
- d) Muy activo

13. ¿El personal profesional del puesto de salud le ha indicado que su hijo(a) podría presentar problemas en su desarrollo?

Sí No

14. ¿sabe usted que significa la expresión retraso psicomotriz?

Sí No

15. ¿Su hijo(a), alguna vez ha recibido terapia física?

Sí No

16. ¿Cree usted que el establecimiento de salud Huangala, debería tener un área de terapia física y estimulación temprana?

Sí No

17. En el caso que el establecimiento de salud contara con un taller de fisioterapia y estimulación temprana ¿asistiría usted con su niño(a) a las sesiones y charlas dadas por el personal de salud?

Sí No A veces

18. ¿Considera usted que para prevenir el retraso psicomotriz en los niños, debe haber un taller de estimulación temprana para los niños?

Sí No

19. ¿Considera usted necesario que haya atención de terapia física en el establecimiento de salud?

Sí No

20. ¿Cuenta usted con los medios económicos para que su niño reciba un tratamiento de fisioterapia?

Sí No

21. ¿A qué instituciones u hospitales podría asistir su niño(a)?

Hospital de apoyo Sullana EsSalud

Puesto de Salud Huangala Particular Otros

ANEXO 03

TEST NEURO-EVOLUTIVO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR MILANI - COMPARETTI

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA TEST:

--	--	--

 REGISTRO N°: _____ FECHA DE NACIMIENTO:

--	--	--

 EDAD: _____

EDAD EN MESES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	15	18	21	24	
Enderezamiento supino	o			o		o	o	o									
Agarre de mano																	
Agarre de pie																	
Equilibrio supino																	
Maniobra de tracción	o			o		o	o										
Ajuste postural al sentado	o			L3		o	o										
Equilibrio sentado																	
Paracaídas de costado																	
Paracaídas hacia atrás																	
Cabeza en la vertical																	
Enderezamiento de la cabeza																	
Paracaídas de M. inferior																	
Bipedestación	Apoyo positivo		Astasia		Apoyo débil					Con flexión							
Equilibrio de pie																	
Locomoción	M. Automática			Rolido P-S		Rolido S-P	GI gátes		Gates	Cruza con apoyo		Cambiar Alta Media	Movs. recip no guardia				
Landau																	
Paracaídas hacia adelante																	
Enderezamiento del Cuerpo - Prono																	
Equilibrio en Prono																	
Progresión a cuatro puntos				Codos		Manos		4 puntos	Rodillas			Plantigrado	Pararse sin apoy.				
Equilibrio en cuatro puntos																	
T.C Simétrico																	
Desrotativa de Cuerpo - Supino																	
Pararse desde Supino										Con apoyo		Sin apoyo					
Rotación de Cuerpo - Sentado									Hacia fuera	Hacia dentro							
T.C Asimétrico																	
Moro																	
Meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	15	18	21	24	

PUESTO DE SALUD HUANGALA



