



**UAP** | **UNIVERSIDAD  
ALAS PERUANAS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ESTIMULACION  
TEMPRANA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO CON  
SINDROME DE DOWN DE LA I.E.I SAN JOSE – CERCADO DE  
LIMA - 2012”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN  
ENFERMERIA**

**BACHILLER: FLORES PERALTA, LISSETTE ISABEL**

**LIMA - PERÚ  
2016**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ESTIMULACION  
TEMPRANA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO CON  
SINDROME DE DOWN DE LA I.E.I SAN JOSE – CERCADO DE  
LIMA - 2012”**

## **DEDICATORIA**

A mis dos madres: Miriam Peralta Ramos y Isabel Ramos Liza, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor incondicional.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios creador del Universo y dueño de mi vida que me permite construir otros mundos mentales posibles.

A mi madre, Miriam Nancy Peralta Ramos por el apoyo incondicional que me dio a lo largo de la carrera. Gracias por tu paciencia.

A mi abuelita, Isabel Leonor Ramos Liza por haber estado en los momentos cuando más necesitaba de una amiga.

A mi abuelito, Cástulo Peralta Soriano que me enseñaste el valor y toda la fuerza en un solo abrazo, y que desde el cielo siempre me guías por el buen camino.

## RESUMEN

El objetivo del estudio fue establecer el nivel de conocimiento sobre estimulación temprana en madres con niños menores de un año con síndrome de Down. Fue un estudio de tipo cuantitativo de nivel descriptivo y de corte transversal. La muestra fueron 30 madres con niños menores de un año que padecen síndrome de Down. Entre sus principales conclusiones tenemos:

El conocimiento de las madres acerca de estimulación temprana en niños menores de un año con síndrome de Down, es de nivel medio con tendencia de ser alto. Haciendo posible considerar que con un mejor soporte educativo puede cambiar de ser medio a un nivel alto. El nivel de conocimiento que tienen las madres respecto a generalidades definición, Importancia, recursos que utiliza, momento en que se realiza, reconocimiento de las áreas de desarrollo, es de medio a alto, lo cual es favorable para desarrollar las potencialidades del niño. El nivel de conocimiento de las madres sobre estimulación temprana en el área de motora es de nivel medio lo cual no permitirá una manera adecuada de comunicación y expresión de sentimientos y deseos del niño poniendo en riesgo su socialización. El nivel de conocimiento de las madres sobre estimulación temprana en el área de lenguaje es medio, lo cual no permitirá que niño vaya aprendiendo a coordinar lo que ve con lo que hace, lo que oye con lo que ve.

El nivel de conocimiento de las madres sobre estimulación temprana en el área de social es medio, lo que permite desarrollar conductas específicas, que reflejan la interacción con la maduración psico-afectiva.

**Palabras Claves.** Estimulación Temprana y Síndrome de Down

## **ABSTRAC**

It was a study whose objective was to establish the level of knowledge about early stimulation mothers with children under one year old with Down syndrome. It was a quantitative study of descriptive and cross-sectional level. The sample consisted of 30 mothers with children under one year who have Down. Entre syndrome main conclusions are:

The knowledge of mothers about early stimulation in children under one year old with Down syndrome, is mid-level tend to be high. Making it possible to consider that with better educational support can change from being average to a level high. The level of awareness of mothers regarding general definition, importance, resources used, when it is performed, recognition of development areas it is medium to high, which is favorable to develop the child's potential. The level of knowledge of mothers on early stimulation in the motor area is medium level which does not allow a proper way of communication and expression of feelings and wishes of the child endangering their socialization. The level of knowledge of mothers on early learning in the language area is medium, which does not allow child learns to coordinate what you see with what you do, what you hear with what you see.

The level of knowledge of mothers on early learning in the social area is medium, which allows to develop specific behaviors, reflecting the interaction with the psycho-affective maturity.

**Keywords.** Early stimulation and Down Syndrome

## INDICE

Pág.

### DEDICATORIA

### AGRADECIMIENTO

### RESUMEN

i

### ABSTRAC

ii

### ÍNDICE

iii

### INTRODUCCIÓN

v

## CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	5
1.3. Objetivos de la investigación	
1.3.1. Objetivo general	6
1.3.2. Objetivos específicos	6
1.4. Justificación del estudio	7
1.5. Limitaciones de la investigación	8

## CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio	10
2.2. Base teórica	13
2.3. Definición de términos	61
2.4. Hipótesis	64
2.5. Variables	
2.5.1. Definición conceptual de la variable	64
2.5.2. Definición operacional de la variable	64
2.5.3. Operacionalización de la variable	66

## CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1. Tipo y nivel de investigación	67
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	68

3.3. Población y muestra	68
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	69
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	69
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	69
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	<b>73</b>
<b>CAPÍTULO V: DISCUSION</b>	<b>85</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>86</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>87</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>88</b>
<b>ANEXOS</b>	
Matriz	
Instrumento	

## INTRODUCCIÓN

Abordar la problemática de la Estimulación Temprana desde la perspectiva sociocultural y sicosocial en niños con Síndrome de Down es brindarle herramientas adecuadas a su edad que le permitan ir superando desafíos y, al mismo tiempo, le generen deseos de explorar el mundo cada vez más.

Durante los primeros meses de vida, la estimulación más importante es la que naturalmente y, casi instintivamente, le proporciona la mamá. Pero a medida que los chicos crecen y las mamás se incorporan a sus tareas habituales, se reduce el tiempo de contacto con su bebé. Por otra parte, expectativas que vienen desde la sociedad, generan cierta angustia en los padres por saber si están estimulando adecuadamente a su hijo.

En los últimos años se fueron sumando más instituciones y recursos (objetos, juguetes, discos y videos) que, teniendo en cuenta las etapas evolutivas del niño, ofrecen diferentes estímulos para el desarrollo y brindan apoyo a los padres en esta etapa fundamental de la crianza.

La estimulación temprana surgió como un recurso terapéutico-educativo que ayuda a los niños de 0 a 5 años con problemas en su desarrollo a alcanzar ciertos objetivos que no alcanzaría por sus propios medios. Graciela Villa santa, directora del Centro de Atención Terapéutica Dra. Laretta Bender, la describe como “un recurso ubicado entre salud y educación que permite ofrecer al paciente y a su familia la posibilidad de actuar tempranamente sobre las carencias o desviaciones del desarrollo”.

La presente investigación para fines de estudio contiene

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos.

Capítulo IV: En él se hace mención a los resultados obtenidos después de procesar los datos.

Capítulo V: En él se realiza la discusión de los resultados obtenidos terminando con la presentación de las referencias bibliográficas y anexos.

## **CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En los últimos años se ha evidenciado una significativa progresión tanto de naturaleza conceptual como práctica de la estimulación temprana. Este proceso de reflexión y profundización sobre el tema pudiera estar dado por el sin número de programas que se han ido implementando para intervenir, para prevenir minusvalías y aquellos gestados a partir de estudios y prácticas psico-socioculturales, lo que ha permitido aportar nuevos elementos a la definición y al desarrollo práctico de la misma, como son aquellos dirigidos a la familia, a grupos específicos, ejemplo a los niños con Síndrome de Down y a contextos comunitarios concretos.

Es necesario tener en cuenta que, hoy en día, el niño pequeño con Síndrome de Down debe ser un participante activo de un programa de estimulación temprana, o de un sistema de acciones basado en estos programas, cuando tenga cinco años será ya un alumno en una escuela primaria para niños con necesidades educativas especiales. De ahí se desprende la importancia que se le concede al sistema de acciones

propuesto, desde la perspectiva sociocultural. Esta propuesta se sustenta en el valor sociocultural, de la Educación Especial.

Su valor social está dado por la posibilidad de dar una respuesta a las familias necesitadas de orientación y asesoramiento y satisfacer sus necesidades en correspondencia con la presente investigación social; donde todo niño tiene derecho a la educación, y el valor cultural de ofrecer sugerencias, acciones y actividades de orientación para la intervención desde la perspectiva sociocultural de la Estimulación Temprana, en el contexto del sistema de acciones que puede ser válido para otras modalidades de atención.

La estimulación temprana de niños con necesidades educativas especiales en Cuba se aborda en la actualidad como una prioridad desde los ámbitos de Salud, Educación y los Servicios Sociales. Desde estas áreas se detectan y se tratan las situaciones especiales a través de diferentes mecanismos, fórmulas de apoyo y estimulación incluyendo a las familias; con el fin de favorecer la mayor comprensión de las alteraciones o deficiencias que presentan sus hijos y satisfacer sus necesidades lo más tempranamente posible.<sup>1</sup>

La motivación o estimulación no es un tema reciente en el mundo, desde hace muchos años científicos, filósofos y psicólogos han propuesto un concepto o teoría de este tema. Una de las primeras personas que plante un juicio acerca de este contenido es Aristóteles en el siglo IV ac: el cual afirma que la motivación es provocada por el agrado, es decir que alguna acción que realicemos debe agradarnos o provocarnos felicidad. <sup>(2)</sup>

Más recientemente psicólogos del mundo han propuesto sus teorías de motivación, basadas en otras investigaciones que describen el desarrollo humano; una de las más aceptadas es la teoría de las necesidades de Abraham Maslow, que alega que la motivación es provocada por una necesidad básica del individuo. <sup>(3)</sup>

Sin embargo, hoy en día la motivación es el estímulo que provoca que una persona actúe de determinada manera, es el impulso y el empeño para lograr una meta o fin. La motivación es esencial para realizar nuestras actividades diarias; todas las acciones que realizamos tienen una fuente estimulante. Todos los niños del mundo están motivados desde que nacen para aprender, al momento de caminar, comer; van adquiriendo conocimientos a través de los seres que los rodean del comportamiento característico del hombre.<sup>(3)</sup>

Cuando el niño disminuye su motivación por aprender es que no está preparado para las situaciones a las que enfrenta. Debido a que la motivación se presenta a través de una necesidad, los niños en etapa preescolar precisan de un constante aprendizaje de cosas diferentes para adquirir nuevas aptitudes o perfeccionar las que posee y así obtener un mejor desenvolvimiento en el ambiente donde se desarrolla.

Los niños son diferentes unos de otros, por lo tanto su capacidad para aprender no es igual a la de sus compañeros; muchas veces el aprendizaje puede dificultarse si el niño no está biológicamente preparado. El aprendizaje va a depender del desarrollo cognitivo de cada individuo, de igual manera para progresar en el conocimiento de sus aptitudes y emociones.<sup>(4)</sup>

Según la teoría de Jean Piaget sobre el desarrollo cognitivo, la evolución individual se divide en cuatro etapas, desde los 0 a los 2 años es una etapa sensomotora donde se estimula al niño a través de sus sentidos y la etapa pre operacional de los 2 a los 7 años donde el aprendizaje se basa principalmente en la imitación de conductas, gradúa su capacidad de pensar simbólicamente y desarrolla el lenguaje hablado.

Los niños en las etapas sensomotora y pre operacional aprenden mediante los procesos de ensayo y error, imitación o comprensión inteligente según nivel donde se encuentre. Aunque los niños se

encuentran naturalmente motivados para aprender, este estímulo solo es producido por cosas que atraigan su atención.

El aprendizaje debe despertar interés en el niño, al usar objetos que estimulen sus sentidos y aumenten su curiosidad durante la enseñanza, se podrá apreciar un momento en el aprendizaje. Los niños se sienten motivados a aprender cosas que practiquen con regularidad, que le sirvan en su vida diaria y complementen su desarrollo como individuo.

Para que se origine un óptimo aprendizaje debe existir la motivación, algunos casos está presente; pero no de la manera correcta o se ve disminuida porque los resultados no satisfacen las necesidades de los estudiantes. Los niños que presentan una motivación interna tiene dificultad en su aprendizaje, tienen la influencia negativa de ciertos aspectos como las bajas calificaciones y una deficiente educación; que lo desmotivan.

También existen alumnos motivados negativamente por factores externos como amenazas o castigos de las personas que lo rodean, que provocan un deficiente aprendizaje; esto es debido a que solo estudian para pasar la materia y no recibir sanciones. De igual manera existen otros casos donde la motivación negativa satisface una necesidad física, que no está involucrada con el aprendizaje.

Cuando se estimula los niños a estudiar para obtener buenas calificaciones en las asignaciones escolares a cambio de algo que deseen; como el video juego o la muñeca de moda; no se satisface la necesidad de aprender para adquirir nuevas aptitudes y destrezas, sino una necesidad física o mental de placer.

Ambas motivaciones tiene una atribución incorrecta en la enseñanza del niño, porque si un niño no está estimulado para aprender por si mismo,

porque lo desea es importante para él, el aprendizaje es inefectivo p los resultados son inesperados. <sup>(5)</sup>

En conclusión, los niños presentan disminución en su motivación porque no poseen o piensan que no tienen las habilidades para realizar actividades asignadas en la escuela. Esto origina dificultades en el aprendizaje, logrando que pierdan el interés por el estudio y las asignaciones escolares.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1 Problema General**

¿Cuál es nivel de Conocimiento sobre estimulación temprana en madres con niños menores de 1 año con Síndrome Down de la I.E.I “San José” – Cercado de Lima - 2012?

### **1.2.2 Problemas Específicos**

- ¿Cuál es nivel de Conocimiento sobre estimulación temprana en el área motora de madres con niños menores de 1 año con Síndrome Down de la I.E.I “San José” – Cercado de Lima - 2012?
- ¿Cuál es nivel de Conocimiento sobre estimulación temprana en el área verbal de madres con niños menores de 1 año con Síndrome Down de la I.E.I “San José” – Cercado de Lima - 2012?
- ¿Cuál es nivel de Conocimiento sobre estimulación temprana en el área social de madres con niños menores

de 1 año con Síndrome Down de la I.E.I “San José” –  
Cercado de Lima – 2012?

### **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1 Objetivo General**

Determinar el nivel de Conocimiento sobre estimulación temprana en madres con niños menores de 1 año con Síndrome Down de la I.E.I “San José” – Cercado de Lima – 2012

#### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- Reconocer el nivel de Conocimiento sobre estimulación temprana en el área motora de madres con niños menores de 1 año con Síndrome Down de la I.E.I “San José” – Cercado de Lima - 2012
- Reconocer el nivel de Conocimiento sobre estimulación temprana en el área verbal de madres con niños menores de 1 año con Síndrome Down de la I.E.I “San José” – Cercado de Lima – 2012.
- Identificar el nivel de Conocimiento sobre estimulación temprana en el área social de madres con niños menores de 1 año con Síndrome Down de la I.E.I “San José” – Cercado de Lima – 2012.

#### **1.4 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

La Estimulación Temprana puede comenzar en cualquier período comprendido entre los 0 y los cinco años de vida del niño. No sólo atiende a niños para hacer prevención también para brindar estimulación a quienes no realizan las acciones que deben hacer para su edad. También para aquellos niños que presentan necesidades especiales y sobre todo aquéllos que tienen riesgo de padecerlas. Asimismo este estudio es importante porque pretende hacer reconocer cuanto saben las madres para que de algún modo contribuir haciéndoles saber que no solo es quedarse con el diagnóstico del Síndrome de Down lo más conveniente y efectivo es que los padres y la familia en general sean dirigidos al sistema de acciones, el cual se encarga de proveer a los padres y a la familia instrucciones especiales y orientación con el fin de que ellos aprendan la mejor forma de enseñar a los niños el lenguaje, medios de aprendizaje, formas de ayudarse a si mismos, formas de comportamiento social, y ejercicios especiales para el desarrollo de sus capacidades. Los estudios realizados han demostrado que mientras mayor es la estimulación en las primeras etapas del desarrollo del niño, es mayor la probabilidad de que el niño llegue a desarrollarse dentro de las máximas posibilidades.

Otra circunstancia que hace significativa la investigación es el hecho que son pocas las investigaciones donde se tome como muestra a niños especiales y sumado a ello es el tener que reconocer que en la actualidad se presentan un sin fin de niños con Síndrome Down que presentan un excelente desenvolvimiento en el ámbito donde se desarrollan, pero por otro lado, existen niños con Síndrome Down que presentan un bajo nivel de motivación hacia el aprendizaje escolar; provocando que disminuyan su desarrollo cognoscitivo hacia el aprendizaje. Esta investigación tiene como diseño explorar en los ambientes de la I.E.I “San José” niños de 0 a 1 año; pertenecientes a maternal.

El profesional de enfermería se encarga en su mayor parte de las actividades dentro del Componente CRED; que pertenece a la Etapa de Vida Niño; en los diferentes establecimientos del país, teniendo la oportunidad de atender e interactuar directamente con la madre y el niño, por consiguiente se puede tomar este aspecto como fortaleza para lograr que la estimulación temprana se convierta en una estrategia de prevención primaria, que debe ser iniciada desde que el niño nace, considerando acciones ambientales de protección al niño y educativas hacia la madre, generándoles una mejor calidad de vida tanto en lo personal como social.

Los datos obtenidos permiten conocer cuál es el nivel cognitivo y por ende la importancia que adquiere la madre en la estimulación temprana de los niños, datos que deben ser utilizados para establecer objetivos por el profesional de enfermería con la finalidad de socializar y/o masificar con mayor énfasis estos aspectos y pueda crear estrategias de acuerdo a la idiosincrasia de cada lugar, dado que es la madre la responsable de educar al niño y la que permanece más tiempo con él.

## **1.5 LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

La preparación cognoscitiva; está orientado a responder a las necesidades de niños de 0 a 5 años de edad, detectando problemas o factores externos o internos que impidan un aprendizaje eficiente a su edad de acuerdo a las etapas de Piaget y permitiendo la implementación de un plan motivación para la obtención de mejores resultados en el estudio.

Con el fin de crear un plan dinámico adaptado a estos niños pertenecientes a la I.E.I “San José”; institución elegida como campo de trabajo que se ubica en el Cercado de Lima; se le aplicará a un plan de

grupo selecto de alumnos pertenecientes a dichas etapas de preescolar de la institución en la sede inicial.

Se implanta el plan de estimulación temprana a través de test evaluativos, un total de 20 niños con Síndrome Down en edades de 0 a 1 año elegidos al azar por cada uno.

## **CAPITULO II: MARCO TEORICO**

### **2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO**

#### **2.1.1 Antecedentes Nacionales**

**Santillana Casas, Nieves.** Realizó un estudio de investigación titulado: "El Síndrome de Down de niños menores de 5 años y la relación con las características socioculturales de la familia en el Servicio de Rehabilitación Pediátrica del Hospital Edgardo Rebaglati Martins, que se desarrolló entre los meses de Agosto y Diciembre del 2009, el objetivo fue: Identificar la relación entre las características socioculturales de la familia y el síndrome de Down de los niños de acuerdo al grupo etiológico y describir las características de los padres de los niños con diagnóstico de síndrome de Down en dicho servicio. En las características se han contemplado el estado cultural de los padres donde se encontró que el nivel de conocimiento sobre el síndrome de Down de sus hijos es bajo y que solamente se limitan a llevarlo cuando hacen problemas de salud respiratoria y/o que afecte su deambulaci3n. Otra característica es la edad de los padres, con

edad de referencia a la edad de diagnóstico del niño., lo que hace prioritario mejor acuciosidad en el examen inicial del niño sin antecedentes de riesgo y un seguimiento minucioso de la ganancia de habilidades motoras en niños con factores de riesgo para desarrollar daño neurológico”.<sup>(7)</sup>

Existe relación entre el síndrome de Down y las características culturales de los padres porque cuanto mayor nivel de conocimiento tienen sobre la enfermedad de sus niños sobre todo de la motivación que debe tener es mayor el avance y menos las veces de hospitalización, Los aportes otorgados de los estudios anteriores han servido como referencia para ampliar el marco teórico, lo cual ayuda al desarrollo del presente trabajo. No se evidencia trabajos en el cual se aborde el rol educador de la enfermera en ayuda a los padres de familia relacionado a los cuidados del niño con Parálisis Cerebral, debido a que ellos son los encargados de su atención por lo que es importante realizar una interrelación Enfermera – Padres para disminuir sus dudas, temores e inquietudes, a través de un protocolo que ayude a incrementar sus conocimientos a fin de mejorar la calidad de vida de estos niños.<sup>7</sup>

**Rodríguez Siu Kattia Cecilia y Cegaran Rey Carlos Manuel,** en el año 2008, investigaron sobre “Antecedentes de Riesgo y de padecer síndrome de Dow. Hogar Clínica San Juan de Dios. Instituto de Rehabilitación Infantil Milagroso Niño de Jesús. CODAM. PNP”, realizada en Julio - setiembre 2008, se estableció como objetivo general: Determinar la relación entre los antecedentes de riesgo y el síndrome; sus objetivos específicos: Determinar las formas clínicas y los grados de afectación más frecuentes y Determinar los principales antecedentes de riesgo que actuaron sobre los niños de nuestra población y sus madres en el periodo gestacional para que el

producto desarrolle parálisis cerebral. Las conclusiones a las que han llegado los autores fueron las siguientes:

“El varón predomina entre los afectados; la cuadriplejia espástica es la forma clínica predominante, así mismo predomina notablemente el grado de afectación grave; los principales factores de riesgo son la asfixia y la prematuridad; del total de partos domiciliarios el 80% fueron en provincia; del grupo el 78% son de nivel socio económico bajo; existe un predominio de partos ocurridos antes de 37 semanas; las hemorragias en el embarazo se relacionan con el bajo peso, la inmadurez; en nuestro grupo de estudio, la parálisis cerebral depende de una multiplicidad de factores los cuales fueron determinantes por la aparición de una u otra forma clínica”.<sup>(8)</sup>

**Lic. Verónica Pilar, Castañeda Lay.** realizó un estudio sobre “Nivel de Conocimiento acerca de estimulación temprana del niño menor de un año en las madres que acuden a consultorio externo de pediatría del hospital central FAP 2007” tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento acerca de la estimulación temprana de niños menores de un año en las madres acuden al consultorio de Pediatría del Hospital Central FAP, se uso el tipo cuantitativo, ya que permite la edición y cuantificación de la variable de estudio, corresponde a una investigación de nivel aplicada, ya que se concentra en estudiar y contribuir a la solución de un problema práctico inmediato, El método es descriptivo de, cohorte transversal, ya que permite obtener información precisa, en un determinado tiempo y espacio, permite calificar los conocimientos de las madres de familia sobre la estimulación temprana en el niño menor de un año. Las conclusiones a la que llego entre otras Fueron:<sup>(6)</sup>  
“Datos Generales de la Población de Estudio.

Con respecto a los datos generales del 100% (86 madres de familia), el 59% (51 madres) tienen entre 21-35 años, 33% (28 madres) tienen entre 36 y 45 años, el 7% (6 madres) tienen menos de 20 años de edad y 1% (1) es mayor de 46 años de edad. De lo cual puede inferir que la población es prioritariamente adulta joven lo cual le permite adquirir la madurez física y psicológica y educar y cuidar mejor a sus hijos. Respecto al número de hijos el 38% (33 madres) tienen dos hijos, 26% (22 madres) tienen un hijo y un ,19% (16 madres) tienen 3 hijos, se puede observar que un mayor porcentaje de madres tienen uno a dos hijos, lo cual puede relacionarse con el hecho de considerar que a menos hijos hay mayor posibilidad de darles una buena educación y atención para desarrollar todas sus potencialidades.

En lo que respecta a la edad del último de los hijos se tiene que el 37% (32 madres) tienen hijos entre 4-6 meses, 28% (26 madres) tienen hijos cuyas edades están entre 7-11 meses y el 21% (28 madres) tienen hijos entre 0-3 meses de edad, observando que la mayoría de las madres encuestadas tienen hijos que se encuentran entre los 4- 6 meses de edad se dice que los primeros meses son los más importantes para desarrollar sus 55 potencialidades del niño, y para eso es necesario estimular al niño en sus diferentes áreas.

En lo que refiere al grado de instrucción de la madre, se tiene, 40% (34 madres) tiene un nivel de educación secundaria completa, un 22% (19 madres) tienen un nivel de educación superior incompleta, 15% (13 madres) tienen un nivel de educación superior completa, 14% (12 madres) tiene secundaria incompleta, y un 2% (2 madre) tiene post grado, La educación debe ser un medio para que la persona tenga una formación idónea para ejecutar sus derechos e ideas. Debe recibir la información que “lo nutra” y no que lo mantenga como un

receptor vacío y pasivo, a mayores conocimientos mayores y mejores capacidades, deducciones y soluciones de problemas. Por tanto el mayor porcentaje de madres se encuentra con mejores capacidades para favorecer el desarrollo del niño.

En lo que respecta al lugar de procedencia de las madres el 46% (40 madres) procede de la región costa, un 32% (27 madres) proviene de la región selva, y el 22% (19 madres) proviene de la región sierra, el recibir en la región costa facilita la difusión de conocimientos y actividades de estimulación, ya que aún en el país existe un centralismo (capital) de las actividades sociales, culturales, económicas, lo que ayuda y facilita la comprensión de las madres sobre la importancia de la estimulación temprana, en sus hijos, para que estos puedan desarrollar todas sus potencialidades y no tengan problemas en su vida personal y social.<sup>9</sup>

**Huamanyauri Saavedra July Rocío** investigó el grado de conocimiento de las madres sobre la estimulación temprana en los lactantes menores de un año que asisten al componente niño en el Hospital Local de Huaycan- Ate Vitarte 2005, el objetivo general del estudio fue determinar el grado de conocimiento de las madres sobre la estimulación temprana del lactante menor de un año, cuyo propósito fue implementar estrategias metodológicas de intervención en el programa CRED, el nivel de estudio fue aplicativo, de tipo cuantitativo de método descriptivo y de corte transversal, ella concluye que: “El grado de conocimiento de las madres de los lactantes menores de un año sobre estimulación temprana es medio, de los cuales las madres de los lactantes de 7-11 meses presentan conocimiento bajo.”<sup>(10)</sup>

**Moran Reyes y Saavedra Vargas** en su tesis la información de estimulación temprana que reciben las madres y su influencia

con el desarrollo psicomotriz en niños de 0 – 5 años que acuden al Centro de Salud Pampas de Hospital-Tumbes. Septiembre-Diciembre 2006. El presente trabajo de investigación de tipo cualitativo con enfoque fenomenológico se desarrolló con el objetivo de develar cómo influye la información de la estimulación temprana en el desarrollo psicomotor del niño. La población estuvo conformada por las madres de los niños que acuden al programa de control de crecimiento y 16 desarrollo del niño sano del establecimiento antes mencionado, saturándose la muestra con 18 entrevistas. Como técnica se utilizó la entrevista individual a profundidad que fue grabada teniendo en cuenta los principios éticos“La información que reciben las madres de estimulación temprana ayuda al óptimo desarrollo psicomotor del niño, la información de estimulación temprana que reciben las madres si es puesta en práctica en el hogar lográndose resultados positivos en el desarrollo del niño sano en forma efectiva, la información oportuna brindada por el profesional de salud a la madre favorecen al desarrollo psicomotor óptimo del niño,cuando se establece vínculos afectivos de comunicación <sup>(11)</sup>”

**Neira Guerra, Yessenia J.** Realizó un estudio titulado “Nivel de conocimiento de los padres de familia acerca del crecimiento y desarrollo de sus hijos preescolares en el CEI Niño Jesús de Atoche” en el año 2001, el método usado fue el descriptivo exploratorio de corte transversal, la población lo conformaron 117 padres de familia, el instrumento empleado fue el cuestionario estructurado que constó de 23 preguntas. Las conclusiones entre otras fueron: <sup>(12)</sup>

“El nivel de conocimiento de los padres de familia acerca del crecimiento y desarrollo de sus hijos preescolares en su mayoría es de medio a bajo, lo que significa que los padres no se

encuentran preparados para estimular adecuadamente a sus hijos quienes estarían en riesgo a retraso en su desarrollo normal, además de esto se obtuvo que el nivel de conocimiento de los padres sobre las conductas que involucran el área de desarrollo psicomotor es de medio a bajo, en el área de coordinación se presentó un nivel de conocimiento de medio a alto, en el área del lenguaje se presentó un nivel de conocimiento de bajo a medio y en el área de motricidad de medio a bajo”.<sup>12</sup>

### **2.1.2 Antecedentes Internacionales**

**Torrejon Rugel, Cárdenas, Inca. (2009)**, en México estudiaron “Conocimiento de las madres de la localidad de Cosamaloapan, México sobre los cuidados básicos al niño con necesidades especiales (Síndrome de Down)”. Tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento que tienen las madres de la comunidad de Cosamaloapan, con respecto a la donación de órganos, antes y después de aplicar la estrategia educativa. Como metodología fue un estudio observacional, trasversal, analítico y prospectivo, la muestra consta de 59 de la escuela E José Martínez Rodríguez. Sus resultados muestran que en la pregunta ¿Sabe qué hacer en caso de alaguna cómo? Grupo I 68,8% y Grupo II 96,6% ( $p < 0,05$ ) antes de la estrategia educativa el 27,1% presentaban que la pregunta ¿la donación es un proceso altruista? Grupo I 27% y Grupo II 100%. Arribaron a la conclusión que los escolares tenían escaso conocimiento sobre el tema, por ello consideran que profesionales de la salud participen en la divulgación de conceptos básicos de la donación y trasplante de órganos.<sup>(13)</sup>

**Rojas P, Martínez N, Sotomayor C. (2012)** Chile Realizó una investigación titulada “Nivel de afrontamiento de las madres de la

Región de los Ríos, Chile”; cuyo objetivo fue conocer los principales formas de afrontamiento, en población de la Región de los Ríos durante marzo - mayo 2012. Fue un estudio descriptivo de corte transversal; la muestra constó de 264 residentes de la Región de los Ríos con edades entre 18 a 65 años. Los resultados hallados muestran el nivel de afrontamiento de las madres con niños con necesidades especiales en el 75%, afirma estar dispuesto a luchar cada día más por la vida y hacer que sus niños se sienten igual que otros niños a pesar de sus limitaciones un 31% no estaría dispuesto a afrontar tal problemática de sus niños con enfermedades y/o problemas que lo limitan porque ; la gente no los entienden y que jamás tendrán una vida igual que otros niños y que el personal de salud no los entienden que no pueden quedarse atender a sus niños ya que ellos tienen otros niños y no saben cómo atender a sus niños evidenciándose una actitud negativa en un porcentaje mínimo pero importante de considerar<sup>(14)</sup>

## **2.2 BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1 Conocimientos**

El que enseña imparte conocimientos para lograr objetivos definidos y que le permiten al estudiante adquirir nuevas conductas de tipo cognoscitivo, psicomotriz y afectivo volitivo o modificar los ya existentes. De ahí que el proceso de enseñanza aprendizaje debe ser entendido o definido como un proceso de comprensión y estructuración de la realidad, que explica en forma detallada los mecanismos y leyes internas que operan en el sujeto cuando conoce o aprende.

El aprendizaje es definido como un cambio relativamente permanente en el comportamiento que refleja un incremento de los conocimientos, la inteligencia o las habilidades conseguidas a través de la experiencia el cual puede incluir el estudio, la instrucción, la observación y la práctica.

El conocimiento es una relación entre el sujeto-cognoscente- y un objeto –lo conocido- sujeto y objeto son tales solamente en tanto exista la relación cognoscitiva correspondiente. El conocimiento es siempre conocimiento de algo, es decir de la realidad, por lo que a través de la historia de la filosofía siempre hubo una relación entre teoría del conocimiento y teoría de la realidad.

### **2.2.2 Estimulación Temprana**

La estimulación temprana es el conjunto de medios, técnicas, y actividades con base científica y aplicada en forma sistémica y secuencial que se emplea en niños desde su nacimiento hasta los seis años, con el objetivo de desarrollar al máximo sus capacidades cognitivas, físicas y psíquicas; permite también, evitar estados no deseados en el desarrollo y ayudar a los padres, con eficacia y autonomía, en el cuidado y desarrollo del infante.

La estimulación temprana es todo contacto o juego con un bebe o niño que propicie, fortalezca y desarrolle adecuada y oportunamente sus potenciales humanos.

Es la atención que se dá al niño en las primeras etapas de su vida, con el fin de proponer y desarrollar al máximo sus posibilidades físicas intelectuales y afectivas mediante programas sistemáticos y secuenciales que abarquen todas las

áreas del desarrollo humano, sin forzar el curso lógico de la maduración. <sup>(15)</sup>

Tiene lugar mediante la repetición útil de diferentes eventos sensoriales que aumentan, por una parte, el control emocional, proporcionando al niño una sensación de seguridad y goce; y por la otra, amplían la habilidad mental, que le facilita el aprendizaje, ya que desarrolla destrezas para estimularse a sí mismo a través del juego libre y del ejercicio de la curiosidad, la exploración y la imaginación. Cuando a un niño se le proporcionan medios más ricos y vastos para desarrollarse, florece en él un interés y una capacidad para aprender sorprendentemente. La estimulación se concibe como un acercamiento directo, simple y satisfactorio, para gozar, comprender y conocer al niño, ampliando las alegrías de la paternidad y ensanchando su potencial del Aprendizaje.

Durante esta etapa se perfecciona la actividad de todos los órganos de los sentidos, en especial, los relacionados con la percepción visual y auditiva del niño, esto le permitirá reconocer y diferenciar colores, formas y sonidos. La estimulación temprana busca estimular al niño de manera oportuna, ofrecerle una gama de experiencias que le permitirán formar las bases para la adquisición de futuros aprendizajes.

Según estas teorías la estimulación temprana es vital y trascendental ya que ayuda al desarrollo integral de los niños, a potenciar los órganos de los sentidos, a aprovechar los vínculos familiares que facilitan transmitir experiencias afectivas y emocionales que serán decisivas en el desarrollo de las capacidades físicas y mentales, las mismas que les permitirá

insertarse en una sociedad libre y participativa, lejos de sentimientos de agresividad e indiferencias.

### **2.2.3 El niño con Síndrome de Down (Trisomía 21)**

El niño con síndrome de Down presenta algunas particularidades que determinan a su vez una estimulación temprana de ciertas características.

Así, en la generalidad de los casos se trata de un bebé hipotónico, en ocasiones con dificultades corporales estadísticamente conocidas, de buen talante y de fácil adecuación a las consignas.

Puede desarrollar las mismas patologías psicológicas que cualquier ser humano, desde trastornos reactivos y neuróticos hasta psicosis tempranas o tardías.

Sobre todo en un bebé de estas características es fácil para los padres, y aún para los profesionales, deslizarse hacia la exigencia de rendimientos, poniendo el foco de la estimulación temprana en la capacidad y el alcance de logros. Son bebés que por regla general se adecuan a estas exigencias ambientales; no obstante, la exigencia ambiental sólo se logra con auto exigencia.

Sucede que la tensión muscular de este bebé hipotónico es naturalmente muy baja, y su elevación por ansiedad, en la mayoría de los casos, no alcanza para sacar a la tensión muscular del rango de la hipotonía. Se diría que una persona de tono normal está hipertensa muscularmente cuando se eleva su ansiedad; del niño con síndrome de Down deberíamos mejor decir que se halla menos hipotónico. Así, la ansiedad se observa

en el niño con síndrome de Down sobre todo por sus otras manifestaciones: síntomas psicósomáticos e inquietud motora. Al no tener esto en cuenta, lo creemos relajado y seguimos exigiéndole rendimientos. Abandonar el delicado equilibrio entre logros y emociones conduce inevitablemente a patología psicológica.

Es por eso que todo estimulador temprano, y aún más si se dedica a la atención de niños con síndrome de Down, debe conocer en profundidad las modalidades vinculares normales y patológicas y no reducir su rol al del rehabilitador. Asimismo, debe conocer la psicología del desarrollo, las patologías corporales y madurativas, la psicopatología del niño y del adulto, técnicas de habilitación de sistemas funcionales, técnicas de orientación a los padres, técnicas de abordaje corporal.

Sobre todo ante un niño con síndrome de Down y su familia es imprescindible partir, entonces, de un abordaje abarcativo e integrador, que permita establecer rápido y fehacientemente un programa terapéutico individualizado.

La Trisomía del par 21, o cromosoma 21 extra, es la causa más frecuente del síndrome de Down, pues se da en el 92% de los casos. <sup>(16)</sup>

#### **2.2.4 Objetivos de la Estimulación Temprana**

El principal objetivo consiste en convertir la estimulación en una rutina agradable que vaya estrechando cada vez más la relación madre-hijo o cuidador - niño, aumentando la calidad de las experiencias vividas y la adquisición de importantes herramientas de desarrollo infantil.

Potenciar sus capacidades, habilidades y actitudes, favoreciendo su desarrollo sensorial y social afectivo <sup>(16)</sup>

La estimulación temprana tiene como objetivo primordial la prevención en el caso de niños sin presencia de riesgo de ningún tipo, o bien, la intervención oportuna en caso de haber algún tipo de riesgo. Los adultos, haciendo uso de su creatividad, cuentan con una serie de enormes recursos para estimular al niño sin necesidad de materiales costosos o complicados.

Mientras más cotidiano sea el material, mejor será el ambiente para el niño, en mayor grado favorecerá la adaptación al ambiente. Así mismo, el conocimiento y tradición popular existen valiosos recursos didácticos en juegos, rimas y canciones que, además de estimular, reviven formas culturales que con el juguete moderno se pierden.

### **2.2.5 El Rol de la Familia**

Existe un consenso en aceptar que la estimulación a niños y niñas que se encuentran en la edad de 0 a 5 años, debe contar con la familia en el rol protagónico, ésta puede hacer aportes insustituibles al desarrollo del niño, donde el matiz fundamental está dado por las relaciones afectivas que se establecen entre ésta y el niño; esta valiosa influencia de la familia se expande y enriquece cuando recibe una orientación especial en beneficio del desarrollo de los niños y niñas menores de cinco años.

Asumir una concepción acerca de esta problemática de la estimulación temprana en cada lugar presupone contar con una concepción teórico- metodológica y un respaldo económico,

social y estatal que permita llevarla a vías de hecho. Nosotros nos afiliamos a la concepción de que la estimulación debe ser precoz, pues aún antes del nacimiento ya que el individuo necesita ser estimulado y cuando ésta se realiza, desde ya son palpables los resultados en su desarrollo que debe ser temprana, pues sin identificarla de ninguna manera con concepciones relacionadas con la aceleración, somos partícipes que la enseñanza debe ir delante y conducir el desarrollo.

Por último manejamos la necesidad de que sea oportuna, pues en dependencia del desarrollo fisiológico y psicológico del niño en los diferentes estadios que deben condicionarse, de manera que, reciban la estimulación que promueva su desarrollo, que no se detenga en reafirmar lo ya logrado, sino que sea un elemento potenciador .

“L.S.Vigotsky al descubrir las correlaciones dinámicas complejas entre los procesos del desarrollo y la enseñanza consideraba; que la enseñanza siempre se adelanta al desarrollo, y que en los niños se presentan periodos durante los cuales son especialmente sensibles a la influencia de la enseñanza, a la percepción de una u otra asignatura y durante los cuales se forman en ellos de un modo especialmente efectivo unos u otros procesos psíquicos. Estos periodos sensitivos ocurren cuando el organismo reúne determinadas condiciones morfológicas y funcionales propias para ese desarrollo, se dan en lapsos de tiempo que en ocasiones son cortos, lo que justifica la necesidad de una estimulación constante y sistemática.

Para que realmente la estimulación sea oportuna se hace necesario diagnosticar el desarrollo del niño. Este no tiene solo como propósito determinar el nivel real de desarrollo alcanzado

por los niños y las niñas, sino determinar además las potencialidades de los mismos, de cuanto puede promover el desarrollo la participación, la organización y dirección de los adultos”.

Sin ser Psicólogo, todo padre de familia sabe que el nivel de desarrollo alcanzado por los niños, depende de la estimulación temprana, pues la participación, organización y dirección de los adultos con un activo protagonismo del sujeto garantiza un curso eficiente del desarrollo infantil.

Las familias deben desterrar las creencias que dicen que el desarrollo de las capacidades de niños y niñas con síndrome de Down, tiene un límite que no pueden superar ningún programa de tratamiento ni de aprendizaje.

Su evolución es más lenta, pero sus potencialidades de desarrollo son mucho mayores de lo que se pensaba hace 25 años. <sup>(17)</sup>

#### **2.2.6 Características anatómicas del recién nacido.**

Es muy conveniente conocer las características anatómicas del recién nacido porque a veces las podemos considerar como anormales, cuando en realidad van a ser propias de esta etapa.

Antes de meternos en cómo es un recién nacido, habría que conocer el estado neonatal, que va a venir definido por edad gestacional, peso y patología.

**Peso:** Se debe valorar con las SG. El peso medio (intervalo de peso) referente a la edad gestacional 37-42 SG sería:

2500-4000 gr: peso adecuado  
<2500 gr: recién nacido de bajo peso  
>4000 gr: recién nacido de peso elevado

**Patología:** recién nacido normal no debe presentar patología. Un estado neonatal normal corresponde a un RN a término, con peso adecuado y sin patología.

### 2.2.7 Características del Niño con síndrome de Down

La patología más frecuente en los niños con Síndrome de Down está constituida, de un modo resumido, por: malformaciones cardíacas, infecciones respiratorias de repetición, episodios febriles, disfunciones tiroideas y problemas visuales y auditivos. <sup>(16)</sup>

En el siguiente punto desarrollaremos las más significativas y sobre todo las que afectan de una forma más directa al desarrollo motor del niño.

### 2.2.8 Crecimiento y Desarrollo del Recién nacido

El peso medio está entre 3300-3500 gr. Este peso estará sometido a diferentes variaciones:

Varón > mujer  
Depende de la constitución de los padres  
Meses del año (más calor, menos peso)  
Situación social familiar  
Raza, grupo étnico  
Posible patología de la madre  
Trabajo materno

Durante los primeros días después del nacimiento, el peso disminuirá aproximadamente 10%, y empieza a recuperarlo al 4º-5º día. A los 9-10 días pesa igual que al nacer. Esto se denomina pérdida fisiológica de peso. El niño está en líquido, al nacer pierde agua y come menos.

Longitud media del recién nacido a término es de 50 cm, y tiene las mismas influencias que el peso. El límite inferior de la normalidad es 46cm. Más de 46 cm es “nanismo intrauterino” o “retraso de crecimiento intrauterino”. Puede que sea por patología o porque sea un pre término.

**Perímetro cefálico:**  $34 \pm 2$  cm

Disminución del perímetro cefálico: pre término o microcefalia

Aumento del perímetro cefálico: me acefalia (originada por hidrocefalia o por derrame subdural, sangre en la duramadre).

**Perímetro torácico:**  $32 \pm 2$  cm (2 menos que el perímetro cefálico).

### **2.2.9 Crecimiento y Desarrollo del niño con Síndrome de Down**

Los niños con Síndrome de Down tienen una talla corta, debido a la anomalía cromosómica que está presente desde el nacimiento. La talla es menor en dos o tres centímetros a la talla media normal.

El peso medio de los niños recién nacidos es inferior en unos 400 gramos al peso medio normal, y esta diferencia es mayor en los niños que en las niñas.

La maduración ósea es normal en ciertos momentos del desarrollo del niño, mientras que en otros está retrasada. El retraso es más evidente durante los tres primeros años de vida. A partir de los 3 años esta diferencia se acorta.

#### **2.2.10 Morfologías del recién nacido.**

Lo primero que llama la atención en un recién nacido es el aspecto general:

**Macrocéfalo:** La cabeza corresponde a  $\frac{1}{4}$  de la talla. En el adulto corresponde a  $\frac{1}{8}$  de la talla.

**Braquítico:** Extremidades pequeñas con respecto al resto del cuerpo.

**Macroesplacnia:** Abdomen grande y abombado.

La cabeza se moldea durante el parto, lo que hace que tome forma aplanada y ovalada. Suele aparecer una tumefacción en las partes blandas del cráneo, que se llama CAPUT SUCEDANEUM o “tumor del parto”. Es necesario diferenciar del cefalohematoma, que es un traumatismo con hemorragia en región perióstica (subperióstica).

Acabalgamiento de los parietales. Los parietales se superponen y reducen el tamaño del cráneo para poder pasar con más facilidad por el canal del parto.

La cara está como abotargada (enrojecida como de estar haciendo un gran esfuerzo), aparecen edemas parperales que dificultan la apertura de los ojos. Pueden aparecer derrames conjuntivales por el esfuerzo realizado (hemorragias conjuntivales).

Tórax: Va a tener forma de campana debido fundamentalmente a la disposición que adquieren las costillas, que van a estar horizontalizadas. Además el tejido muscular que compone el tórax va a ser muy escaso. El abdomen va a estar abombado porque hay una hepatomegalia fisiológica, e incluso a veces también una esplenomegalia (bazo grande).

Las extremidades van a ser cortas, y van a aparecer “incurvaciones en la tibia” (aspecto de sable árabe, curvadas).

El pie del recién nacido a veces toma disposiciones patológicas que no lo son exactamente. Unas veces se llaman “pie en mecedora”, otras “pie en flexión dorsal”. Son disposiciones que adquiere el feto dentro de la madre dependiendo de la postura. Conforme pasa el tiempo toma su flexión normal. Son disposiciones fisiológicas que si no se normalizan se considera patológico.

En la postura del recién nacido hay una flexión completa de las cuatro extremidades con un discreto grado de hipotonía (cierta movilidad al intentar mover las piernas). El recién nacido pre término tiene una actividad con extremidades inferiores muy hipotónicas, lo que le da la característica de una rana o de un libro abierto. Es una diferenciación que ayuda a conocer un recién nacido pre término.

### **2.2.11 Morfología del Niño con Síndrome de Down**

Los rasgos morfológicos más significativos son los de la cara. El niño recién nacido tiene un cráneo de menor tamaño y en general de tipo braquiocefálico, siendo el perímetro cefálico menor que el del recién nacido normal. Este tamaño se conserva a lo largo de la vida.. el cierre de la fontanela anterior suele retrasarse. <sup>(17)</sup>

La facies típica del Síndrome de Down depende en gran parte del menor tamaño de los huesos nasales y del maxilar superior. La menor dimensión del maxilar inferior condiciona en gran medida el menor tamaño de la cavidad bucal que favorece la protusión de la lengua.

La dentición comienza más tarde y su implantación puede o no ser irregular. Lo más característico en el tórax es la ausencia de un par de costillas en las radiografías, en cuanto al abdomen tiene un carácter prominente, lo cual se atribuye al menor desarrollo muscular, siendo más llamativo en los adultos. La hernia umbilical es frecuente en los niños.

Las extremidades tanto superiores como inferiores, son cortas. Las manos son cortas y anchas y los dedos también tienen reducida la longitud.

#### **2.2.12 Desarrollo de la motricidad gruesa.**

El desarrollo físico, es decir, el desarrollo relacionado al control del cuerpo, sus músculos y sus movimientos, se subdivide en el desarrollo de las habilidades de motricidad gruesa (movimientos de piernas y brazos), y el desarrollo de las habilidades de motricidad fina (movimientos de las manos y los dedos).

##### **➤ Habilidades de motricidad gruesa**

Los recién nacidos tienen poco control muscular, por lo que hay que sostenerlos en todo momento. Durante los primeros años de vida, el cerebro desarrolla la capacidad de controlar los músculos y en consecuencia los movimientos del cuerpo.

Los niños adquieren control corporal en el siguiente orden:

1. El desarrollo se realiza de arriba abajo: Aprenden a controlar el cuello, luego la espalda, las caderas y por último las piernas

2. El desarrollo se realiza de dentro a fuera: Aprenden a sostenerse apoyados en los codos antes que en las manos, y se arrodillan antes de ponerse de pie.

El desarrollo físico es el resultado del juego activo.

➤ **Control de la cabeza**

Los bebés recién nacidos son incapaces de sostener la cabeza. A medida que los músculos de la nuca y de la parte superior de la columna vertebral se fortalecen, los bebés son capaces de levantar la cabeza cuando están echados boca abajo.

➤ **Apoyo con los brazos y brazos extendidos**

Tumbados boca abajo, aprenden a elevar el tórax del suelo apoyándose en los brazos, con los codos flexionados, y luego en las manos con los brazos extendidos y alineados al frente.

➤ **Rodar**

Primero, los bebés ruedan de costado a boca arriba y más tarde de boca arriba a boca abajo.

➤ **Sentado**

Cuando se coloca a un bebé recién nacido en la posición de sentado, el tórax vence hacia adelante y la espalda se arquea. A medida que se fortalecen los músculos de la espalda, necesita cada vez menos apoyo de los adultos que

le sostienen, después se sientan sin ayuda y sin riesgo de caerse.

➤ **Gateo**

Los niños fortalecen las caderas y las piernas pateando vigorosamente. Gatear ayuda a los niños a cargar peso con los brazos, con lo que se fortalecen los hombros, los brazos y las manos, lo que les da fuerza y el control para ser capaces de desarrollar habilidades de motricidad fina.

➤ **Arrodillado erguido**

Éste es el paso adelante en el aprendizaje de la posición de pie, pues los músculos que rodean las caderas sólo se desarrollan soportando peso.

➤ **Zancada arrodillada**

Mientras están en la posición de arrodillado y con el cuerpo erguido, los niños aprenden a colocar un pie plano en el suelo, a desplazar el peso sobre dicho pie y luego a impulsarse hasta adoptar la posición de pie.

➤ **De pie**

Para sostenerse en pie, los niños deben ser capaces de estirar las caderas y las rodillas y tener la potencia muscular y el equilibrio necesario para soportar peso. Primero lo hacen sostenidos de un mueble, y después lo hace solos.

➤ **Andar**

Antes de caminar sin ayuda, los niños tienen que ser capaces de sostenerse en pie y flexionar las rodillas impulsando el cuerpo hacia arriba.

➤ **Subir y bajar escaleras**

Cuando saben gatear, los niños no tardan en empezar a subirse a los muebles y a las escaleras. Más tarde utilizan los pies en lugar de las rodillas y alternan los peldaños. Por último se yerguen, pero necesitan sujetarse del pasamanos o de la mano de alguien.

➤ **Equilibrio**

La mejora en el equilibrio constituye la base de una buena parte del desarrollo físico posterior del niño, que aprende a estar de pie sobre una pierna.

➤ **Correr**

El paso de andar a correr se produce de forma gradual. Poco a poco aprenden a moverse con destreza, a girar en las esquinas, a cargar, tirar o empujar objetos mientras caminan, a acelerar y a frenar.

➤ **Saltar**

Los niños empiezan a intentar saltar flexionando las rodillas, aunque en realidad, sus pies no se separan del suelo. Primero saltan sobre el propio terreno y a continuación aprenden a saltar objetos sin caerse.

### **2.2.13 Desarrollo de la motricidad gruesa en el niño con síndrome de Down**

Es esencial ayudar desde el comienzo al niño con Síndrome de Down a desarrollar el interés y las habilidades que necesite para realizar una serie de actividades físicas y recreativas, como pueden ser jugar a la pelota, nadar y bailar.

#### **➤ Control de la cabeza.**

El objetivo más importante en la fase inicial de un proceso de intervención precoz quizá sea el de conseguir un buen control de la cabeza. El bebé encuentra mucho más fácil levantar la cabeza cuando descansa sobre su estómago (prono) que cuando lo hace sobre su espalda.

Los niños con Síndrome de Down frecuentemente levantan la cabeza en postura de decúbito prono desde las primeras semanas de vida. A veces nos damos cuenta del retraso en el control de la cabeza cuando no pueden mantenerla levantada durante más tiempo o cuando no pueden girarla de un lado a otro. Si se coloca al niño boca abajo, con la cabeza apoyada sobre el borde de la cama y se le muestra un juguete de colores por encima de su vista, puede conseguirse con éxito que levante la cabeza. El niño seguirá el movimiento del objeto girando éste de un lado a otro.

Una vez el niño tiene control de su cabeza está preparado para incorporarse y darse la vuelta.

### ➤ **Incorporarse**

Cuando el niño ya mantiene la cabeza levantada y mira de un lado a otro mientras está echado sobre su estómago (en posición fina), puede observarse el primer intento por incorporarse. El niño puede tener todavía los codos doblados y apoyarse en los antebrazos, pero pronto comenzará a separar el pecho del suelo y a arquear la espalda, para esto necesitan reforzar los músculos de sus hombros, espalda y brazos.

Puede prepararse un rodillo sólido con almohadones, mantas o almohadas y colocarlo debajo del estómago y caderas del niño, aunque el pecho no debe descansar sobre el rodillo. Las caderas se deben sujetar con firmeza mientras se le anima a levantar la cabeza y la parte superior de la espalda. Hay que colocar juguetes interesantes a una distancia apropiada o ligeramente encima de su cabeza, que se pueden mover de un lado a otro para estimular al niño a girar la cabeza y el tronco.

### ➤ **Darse la vuelta.**

La fase de desarrollo motor que se refiere a darse la vuelta es importante para el niño, porque expresa su deseo y capacidad para trasladarse de un sitio a otro y explorar el propio entorno. El niño con Síndrome de Down puede empezar esta fase de su desarrollo a una edad superior a la de los demás niños, y puede también permanecer en

esta actividad durante más tiempo antes de pasar a las siguientes etapas de gatear y arrastrarse.

Darse la vuelta es una gran experiencia muy valiosa y una buena preparación para alcanzar logros más duros del aparato locomotor. Si esta actividad no surge de manera espontánea hay que estimularla. Para ello se coloca al niño sobre una colchoneta o alfombra pequeña; dos personas sujetan la colchoneta por cada lado, inclinándola en el mismo sentido. La mayoría de los niños disfrutan con esta actividad, y es un buen punto de partida para una forma de darse la vuelta más activa y voluntaria.

El volteo desde el estómago hacia la espalda es un proceso más complicado, porque requiere más control de la cabeza, así como la capacidad de iniciar el movimiento incorporándose sobre un brazo.

Debe estimularse la actividad de darse la vuelta. Es un buen ejercicio para entrenar el control y el equilibrio corporales.

#### ➤ **Sentarse**

Cuando es un niño muy pequeño se le incorpora para sentarlo, la cabeza puede bambolearse y caer hacia atrás. El niño con Síndrome de Down tarda más tiempo en mantener la cabeza que el niño "normal". Esto es debido, en parte, a la debilidad de los músculos del cuello, pero también al retraso del desarrollo en general. Aunque esta

caída de la cabeza hacia atrás disminuye con el crecimiento, es importante estimular lo antes posible el buen control de la cabeza en posición sentada.

Si se sujeta a los niños fuertemente por las caderas, éstos reforzarán sus espaldas para mantener un buen equilibrio. El niño aprenderá gradualmente a controlar los músculos del cuello y de la parte superior de la espalda.

Hay que evitar las posturas y posiciones que puedan ser perjudiciales para el desarrollo de un buen patrón motor. En lugar de permitir que el niño esté sentado durante largo tiempo en el suelo, ha de escogerse una postura que le permita tener las piernas dobladas y muy juntas, manteniendo el tronco recto.

A medida que el niño crece y madura, deben hacerse cambios más complejos en las distintas posturas de asiento para desarrollar un buen equilibrio. Las reacciones del equilibrio tiene lugar cuando se empuja el cuerpo hacia delante, hacia los lados o hacia atrás, principalmente cuando esas posturas cambian con rapidez. Para provocar esas acciones pueden utilizarse estas actividades:

Cuando el niño esté en brazos, levantarle y después bajarle en posición vertical u horizontal, cogiéndole por las caderas.

Sentar al niño sobre el borde de una mesa o sillas tan pronto como sea posible hacerlo con seguridad. Esta postura posibilita mayor libertad de movimientos del tronco, lo que, a su vez, permite al niño mirar en todas las direcciones y alcanzar distintos objetos. El niño va venciendo gradualmente el miedo a caerse y aprende a adaptarse a los cambios espaciales.

Echarse en el suelo con las rodillas dobladas. Colocar al niño contra ellas o encima de ellas y sujetarle cuanto sea necesario. Balancear al niño hacia adelante, hacia atrás y de un lado al otro.

Gradualmente, se estimula al niño a cargar más peso en sus piernas al inclinarse hacia delante para alcanzar un objeto. Esto es igual que la primera fase de levantarse de una silla. Se establece un buen patrón para las siguientes fases de mantenerse en pie y caminar.

#### ➤ **Paso de estar echado a sentado**

La mayoría de los niños necesitan poca práctica para pasar de la postura echada a la sentada. Simplemente girando de lado, se impulsan hacia arriba con los brazos y se sientan. Por el contrario, los niños con Síndrome de Down suelen seguir una secuencia distinta de movimientos. Pueden darse la vuelta sobre el estómago, separan luego las piernas y se apoyan con las manos e impulsan con los dos brazos para levantar el tronco del suelo.

Llegando a este punto se ha logrado un paso muy importante en el desarrollo de la motricidad gruesa del niño afectado por el Síndrome de Down.

El niño ahora puede observar lo que ocurre a su alrededor desde una perspectiva distinta. Alcanza objetos que le eran inaccesibles, puede rodar hasta un lugar distinto y explorar su nuevo entorno mientras está sentado. Por primera vez ha conquistado la gravedad.

La próxima etapa del desarrollo de la motricidad gruesa es la de gatear y arrastrarse, que quizá no sea fácil de conseguir.

➤ **Arrastrarse y gatear.**

Arrastrarse o reptar es cuando el niño se mueve con el estómago a ras del suelo. Cuando gatea, el niño avanza sobre sus manos y rodillas manteniendo el estómago a distancia del suelo.

Casi todos los niños se arrastran antes de llegar a gatear. Al niño con Síndrome de Down puede faltarle la fuerza muscular suficiente en sus brazos, hombros y tronco para ponerse en posición de gateo y mantenerse así un rato. A muchos niños les es más fácil gatear hacia atrás o girar, que gatear hacia adelante. Otros prefieren moverse a saltitos sobre sus nalgas.

Al niño que se siente motivado para arrastrarse y gatear, pero que carece del tono muscular suficiente para poder hacerlo, se le puede ayudar

quitándole parte del peso que recae sobre sus miembros. Pasando una banda o toallita por debajo de su abdomen y separando después ligeramente el abdomen del suelo. Se le inicia en el gateo golpeándole suavemente en las plantas de los pies, o ayudándole en los movimientos de brazos y piernas.

Gatera por las escaleras es una manera excelente de ganar el sentido del equilibrio y de desarrollar buenos patrones de movimiento.

➤ **Arrodillarse y puesta en pie**

La mayoría de los niños que han aprendido a incorporarse llegan con bastante rapidez a mantenerse en pie sin ayuda durante períodos más largos de tiempo.

Los niños con Síndrome de Down pueden seguir un proceso de desarrollo motor algo distinto. Tardan más que los niños “normales” en mantenerse en pie. Suelen necesitar ayuda durante un período de tiempo más prolongado antes de poder sostenerse erguidos solos. La debilidad de los músculos anti gravitatorios de la piernas, brazos y tronco retrasan a menudo el poder lograr la posición vertical. Los niños con músculos débiles con frecuencia tienen más miedo a mantenerse en pie sin ayuda.

Un niño con Síndrome de Down se mantendrá al principio en pie, probablemente, con las piernas separadas y los pies ligeramente hacia afuera.

Esta postura permite un equilibrio y una estabilidad mejores. Sin embargo, con el tiempo debe cambiarse esta postura.

Una manera de alcanzar la meta es empujar ligeramente hacia abajo las caderas del niño para provocar una reacción de resistencia a este empuje. El niño irá adquiriendo gradualmente confianza en su capacidad para mantenerse en pie solo cuando se disminuya la ayuda que se le ofrece.

Para superar el miedo a mantenerse en pie sin apoyo, suele ser una ayuda el dar al niño una pelota grande para que la sujete con ambas manos.

Debe estimularse al niño a ponerse de puntillas ya que los músculos gemelos suelen ser uno de los conjuntos musculares más débiles de los niños con Síndrome de Down.

### ➤ **Caminar**

Aunque mantenerse en pie y caminar se consideran a menudo una misma cosa, son fases bastante distintas del desarrollo motor. Caminar exige un nuevo elemento, es decir, la capacidad para impulsar el cuerpo hacia adelante.

Para un niño con Síndrome de Down, el caminar constituye a veces un verdadero obstáculo que hay que vencer. Incluso después de dominar el estar en pie sin ayuda, mantenerse sobre una pierna puede ser más difícil. Por tanto, se retrasa

a menudo el paso de caminar con ayuda a hacerlo sin ella.

Las características posturales de los niños con Síndrome de Down que se veían cuando están en pie pueden estar presentes todavía al andar. Las piernas separadas, las rodillas apuntando hacia afuera y ligeramente hacia atrás, y los pies planos sobre el suelo.

No es conveniente sujetar al niño manteniendo sus brazos por encima de sus hombros en la llamada postura “en guardia”. Es mejor situarse frente al niño que caminar con el peso del cuerpo inclinado hacia delante. Se ha demostrado que con intervenciones tempranas y cirugía precoz, el desarrollo motor de estos niños avanza más.

Conviene tener cuidado en no considerar la edad a la que el niño empieza a andar como un indicador de cómo evolucionará un niño con Síndrome de Down en etapas posteriores de su desarrollo. La realización de una valoración de la forma de andar del niño es una característica muy importante del programa de desarrollo de la motricidad del niño. Se deben prevenir los patrones motores defectuosos antes de que se conviertan en parte integrante del repertorio motor del niño, y resulte después más difícil corregirlos.

#### ➤ **Correr**

Al correr, la carga oscila de una pierna a otra con más rapidez que al caminar. También se necesita

impulsar el cuerpo hacia delante y mantener el equilibrio mientras se realizan movimientos a mayor velocidad. Para impulsar el cuerpo hacia delante se necesita una cierta fuerza en los músculos gemelos y en otros grupos musculares.

El niño con debilidad muscular tiene con frecuencia algunas dificultades tanto para mantenerse erguido como para impulsar su cuerpo hacia delante. Puede correr despacio y torpemente, levantando apenas los pies del suelo, al tiempo que mantiene los brazos al nivel o cerca de los hombros para guardar el equilibrio.

A continuación se muestran unos ejercicios que se han utilizado con éxito para evitar patrones motores defectuosos:

Pisar con fuerza o evitar chocar con obstáculos como cajas, tableros o una cuerda: levantar rodillas hasta el pecho al correr sobre un punto fijo; subir escalones altos, taburetes o sillas bajas.

Caminar de puntillas y alcanzar juguetes colocados en un sitio elevado.

Guardar el equilibrio sobre una pierna, primero se realiza con apoyo.

Balancear los brazos alternativamente

Para el niño que no comienza a caminar espontáneamente, hay que buscar la manera de animar su iniciativa y sentido de la competencia.

Agacharse y levantarse son ejercicios que fortalecen los músculos del tronco y de las piernas. El niño con Síndrome de Down prefiere generalmente sentarse a estar en cuclillas, ya que esta postura exige más esfuerzo cuando se tiene una fuerza muscular insuficiente. Por eso, siempre que se pueda, debe animársele a que se agache y a que cambie de postura, de sentado a erguido.

### ➤ **Saltar y brincar**

Saltar y brincar son actividades que exigen un grado más alto de equilibrio y de impulso del que se necesita para correr. Ambos son unos ejercicios motores excelentes para el niño que necesita desarrollar el equilibrio y el tono muscular. En primer lugar, puede practicarse el salto fijo sobre un colchón pero siempre bajo vigilancia.

Algunos niños no están muy interesados en actividades de la motricidad gruesa y en deportes, y prefieren otras ocupaciones más sedentarias.

No hay motivos para suponer que las personas con Síndrome de Down no sean capaces de alcanzar el éxito en los deportes y demás ocupaciones recreativas. De hecho, sus habilidades corporales pueden ser más tarde sus medios más valiosos de competencia, como se ha demostrado en las Olimpiadas Especiales. El jugar a los bolos, la danza, la natación, el esquí y

demás actividades semejantes enriquecen en gran manera la vida de una persona.

### **2.2.13 Desarrollo de la Motricidad Fina**

#### **➤ De 0 a 2 meses**

El reflejo Prensil está presente en las manos del recién nacido. Cuando se roza su palma, cerrará el puño en un acto inconsciente. Este reflejo desaparece alrededor de los cinco meses y, mientras tanto, el recién nacido no tendrá mucho control sobre sus manos.

Alrededor de las ocho semanas, comenzará a descubrir y a jugar con sus manos. Al principio, solamente descubrirá las sensaciones del tacto, pero después, alrededor de los tres meses, los bebés son capaces de involucrar la vista también.

#### **➤ De 2 a 4 meses**

La coordinación ojo-mano comienza a desarrollarse entre los 2 y 4 meses. Así empieza una etapa de práctica llamada "ensayo y error", que sucede al ver los objetos y tratar de agarrarlos con las manos.

#### **➤ De 4 a 5 meses**

La mayoría de los bebés pueden agarrar a esta edad un objeto que esté a su alcance, mirando solamente el objeto y no sus manos. Este logro, denominado "máximo nivel de alcance", se considera una base importante en el desarrollo de la motricidad fina.

➤ **De 6 a 9 meses**

A los seis meses, los bebés ya pueden sostener con facilidad un pequeño objeto durante un corto periodo de tiempo y muchos comienzan a golpear lo que tienen entre sus manos. Aunque su habilidad para sujetarlos sigue siendo torpe y habitualmente se les caen las cosas que sostienen, empiezan a tomarle gusto a agarrar objetos pequeños con sus manos y llevárselos a la boca.

➤ **De 9 a 12 meses**

Cuando el bebé se acerca a su primer cumpleaños prefiere observar los objetos antes de agarrarlos con sus manos. Así, tocará el objeto con la mano entera, pero será capaz de empujarlo usando sólo su dedo índice.

➤ **De 12 a 15 meses**

En esta etapa, el bebé realizará uno de los logros motrices finos más significativos de su evolución, que consiste en aprender a hacer las tenazas con las manos, usando los dedos para pellizcar los objetos y para separar las piezas pequeñas de las grandes.

➤ **De 1 a 3 años**

Coincide con su capacidad de desplazamiento mediante el gateo y con sus primeros pasos. En esta etapa, los bebés desarrollan la capacidad de manipular objetos de manera más compleja, insertando piezas en juguetes de ensamblaje o de

construcción (pueden hacer torres de hasta 6 cubos), manipulando las páginas de un libro, cerrando y abriendo cajones, usando juguetes de arrastre con cuerdas o cintas y empujando palancas.

➤ **De 3 a 4 años**

A esta edad, comienza en el colegio la etapa de preescolar y los niños se enfrentan al manejo de los cubiertos y deben aprender a atarse los cordones de los zapatos y a abrocharse los botones.

A los tres años, su control sobre el lápiz es mayor y se demuestra al dibujar un círculo o a una persona, aunque sus trazos son aún muy simples. En clase, a los cuatro años, aprenderán a utilizar las tijeras, a copiar formas geométricas y letras, y a hacer objetos con plastilina de dos o tres partes.

➤ **A los 5 años**

Están preparados para cortar, pegar y trazar formas. Sus dibujos tienen trazos definidos y formas identificables.

#### **2.2.14 Desarrollos de la motricidad fina en el niño con síndrome de Down**

“Las manos son los instrumentos de la inteligencia del hombre”. (18)

El niño con Síndrome de Down (como cualquier otro niño) puede comenzar a aprender desde el nacimiento, generalmente, un bebé adquiere primero las habilidades de la motricidad gruesa antes de estar preparado desde

el punto de vista madurativo para realizar las de motricidad fina. Ese desarrollo secuencial no es aplicable necesariamente al niño con Síndrome de Down, ya que éste puede estar retrasado en el desarrollo del motor grueso como consecuencia de una hipotonía muscular, una enfermedad congénita cardíaca u otros defectos físicos. Este niño quizá esté preparado con la madurez necesaria para las habilidades más avanzadas de la motricidad fina, antes de llegar a ser competente en ciertas actividades de la motricidad gruesa.

Es preciso valorar de forma completa la visión del niño, el grado de su atención y el nivel de su desarrollo cognitivo.

Hay que hacer un reconocimiento de la fuerza y el control musculares de la cintura escapular (hombros) y de los brazos del niño. La estimulación motora fina y el juego han de combinar varias experiencias de aprendizaje.

➤ **Estimulación motora fina y manipulación básica.**

Desde el nacimiento y durante las primeras semanas el niño agarra un objeto colocado en la mano. Inicialmente, es un acto reflejo. Parece que los bebés prefieren agarrar objetos largos y delgados que cortos y redondos.

El niño que tiene debilidad muscular y necesita más estabilidad para realizar sus actividades motoras hay que colocarle con más cuidado para sacar el

máximo partido de toda la fuerza muscular de que disponga en los brazos, cintura escapular y tronco.

Los bebés pequeños hacen al principio movimientos de rastreo para coger un objeto. Lo agarran con toda la mano, lo que se llama asimiento palmar. Posteriormente, aparece un asimiento con el dedo índice y pulgar, lo que permite agarrar y manejar objetos más pequeños.

Los niños con Síndrome de Down comienzan más tarde que el promedio de los demás en mover el pulgar alrededor de la palma de la mano. El asimiento con los dedos índice y pulgar, llamado también pinza digital, puede practicarse colocando y manteniendo los dedos pulgar e índice del niño alrededor de un objeto apropiado, como un bloque pequeño (cubo), una pelota de papel o una pasa. Aplicando una ligera presión en la mano del niño para transmitirle la sensación de estar sujetando algo y usando repetidamente la palabra “sujeta”, se va estableciendo gradualmente el significado de la palabra. Pronto el niño se animará a coger objetos sin ayuda.

En el niño normal se produce espontáneamente el aprender a utilizar ambas manos a la vez y a pasar un objeto de una mano a otra. Sin embargo, el que sufre un retraso en sus habilidades de la motricidad fina tiene que practicar. Una manera divertida de interesar al niño en el uso de ambas manos

simultáneamente es mediante el juego del Pat-a-Cake.

También se debe estimular el uso de los dedos individualmente, en lugar de moverlos todos a la vez. El índice puede usarse para empujar, meter en un agujero, golpear una tela, etc. Hay que facilitar la experiencia de arrugar papel o lanzar un bloque. Durante el juego deben observarse cuidadosamente los movimientos de las manos y de los dedos. Hay que guiar al niño para que realice el patrón correcto de movimiento. Esto servirá de modelo para actividades de motricidad fina más independientes.

Un bebé aprende con gran rapidez que un objeto que se tiene en una mano puede también soltarse. Parece que los niños que se desarrollan más lentamente quieren sujetar los objetos durante más tiempo y no quieren soltarlos. Hay que motivarles y enseñarles a abrir los dedos para dejar caer una pelota o un bloque.

➤ **Lanzar.**

Una vez que ha aprendido a sujetar y a soltar, debe iniciarse la práctica de lanzar. La mayoría de los niños comienzan a lanzar sin tener conciencia de lo que hacen.

El acto de lanzar es una experiencia rica en aprendizajes para el niño. Requiere movimientos gruesos y finos de los miembros superiores y se establece una coordinación óculo-manual. Los padre

de niños con Síndrome de Down se preocupan a menudo porque arrojan los objetos alrededor de forma indiscriminada

➤ **Permanencia del objeto**

Jean Piaget ha señalado el concepto de permanencia como un estado importante del desarrollo cognitivo. A continuación se exponen algunas actividades para que el niño se familiarice con la permanencia de los objetos:

**El juego del “peek-a-boo”**, en el que el niño debe ser el encargado de quitar se un pañuelo del rostro para a continuación decir: ¡Cu-cú...Tas!.

**Juegos del escondite:** cubriendo un juguete con la mano para esconderlo y volviendo a mostrárselo. Hacer rodar una pelota debajo de una mesa o silla y dejar que el niño la busque.

➤ **Juego eficaz.**

Es importante que los niños con problemas de desarrollo motor tengan muchas oportunidades de jugar con niños “normales”.

Los niños con Síndrome de Down se sienten a menudo más cómodos con un grupo de participantes más jóvenes. La edad cronológica no ha de ser, por tanto, un factor decisivo en la elección de compañeros de juego, sino más bien los intereses. La personalidad y el nivel de desarrollo del niño.

### **2.2.15 Características más importantes de la estimulación temprana**

De acuerdo a nuestros conocimientos y las referencias bibliográficas dichas características son:

- La estimulación temprana es un medio que favorece el contacto físico y la compenetración adulto – niño y niña
- Permite al adulto descubrir las capacidades e intereses del niño y niña.
- Ayuda a construir la inteligencia en una etapa neurológica clave como es la del primer año de vida.
- Es un dinamizador de la personalidad, en cuanto a que el niño y la niña se sientan satisfechos y eleven su autoestima al descubrir el alcance de sus potencialidades.
- Organiza una serie de actividades que permiten desarrollar las áreas motriz, cognitiva y afectivo-social. <sup>(30)</sup>

### **2.2.16 Adaptación de la inteligencia**

Piaget señala “La inteligencia es por definición, la adaptación a situaciones nuevas y una construcción continua de las estructuras.” <sup>(19)</sup>

asimilación y la acomodación en la interrelación del sujeto con el medio ambiente. Estos dos elementos son

indisociables, pero operan desproporcionalmente en determinadas situaciones. La acomodación está determinada por el objeto, mientras que la asimilación lo está por el sujeto. Un ejemplo biológico consiste en que, cuando el organismo ingiere alimentos, incorpora a su estructura elementos del medio ambiente, el medio se subordina a la estructura interna. En cambio, cuando los esquemas se ajustan al medio, nos encontramos con un proceso de acomodación; aquí el organismo se subordina al entorno.

En el plano psicológico, los procesos se configuran de la misma forma, por ejemplo, la imitación es una acción psicológica en la que predomina la acomodación; el juego infantil por el contrario, es un proceso de asimilación de la realidad externa. La inteligencia tiene una doble naturaleza biológica y lógica que presenta una forma de equilibrio, en la cual los niveles inferiores de adaptación motriz o cognoscitiva tienden hacia niveles superiores de organización de las estructuraciones cognoscitivas.

En contraposición con los fundamentos de la educación tradicional, que considera que el niño aprende pasivamente por medio de sus sentidos, del medio ambiente o de las formaciones que transmite la educadora. Piaget demostró a través de sus investigaciones de Psicología genética que el niño elabora de forma activa sus conocimientos internamente, mediante una constante interrelación con el medio que lo rodea.

### **2.2.17 Adaptación de la inteligencia en el niño con síndrome de Down**

El Síndrome de Down ha ido asociado, tradicionalmente, a un nivel intelectual muy bajo, con retraso mental profundo o grave. Existía la creencia de que el desarrollo intelectual quedaría congelado y no iría más allá que el que alcanzan los niños y niñas de 5 a 8 años. Se decía que eran personas “entrenables”, con capacidad para alcanzar niveles elementales de autonomía personal (aseo, vestido, comida), pero que no merecía la pena darles una educación académica. Sin embargo, casi todas las personas afectadas presentan un retraso mental de leve a moderado. Una minoría tiene un retraso mental profundo y el resto tiene una capacidad intelectual límite.

Las personas con Síndrome de Down logran mejores resultados en las tareas que implican la inteligencia concreta que en las que hay que utilizar la inteligencia abstracta; por ello, las diferencias con otras de su edad empiezan a ser notables durante la adolescencia, que es cuando se pasa a la etapa de pensamiento formal abstracto. Asimismo, en los tests que miden la inteligencia, obtienen mejores puntuaciones en las pruebas manipulativas (por ejemplo, la construcción de rompecabezas) que en las de carácter verbal (por ejemplo, la asociación de palabras y su significado).

En cualquier caso, el nivel intelectual que pueden alcanzar varía de unas personas y otras, dependiendo, en gran medida, de los programas de estimulación de

atención temprana y educativa a los que han acudido desde la primera infancia.

Las mejoras que se han apreciado en los últimos 25 años, con incrementos en el consiente intelectual superiores a 20 puntos, se deben, en gran parte a las mejoras en atención temprana y en los programas educativos de los últimos tiempos.

### **2.2.18 Adquisición del lenguaje**

La capacidad para comprender y utilizar el lenguaje es uno de los principales logros de la especie humana. Una característica asombrosa del desarrollo del lenguaje es su velocidad de adquisición, la primera palabra se aprende hacia los 12 meses, a los 2 años de edad la mayoría de los niños tiene ya un vocabulario de unas 270 palabras, que llegan a las 2.600 a la edad de 6 años. Es casi imposible determinar el número de construcciones posibles dentro del lenguaje individual; no obstante, los niños y niñas construyen frases correctas a los 3 años y realizan construcciones verbales muy complejas a los 5 años.

Las actitudes, valores y conducta de los padres influyen sin duda en el desarrollo de los hijos, al igual que las características específicas de éstos influyen en el desarrollo de las habilidades y destrezas.

Las relaciones sociales infantiles suponen interacción y coordinación de los intereses mutuos, en las que el niño adquiere pautas de comportamiento social a través de los juegos, especialmente dentro de lo que se conoce

como su 'grupo de pares' (niños de la misma edad y aproximadamente el mismo estatus social, con los que comparte tiempo, espacio físico y actividades comunes.)

“El proceso mediante el cual los niños aprenden a diferenciar lo aceptable de lo inaceptable en su comportamiento se llama socialización. Se espera que los niños aprendan que las agresiones físicas, el robo y el engaño son negativos, que la cooperación, la honestidad y el compartir son positivos.

Algunas teorías sugieren que la socialización sólo se aprende a través de la imitación o a través de un proceso de premios y castigos. Sin embargo, las teorías más recientes destacan el papel de las áreas cognitivas y perceptivas, del pensamiento y el conocimiento, sostienen que la madurez social exige la comprensión explícita o implícita de las reglas del comportamiento social aplicadas en las diferentes situaciones tipo”.

### **2.2.19 Adquisición Lenguaje en el niño con Síndrome de Down**

A las personas con Síndrome de Down les resulta más difícil dar respuestas verbales que motoras, por lo que les cuesta explicar lo que están haciendo o lo que van a hacer.

El problema del lenguaje más frecuente entre las personas con Síndrome de Down es la falta de fluidez verbal. Nadie tiene un lenguaje perfectamente fluido. Todos hemos dudado alguna vez con las palabras, hablado o tropicónes, haciendo paradas, o volviendo

una y otra vez sobre lo que ya se ha dicho. Estos problemas son corrientes tanto en la infancia, como en la edad adulta, aunque es más frecuente entre los niños o niñas.

Los problemas de fluidez verbal más habituales entre las personas con Síndrome de Down son:

- Repetir toda o parte de una palabra mientras se piensa lo que sigue en la frase.
- Largas pausas en mitad de una frase hasta encontrar la palabra siguiente (es un.....pelota).
- Pausas en lugares inusuales de la frase, seguida de dos o tres palabras que se suceden con rapidez, haciendo difícil la comprensión por parte del oyente.
- Enfatizar palabras o partes de una palabra cuando no hay por qué resaltarlas.
- Hablar a trompicones hasta encontrar la sílaba o palabra adecuada (ah...er...um...)
- Dificultades para comprender lo que le están diciendo
- Tartamudeos.

Por tener una lengua grande, que parece que no le cabe en la boca, además de dificultades en la respiración, tienen problemas para articular las palabras.

En el Síndrome de Down, el nivel del lenguaje comprensivo es superior al del lenguaje expresivo. Esto explica que, en ocasiones, sepan lo que quieren decir, pero no puedan expresarlo y repitan siempre las mismas respuestas sin variación. Para compensarlo, se apoyan

en el lenguaje de gestos y en onomatopeyas, imitando el sonido de la cosa o animal al que se hace referencia.

### **2.2.20 Desarrollo del pensamiento**

Durante los primeros cinco años de vida podemos distinguir tres etapas de desarrollo del pensamiento; desde el nacimiento hasta aproximadamente los dos años de edad, pensamiento sensorio motriz, que se caracteriza por el desarrollo de los reflejos y acciones sensorio motrices; la coordinación fina del ojo y las manos, que permite las conquistas intelectuales más importantes, el juego, la imitación, la causalidad y el tiempo, todos ellos integrados por la construcción sensorio motriz.

El sub-período del pensamiento pre-operacional abarca alrededor de cinco años de crecimiento y se divide en dos etapas: la primera constituye el comienzo del pensamiento representacional, que surge aproximadamente entre los dos y cuatro años de edad, y se caracteriza por el desarrollo de la función simbólica, manifestada en la imitación, el lenguaje y el juego simbólico. La segunda comprende las representaciones o intuiciones simples, las cuales aparecen aproximadamente entre los cuatro y los cinco años de edad y se distingue por la representación, que permite un pensamiento más avanzado en relación con el de la etapa anterior, aunque es un pensamiento intuitivo, limitado a la percepción, preoperatorio y no reversible.

Por todo esto, existe un precario equilibrio, o en ciertas situaciones no lo hay entre los procesos de asimilación, acomodación, su pensamiento sincrético y mágico asociativo hace que el niño confunda la fantasía con lo real, lo que hace su mundo muy peculiar y difícil de entender para el adulto.

Una caracterización global del Psiquismo nos revela a un niño que se distingue por su actividad, sus deseos de conocer e investigar el mundo que lo rodea, totalmente nuevo para él y que descubre con satisfacción.

En la edad coleccionista del observador, del interrogador; no le interesan las cosas como le aparecen, si no que las transforma, como sucede con los juguetes complicados, destrozarlos es la única forma de operar o actuar que se le presenta.

No se cansa, no se aburre; en la repetición está la capacidad de aprehensión de la realidad que lo rodea.

#### **2.2.21 Desarrollo de pensamiento en el niño con Síndrome de Down**

Esta función como las anteriormente descritas se encuentran igualmente disminuidas, ya que a él, le es muy difícil manejar la abstracción de conceptos perceptuales (forma, color, tamaño y posición.) su atención es dispersa pero si se le estimula tempranamente tendrá mayores posibilidades de desarrollar funciones superiores como las antes mencionadas, la lectura y la escritura requieren del

proceso de abstracción de los conceptos perceptuales, pudiendo desempeñarla con una estimulación desde pequeño.

## **2.2.22. Teorías que dan sustento a la investigación**

### **Ramona Mercer: Adopción del Rol Materno**

Es un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro de dicho rol. El desplazamiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencia dentro de su rol constituye el punto final de la adopción del rol maternal, es decir, la identidad como madre.

#### **Los apoyos sociales son:**

- Apoyo Emocional sentirse amado, cuidado digno de confianza y entendido.
- Apoyo Informativo ayuda al individuo ayudarse a sí mismo proporcionándole información que le resulta útil para enfrentarse a los problemas y/o las situaciones.
- Apoyo Físico es un tipo directo de ayuda

**Callista Roy, con su “Modelo de Adaptación”,** dado que su objetivo es que el individuo llegue a un máximo nivel de adaptación y evolución

Utiliza los cuatro modos de adaptación (basados en las necesidades fisiológicas, el auto concepto, el papel funcional y las relaciones de interdependencia) para incrementar el nivel de adaptación de una persona en la salud y la enfermedad. Realiza actividades que promueven respuestas de adaptación efectivas en las situaciones de salud y enfermedad, como se requiere en el caso de las madres que tienen a sus hijos con parálisis cerebral infantil. Es una disciplina centrada en la práctica dirigida a las personas y a sus respuestas ante los estímulos y la adaptación al entorno.<sup>19</sup>

Incluye valoración, diagnóstico, establecimiento de metas, intervención y evaluación, estas etapas son muy importantes, puesto que de ellas se sabrán cuáles son los problemas de las madres al momento de afrontar la enfermedad que padece su menor hijo y junto a ellas poder dar soluciones para que esta adaptación se logre de la mejor manera.

Roy dice que la enfermera es requerida cuando la persona, en el proceso de afrontamiento, se queda con pocas energías; en el modelo Roy no especifica que es quedarse con pocas energías, con lo cual, no sabemos cuándo van a ser requeridas. Por lo mismo, siempre tienen que estar en constante vigilancia tanto de las madres cuidadoras como de los niños y poder notar cuando la madre necesita de su ayuda para el cuidado de su menor hijo y así el trabajo sea en conjunto y evitando que la madre cuidadora en determinado momento se quede sin energías para brindar el cuidado a su hijo. El cuidado de enfermería es fortalecer la integración de la persona con el ambiente; para ello las

enfermeras valoran los comportamientos de las personas y los factores que influyen en sus procesos adaptativos y contribuyen a mejorar las interacciones con el ambiente.<sup>20</sup>

**Madeleine Leninger.** “La teoría de la transculturalidad” aporte realizado por La enfermería transcultural nos dice que un área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado está basada en la cultura, creencias de la salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlos a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades. En este caso el trabajo de investigación tiene en cuenta la teoría fundamentada en que debemos considerar el nivel cultural de las madres para entender si pueden reconocer las necesidades de sus niños con síndrome de Down y con ello también tener en cuenta el nivel de instrucción, sus creencias, costumbres y que estas pueden ser adecuadas y/o erróneas, además aún considerar lo que muchas veces la sociedad muestra hacia los niños especiales.<sup>20</sup>

### 2.3 DEFINICION DE TERMINOS

- **Conocimiento:** Es el acumulo de información que puede ser de manera empírica y/o científica.
- **Estimulación Temprana:** Es un proceso mental donde el niño sentirá satisfacción al descubrir que puede hacer cosas por sí mismo. Mediante la repetición de diferentes eventos sensoriales, desarrollando destrezas para estimularse a sí mismo.
- **Síndrome de Down:** como trisomía 21, es una anomalía donde un material genético sobrante provoca retrasos en la forma en que se

desarrolla un niño, tanto mental como físicamente. Afecta a uno de cada 800 bebés nacidos en EE.UU.

Los rasgos físicos y los problemas médicos asociados al síndrome de Down varían considerablemente de un niño a otro. Mientras que algunos niños con síndrome de Down necesitan mucha atención médica, otros llevan vidas sanas.

- **Aprendizaje:** Es el proceso mediante el cual se obtienen nuevos conocimientos, habilidades o actitudes a través de experiencias vividas que producen un cambio en nuestro modo de ser o actuar.
- **Auto-motivación:** Es un impulso que nos incita a realizar acciones o cumplir metas, provocado por las afirmaciones o pensamientos positivos. Está influenciada por el medio ambiente, porque el individuo resalta lo positivo de su vida y trata de ignorar aquello que lo perturba.
- **Cognición:** es un proceso mental que ayuda a comprender y conocer.
- **Desarrollo:** Son aquellos cambios de cognición y físicos que son predecibles y permanentes en el individuo, y que se van presentando en el transcurso de su vida.
- **Motivación:** Es un impulso que permite al sujeto mantener una cierta continuidad en la acción que nos acerca a un objetivo, que sacia una necesidad que puede ser interna o externa.
- **Motivación externa:** Es un estímulo o impulso que es inducido de forma externa, es decir, realizar alguna acción a cambio de algo que compense una o varias necesidades del individuo.
- **Motivación interna:** Es un estímulo o impulso que es inducido por el mismo individuo, para satisfacer una necesidad generada de

forma espontánea y que exige ser mantenido por el logro de buenos resultados.

- **Emociones:** Son las excitaciones violentas y pasajeras que vive un individuo ante cualquier situación, que se manifiestan a través de reacciones fisiológicas.
- **Impulso:** Deseo o motivo afectivo que induce a hacer algo de manera súbita, sin reflexionar.
- **Socio-Emocional:** Participación en experiencias grupales e individuales, estableciendo interacciones afectivas que ayuden a un proceso de adaptación.
- **Psicomotriz:** Ejecución de movimientos de locomoción, corporales gruesos y finos de una manera expresiva
- **Lenguaje:** Conjunto de sonidos articulados con que el hombre manifiesta lo que piensa o siente.
- **Estrategias Didácticas:** Son los criterios metodológicos, los procedimientos, las estrategias y las técnicas que se utilizan para que los contenidos no sean una repetición o capacitación sino que constituyan una construcción activa capaz de interactuar con el desarrollo de valores, actitudes y normas.
- **Motricidad:** Conjunto de funciones nerviosas y musculares que permiten la movilidad y coordinación de los miembros, el movimiento y la locomoción.
- **Sonrisa Social:** Es la primera prueba que un niño muestra como aprendizaje de una conducta social.

## 2.4 HIPOTESIS

H<sup>a</sup>.-El nivel de Conocimiento sobre estimulación temprana en madres con niños menores de 1 año con Síndrome Down de la I.E.I “San José” – Cercado de Lima – 2012. Es Medio

H<sup>o</sup>.- El nivel de Conocimiento sobre estimulación temprana en madres con niños menores de 1 año con Síndrome Down de la I.E.I “San José” – Cercado de Lima – 2012. Es bajo

## 2.5 VARIABLES

Nivel de conocimiento sobre estimulación temprana en madres con niños menores de 1 año con síndrome de Down

### 2.5.1 Definición conceptual de la variable

Es todo conjunto de ideas, nociones, conceptos que poseen y adquiere el hombre a lo largo de la vida, como producto de la información adquirida ya sea mediante la educación formal e informal sobre la estimulación temprana. El aprendizaje en el individuo se caracteriza por originar cambios en el proceso de pensamiento, acciones y actividades de quien las aprende.

### 2.5.2 Definición operacional de la variable

Es todo aquella información o conocimientos teóricos que posees las madres sobre la estimulación temprana.

- **Nivel de Conocimiento:** El conocimiento es toda aquella información, concepto o idea que posee la madre de familia acerca de la estimulación temprana y está dada en base al desarrollo del área motora, de lenguaje y social.

- **Estimulación Temprana:** Son acciones tendientes a incitar avivar o invitar a la realización de alguna actividad concorde con la edad del niño, con la finalidad de reforzar la maduración de su sistema nervioso y muscular.
  
- **Menor de un año:** Es la persona sea hombre o mujer que está dentro del periodo de lactancia que va desde el nacimiento hasta los doce meses aproximadamente.

### 2.5.3. Operacionalización de la variable

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	ITEMS
Nivel de conocimiento acerca de Estimulación Temprana en las madres de Familia de niños con Síndrome de Down.	Generalidades	Definición	Ordinal	A - D
		Importancia		
		Recursos que se utiliza		
		Momento en que se realiza		
		Reconocimiento de las cuatro áreas de desarrollo		
	Motora	Estimulación en niños de 0 a 3 meses: Sostiene la cabeza llevada a posición prona.	Ordinal	1 - 6
		Estimulación de niños de 4 a 6 meses de edad: Se sienta con apoyo.		
		Estimulación de niños de 7 a 11 meses: Intenta caminar con ayuda.		
	Lenguaje	Estimulación del niño de 0 a 3 meses: Hablarle al vestirlo, alimentarlo.	Ordinal	7 - 12
		Estimulación del niño de 4 a 6 meses: Nombrarle las personas y cosas.		
		Estimulación del niño de 7 a 11 meses: Pronuncie silabas, articule palabras.		
	Social	Estimulación del niño de 0 a 3 meses: Muestre interés por el rostro humano.	Ordinal	13 - 17
Estimulación del niño de 4 a 6 meses: Acostumbrarlos a los ruidos.				
Estimulación del niño de 7 a 11 meses: Tenerlo con toda la familia (entorno).				

## CAPITULO III: METODOLOGIA

### 3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION

**Es de tipo cuantitativo:** Se refiere a cantidades, es decir los resultados serán expresados numéricamente.

**Es de nivel descriptivo:** Porque va describir una situación y/o un hecho del pre-escolar.

**Es de corte Transversal:** Se evalúan grupos consecutivos, estudia

La variable en un determinado periodo de tiempo, haciendo un corte en el tiempo.

**Sincrónica:** se recolectara la información al mismo tiempo

**Métodos** estadísticos, encaminados al tratamiento de los datos recogidos y al proceso de contratación de las hipótesis.

### 3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se realizara en la I.E. "San José" ubicado en el distrito de Cercado de Lima. El establecimiento está constituido en su totalidad de material noble, tiene un tiempo de construcción de 40 años, que se encuentra ubicado en el distrito del Cercado de Lima.

Brindan servicio de Escolaridad para niños especiales con Síndrome de Down.

El estudio se realizara en el área prenatal (cuna) en niños de 0-1 año.

Está construido en su totalidad de material noble encontrándose el 40 % de la infraestructura en regular estado de conservación y el 60 % se encuentra en buen estado.

Funciona de Lunes a Viernes de 08:00 am a 07:00 pm.

### 3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

#### 3.3.1 Población

Está constituido por las 60 madres de niños menores de 5 años de edad pertenecientes a la Institución Educativa Colegio "San José".

La población se divide según su edad y área de atención de los niños

Población madres de niños	N madres	N° de niños
0 a 1 año	32	32(área maternal)
De 1 a 3 años	15	15 (Lactantes menores)
3 a 5 años	13	13 (Prescolar)
Total	60	

### **3.4.2 Muestra**

Fue de manera no probabilística e intencional ya que solamente se consideró a las 32 madres con niños menores del área Maternal, (0 a 1 año). De los cuales solamente 30 de ellas aceptaron participar de la investigación.

## **3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La técnica utilizada fue la entrevista la misma que tuvo como objetivo obtener información acerca del nivel de conocimientos que tienen las madres sobre la estimulación temprana en los niños menores de un año.

El instrumento fue el cuestionario, que consta de las siguientes partes: Introducción, información específica sobre su llenado (instrucciones), datos generales de la población en estudio, contenido (20 preguntas) asignándole puntaje de 1 punto a la respuesta verdadera y 0 punto a la pregunta contestada como falsa

## **3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

La validez del instrumento se obtuvo a través de un juicio de expertos, el jurado estuvo conformado por 5 expertos, lo cual permitirán reajustar el mismo de acuerdo a las sugerencias planteadas. Siendo sometido a la prueba binomial con el 0,05. Para determinar la confiabilidad el instrumento fue realizado en prueba piloto.

## **3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS**

Se realizó los trámites administrativos para la obtención de la autorización en la Dirección General y la Unidad de Docencia e

Investigación del mencionado centro. Posteriormente se efectuarán las coordinaciones con la directora del Institución Educativa y con los profesores de la mencionada institución Educativa para iniciar la recolección de datos. Los mismos que serán hechos en el transcurso del mes de noviembre y diciembre del presente año teniendo en cuenta un tiempo aproximado de 10 min. Por madre.

Luego de obtener los datos estos serán procesados previa elaboración de la tabla de códigos y la tabla de matriz tripartita, a fin de presentar los resultados en tablas y/ o gráficos estadísticos para su análisis e interpretación de resultados.

La medición de la variable conocimiento se realizara en tres categorías: alto, medio y bajo mediante la aplicación de la escala de Stanones para obtener los intervalos de cada una de manera general y luego por cada área de estudio.

Los puntajes asignados fueron: Respuesta correcta – 1, Respuesta incorrecta – 0.

### **3.6.1 Datos Generales de la población de Estudio.**

Con respecto a los datos generales del 100% (30 madres de familia), El 50% (15 madres) tienen entre 21 – 33 años, 36.7% (11 madres) tienen entre 34 – 45 años, el 13.3% (4 madres) tienen menos de 20 años de edad.

De lo cual puede inferir que la población es prioritariamente adulta joven lo cual le permite adquirir la madurez física y psicológica, educar y cuidar mejor a sus hijos.

Respecto el número de hijos el 23% (7 madres) tienen 1 hijo, 43% (13 madres) tienen dos hijos, 20% (6 madres) tienen 3 hijos y un, 14% (4 madres) tienen 4 hijos. Se puede observar que un mayor porcentaje de madres tienen 1 o 2 hijos, lo cual puede relacionarse con el hecho de considerar que a menos hijos hay mayor posibilidad de darles una buena educación y atención para desarrollar todas sus potencialidades.

En lo que respecta a la edad del último de los hijos se tiene que el 40% (12 madres) tienen entre 4 – 6 meses, 36.7% (11 madres) tienen entre 7 – 11 meses y el 23.3% (7 madres) tienen hijos entre 0 – 3 meses de edad. Observando que la mayoría de las madres encuestadas tienen hijos que se encuentran entre 4 – 6 meses de edad se dice que los primeros meses son los más importantes para desarrollar sus potenciales del niño, y para eso es necesario estimular al niño en sus diferentes áreas.

En lo que refiere al grado de instrucción de la madre, se tiene, 23.33% (7 madres) tiene un nivel de educación secundaria completa, un 23.33% (7 madres) tienen un nivel de educación superior incompleta, 13.33% (4 madres) tienen un nivel de educación superior completa, 6.7% (2 madres) tiene secundaria incompleta, y un 6.66% (2 madre) tiene post grado.

La educación debe ser un medio para que la persona tenga formación idónea para ejecutar sus derechos e ideas. Debe recibir la información que “lo nutra” y no que lo mantenga como un receptor vacío y pasivo, a mayores conocimientos mayores y mejores capacidades, educaciones y soluciones de problemas.

Por tanto el mayor porcentaje de madres se encuentra con mejores capacidades para favorecer el desarrollo del niño.

En lo que respecta el lugar de procedencia de las madres el 50% (15 madres) procede de la región costa, un 20% (6 madres) proviene de la región Selva, y el 30% (9 madres) provienen de la región sierra, el recibir en la región costa facilita la difusión de conocimientos y actividades de estimulación, ya que aun en el país existe un centralismo (capital) de las actividades sociales, culturales, económicas, lo que ayuda y facilita la comprensión de las madres sobre la importancia de la estimulación temprana, en sus hijos, para que estos puedan desarrollar todas sus potenciales y no tengan problemas en su vida personal y social.

## CAPITULO IV: RESULTADOS

TABLA N° 1

### DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE LAS MADRES

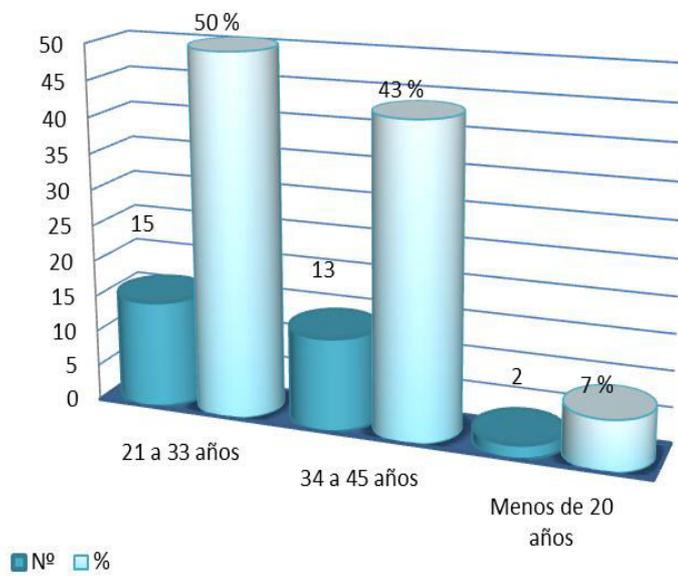
EDAD	Frecuencia	Porcentaje
21 a 33 años	15	50
34 a 45 años	13	43
Menos de 20 años	2	7
Total	30	100

Fuente: Elaboración Propia

**Interpretación:** Se observa que el 50% (15 madres) tienen entre 21 – 33 años, 43% (13 madres) tienen entre 34 – 45 años, el 7% (2madres) tienen menos de 20 años de edad.

De lo cual puede inferir que la población es prioritariamente adulta joven lo cual le permite adquirir la madurez física y psicológica, educar y cuidar mejor a sus hijos.

**GRAFICO N° 1**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE LAS MADRES**



Fuente: Elaboración Propia

**TABLA N° 2**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN  
DE LAS MADRES**

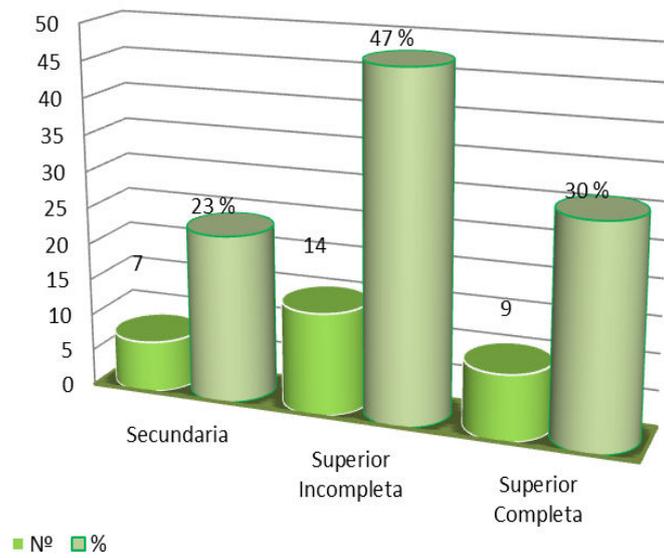
EDAD	Frecuencia	Porcentaje
Secundaria	7	23
Superior incompleta	14	47
Superior completa	9	30
Total	30	100

Fuente: Elaboración Propia

**Interpretación:** En lo que refiere al grado de instrucción de la madre, se tiene, 23.% (7 madres) tiene un nivel de educación secundaria completa, un 47% (14 madres) tienen un nivel de educación superior incompleta, y 30%(9madres) tienen un nivel de educación superior completa.

## GRAFICO N° 2

### DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES



**TABLA N° 3**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN  
MADRES CON NIÑOS MENORES DE 1 AÑO CON SÍNDROME DOWN DE LA  
I.E.I “SAN JOSÉ” – CERCADO DE LIMA – 2012**

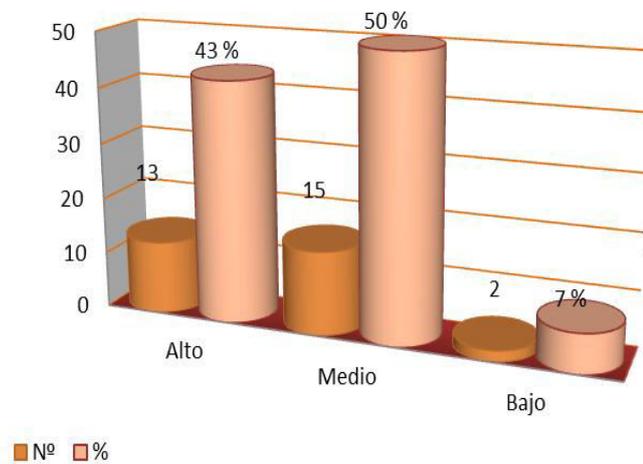
NIVEL	Frecuencia	Porcentaje
ALTO	13	43
MEDIO	15	50
BAJO	2	7
Total	30	100

Fuente: Elaboración Propia

**Interpretación:** Se observa que el 50% (15 madres) tienen un nivel de conocimiento medio, 43% (13 madres) tienen un nivel alto y el 7% (2madres) tienen un nivel bajo.

### GRAFICO N° 3

#### NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN MADRES CON NIÑOS MENORES DE 1 AÑO CON SÍNDROME DOWN DE LA I.E.I “SAN JOSÉ” – CERCADO DE LIMA – 2012



**TABLA N° 4**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN  
EL ÁREA MOTORA DE MADRES CON NIÑOS MENORES DE 1 AÑO  
CON SÍNDROME DOWN**

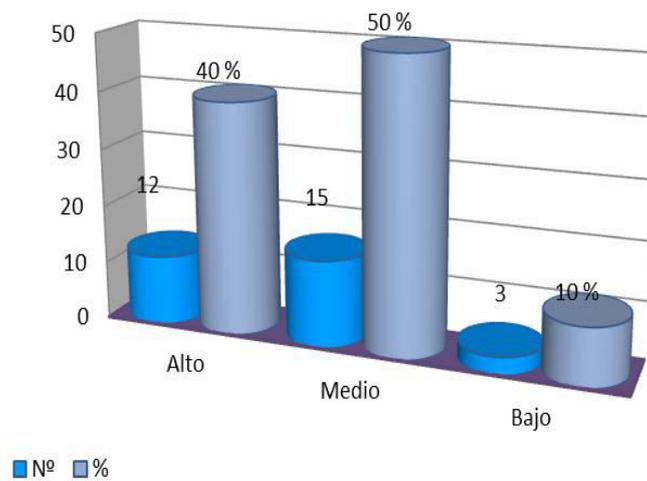
NIVEL	Frecuencia	Porcentaje
ALTO	12	40
MEDIO	15	50
BAJO	3	10
Total	30	100

Fuente: Elaboración Propia

**Interpretación:** Se observa que el 50% (15 madres) tienen un nivel de conocimiento medio, 40% (12 madres) tienen un nivel alto y el 10% (3madres) tienen un nivel bajo.

#### GRAFICO N° 4

### NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL ÁREA MOTORA DE MADRES CON NIÑOS MENORES DE 1 AÑO CON SÍNDROME DOWN



**TABLA N° 5**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL  
ÁREA VERBAL (LENGUAJE) DE MADRES CON NIÑOS MENORES DE 1  
AÑO CON SÍNDROME DOWN**

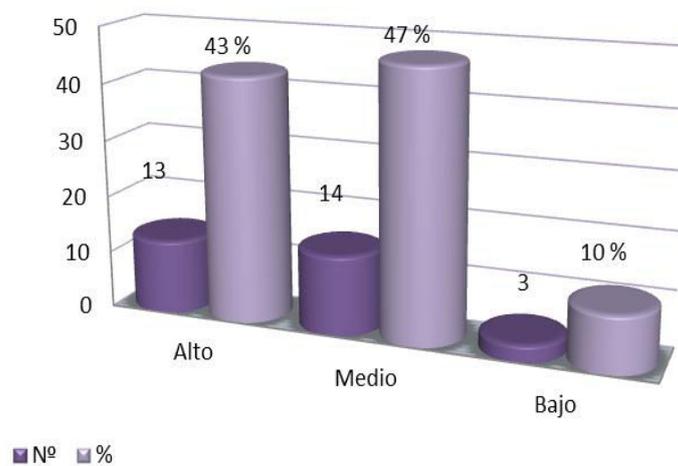
NIVEL	Frecuencia	Porcentaje
ALTO	13	43
MEDIO	14	47
BAJO	3	10
Total	30	100

Fuente: Elaboración Propia

**Interpretación:** Se observa que el 50% (15 madres) tienen un nivel de conocimiento medio, 40% (12 madres) tienen un nivel alto y el 10% (3madres) tienen un nivel bajo.

### GRAFICO N° 5

#### NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL ÁREA VERBAL (LENGUAJE) DE MADRES CON NIÑOS MENORES DE 1 AÑO CON SÍNDROME DOWN



**TABLA N° 6**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA  
EN EL ÁREA SOCIAL DE MADRES CON NIÑOS MENORES DE 1  
AÑO CON SÍNDROME DOWN**

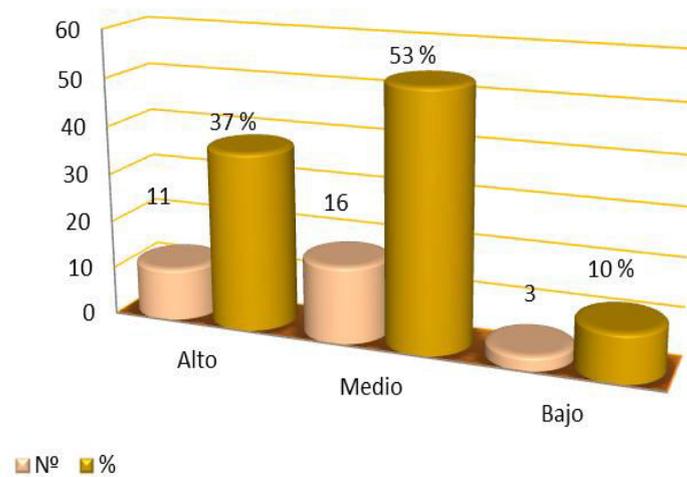
NIVEL	Frecuencia	Porcentaje
ALTO	11	37
MEDIO	16	53
BAJO	3	10
Total	30	100

Fuente: Elaboración Propia

**Interpretación:** Se observa que el 53% (16 madres) tienen un conocimiento sobre estimulación temprana en el área social de nivel medio, el 37% (11 madres) tienen un nivel alto y el 10% (3madres) tienen un nivel bajo.

## GRAFICO N° 6

### NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL ÁREA SOCIAL DE MADRES CON NIÑOS MENORES DE 1 AÑO CON SÍNDROME DOWN



## CAPITULO V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Al iniciar la investigación se tuvo en cuenta la edad de las madres, observándose que el 50 % de las madres que constituyen la muestra de estudio y predomina más las madres adultas jóvenes y maduras. Analizando sus edades de se puede inferir que la población es prioritariamente adulta joven lo cual le permite adquirir la madurez física y psicológica, educar y cuidar mejor a sus hijos. Asimismo al grado de instrucción de la madre, se tiene, 23.% (7 madres) tiene un nivel de educación secundaria completa, un 47% (14 madres) tienen un nivel de educación superior incompleta, y 30%(9madres) tienen un nivel de educación superior completa. Entonces se destierra la premisa que decía de manera equivocada que solo las de nivel de instrucción muy bajo no cuidan ni estimulan bien a sus niños.

La educación debe ser un medio para que la persona tenga formación idónea para ejecutar sus derechos e ideas. Debe recibir la información que “lo nutra” y no que lo mantenga como un receptor vacío y pasivo, a mayores conocimientos mayores y mejores capacidades, educaciones y soluciones de problemas.

Se observa que el 50% (15 madres) tienen un nivel de conocimiento medio, 43% (13 madres) tienen un nivel alto y el 7% (2madres) tienen un nivel bajo. Analizando lo encontrado podemos decir que existe un nivel de conocimiento medio y no es del todo aceptable pero se puede considerar que un soporte educativo podría hacer que mejoren estos resultados ya que existe una tendencia de un nivel alto de conocimiento y muy pequeño porcentaje de la muestra de estudio con un nivel bajo.

## CONCLUSIONES

- El conocimiento de las madres acerca de estimulación temprana en niños menores de un año con síndrome de Down, es de nivel medio con tendencia de ser alto. Haciendo posible considerar que con un mejor soporte educativo puede cambiar de ser medio a un nivel alto.
- El nivel de conocimiento que tienen las madres respecto a generalidades definición, Importancia, recursos que utiliza, momento en que se realiza, reconocimiento de las áreas de desarrollo, es de medio a alto, lo cual es favorable para desarrollar las potencialidades del niño.
- El nivel de conocimiento de las madres sobre estimulación temprana en el área de motora es de nivel medio lo cual no permitirá una manera adecuada de comunicación y expresión de sentimientos y deseos del niño poniendo en riesgo su socialización.
- El nivel de conocimiento de las madres sobre estimulación temprana en el área de lenguaje es medio, lo cual no permitirá que niño vaya aprendiendo a coordinar lo que ve con lo que hace, lo que oye con lo que ve.
- El nivel de conocimiento de las madres sobre estimulación temprana en el área de social es medio, lo que permite desarrollar conductas específicas, que reflejan la interacción con la maduración psico-afectiva.

## **RECOMENDACIONES**

- Fortalecer el programa de atención del niño con síndrome de Down, para que las enfermeras puedan brindar la información necesaria a las madres para disminuir el riesgo de salud y retraso en el niño.
- Coordinar con la escuela para implementar al programa una atención integral al niño con Síndrome de Down, para mejorar el nivel de conocimiento de las madres acerca de estimulación temprana, poniéndole más énfasis en el área motora y del lenguaje, para favorecer el desarrollo integral del niño.
- Coordinar la creación de talleres de estimulación temprana en el colegio, para las madres en horarios rotativos.
- Coordinar la creación de centros de rehabilitación, para el seguimiento adecuado, capacitación a las madres, familiares y personas a cargo de los niños con Síndrome de Down para adecuada estimulación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Rodríguez Siu Katti y Cegaran Rey Carlos. Antecedentes de Riesgo y Parálisis Cerebral. Hogar Clínica San Juan de Dios I.R.I Milagroso Niño de Jesús. CODAM.PNP. U.N.M.S.M. Lima – Perú.
- (2) Reymel Rodríguez Rodríguez. Estudio de Prevalencia de los factores de riesgo de Parálisis Cerebral en el Hospital Nacional Docente Madre- Niño. San Bartolomé. U.N.M.S.M Lima- Perú.
- (3) Niveles Zoraida Santayana Calasaya. Parálisis Cerebral en niños sin relación a una noxa natal obvia. U.N.M.S.M Lima – Perú. Tesis para optar el titulo de Especialista en Medicina de Rehabilitación.
- (4) Fejerman Álvarez. Neurología Pediátrica 2° Edic 2000.
- (5) Menenghelo. “Pediatria”. Editorial Médica Panamericana. 2007, Buenos Aires. Pág. 2158
- (6) Nelson, Waldo. Tratado de Pediatría Editorial Mc. Graw Hill Interamericana. 2005, México. Pág.1629.
- (7) Stanley –F.J Determinantes prenatales en desórdenes motores. Pediatría suplemento 2004. Julio N° 422 Pág. 92 – 102.
- (8) Miguel Puyuelo, Pilar Poo. Logopedia en Parálisis Cerebral. Diagnóstico y tratamiento. Edit. Masson S.A. 1999 – 2000. Pág. 481
- (9) Osler. 2016. Problemas de salud en niños 2000 Pag. 34 a 37
- (10) American Academy for Cerebral Palsy.
- (11) Krageloh – Mann
- (12) Hagberg y colab. Department of Pediatrics Goteborg University, Sweden 200. Aug. 85 Pág. 954 – 960

- (13) Keneth Swaiman. Neurología Pediátrica. Mosby 1996. Pág. 481
- (14) Dr. Marco Antonio Alpiste Díaz. Meningitis Bacteriana: Estudio clínico, diagnóstico y factores de riesgo asociado a secuelas neurológicas.
- (15) Clinics in Perinatology Vol N° 24 Sept 21. 1999. Neurologic Disorder in the new Born Brain. Injury in the Premature Infant Joseph Volte M.D.
- (16) Sánchez, Ana María. (S/F) Deporte y Síndrome de Down. [Documento en línea] Canal Down 21. Disponible: <http://www.down21.org/> [Consulta: 2006, Agosto 26]. Sepúlveda
- (17) Vildósola A, López F, López Aguilar E, Bautista E M, Cervantes R, L. ¿Qué tan capaces son los padres de niños con síndrome de Down en el cuidado de infecciones de vías respiratorias altas y la detección de complicaciones? Boletín Médico del Hospital Infantil de México 2005; 62(6) : 443-448
- (18) Vived, J. (2006, Noviembre, 4a). Características cognitivas y de aprendizaje en el síndrome de Down. Implicaciones educativas. Ponencia presentada en el X Congreso Internacional sobre síndrome de Down "Abriendo nuevas puertas. Respuestas a los retos del siglo XXI", Caracas.
- (19) TAYLOR SG. DOROTHEA E. Orem, Teoría del déficit de autocuidado. En: Marriner A, Raile M. Modelos y teoría en enfermería. 6ª ed. España: Elsevier; 2007., p. 267-295.

**ANEXOS**



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
“ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA”

**CUESTIONARIO**

**I. PRESENTACION.**

Sra. Buenos días, soy Lissette Flores Peralta; estudiante de Enfermería en este momento me encuentro Realizando un trabajo de Investigación que se va a aplicar en esta institución; titulado “Nivel de conocimiento sobre estimulación temprana en madres con niños menores de 1 año con síndrome de Down de la I.E.I san José – cercado de Lima – 2012”, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre estimulación temprana.

El cuestionario es anónimo, por lo que solicito que responda con veracidad y precisión estas preguntas, agradeciendo de antemano su sinceridad y colaboración.

**II. INSTRUCCIONES**

Lea detenidamente cada pregunta y luego marque con un aspa (X) la o las respuestas correctas según crea conveniente.

**A. Datos generales :**

1. Edad de la madre: .....

2. Número de hijos:.....

3. Edad de su último hijo:.....

4. Lugar de procedencia: .....

5. Años de residencia en la capital: .....

6. Grado de instrucción:

a) Primaria incompleta ( )

b) Primaria completa ( )

c) Secundaria incompleta. ( )

- d) Secundaria completa. ( )
- e) Superior incompleta ( )
- f) Superior completa. ( ) Especifique.....
- g) Pos grado incompleto ( )
- h) Pos grado completo. ( )

7. Ocupación:

- a) Ama de casa ( )
  - b) Obrera ( )
  - c) Estudiante ( )
  - d) Independiente ( )
  - e) Trabajo eventual ( )
  - f) Otros ( )
- Especifique.....

**B. Datos sobre la estimulación temprana:**

A- Estimulación temprana es:

- a. Darle juguetes al niño para que se entretenga.
- b. Un conjunto de estímulos que ayudaran a desarrollar sus potencialidades.
- c. Hacer niños genios y superdotados.

B- La Estimulación Temprana es importante porque :

- a. Permite desarrollar las potencialidades del niño.
- b. Permite que el niño aprenda a cortar, pegar, cantar.
- c. Evitará el retraso mental en el niño.

C- Para estimular al niño se requiere

- a. Costosos juguetes aparatos complejos.
- b. Caricias, masajes y material que se encuentra en casa.
- c. Acudir a centros especializados.

D- En qué momento se debe de realizar la estimulación temprana

- a. Cuando se trae a vacunar al niño.
- b. En un tiempo y lugar especial para realizarlo.
- c. En cualquier momento, se puede aprovechar (al bañarlo, cambiarlo, alimentarlo) para estimularlo.

➤ **Área Motora**

1- La inteligencia y las habilidades se logra:

- a. Hereditariamente, es genético, vienen con el niño al nacer.

- b. Gradualmente, se va logrando desarrollar los diferentes aspectos del desarrollo del niño. (Motora, lenguaje, cognitivo, social)
- c. Automáticamente no necesita estímulos para que se desarrollen.

2- El desarrollo motor en el niño es importante porque:

- a. Permite que el niño pueda adquirir gradualmente fuerza muscular y controlar sus movimientos.
- b. Permite que el niño pueda caminar y correr a temprana edad (antes de los 9 meses)
- c. Evita que el niño tenga caídas constantes al caminar.

3- Para estimular a un niño de 0 a 3 meses a que sostenga la cabeza en posición prona ( boca abajo, echado de barriga) Ud. debe :

- a. Dejarlo que duerma todo el día.
- b. Cogerlo de las manitas y llevarlo a posición sentado.
- c. Ponerle música suave.

4- Para estimular a un niño de 4 a 6 meses a que se siente con apoyo Ud. debe:

- a. Hacer que tome los dedos y trate de sentarse, luego colocarle almohadas a manera de cuña para ayudarlo a sostenerse.
- b. Hablarle cantarle y llamarlo por su nombres.
- c. Acostumbrarlo a ruidos normales de la casa.

5- El desarrollo motor en el niño está dado por :

- a. La habilidad del niño para hablar.
- b. Caminar y correr correctamente.
- c. La adquisición gradual de fuerza muscular y control de sus movimientos.

6- Para estimular a un niño de 4a 6 meses a que reconozca las características de los objetos Ud. debe:

- a. Sentarlo con apoyo y hablarle.
- b. Proporcionarle objetos con diferentes texturas (formas, grosores) para que los identifique.
- c. Llevarlo de paseo y mostrarle colores.

### ➤ **Área Verbal**

7- El desarrollo del lenguaje en el niño es importante porque

- a. Permite que el niño logre comunicarse y exprese sus emociones.
- b. Permite que el niño pueda hablar correctamente desde aproximadamente los 8 meses.

- c. Permite que el niño desarrolle sus habilidades y curiosidad.
- 8- Para estimular a un niño de 0 a 3 meses a que gorgoree y emita sonidos Ud. debe:
- Enseñarle oraciones completas.
  - Hablarle y cantarle cuando lo baña y viste.
  - Ponerle música de diferentes tipos y tonos.
- 9- Para estimular a un niño de 4 a 6 meses a que este en capacidad de pronunciar vocales Ud. debe:
- Colocar juguetes que floten en la bañera.
  - Nombrar a las personas y las cosas que tiene al costado, mientras se le da de comer
  - Parar al niño para que haga el intento de caminar.
- 10-Para estimular a un niño de 7a 11 meses a que pronuncie sílabas, y articule palabras Ud. debe:
- Enseñarle a identificar las partes de su cuerpo frente a un espejo.
  - Enseñarle frases como da da, agu agu.
  - Enseñarle a conocer a las personas
- 11-El desarrollo del lenguaje en el niño está dado por :
- El uso de palabras como: ma, pa.
  - Un proceso que va desde la emisión del sonido, hasta que el niño pueda comunicarse mejor con los demás.
  - La emisión de palabras correctas.
- 12-Para estimular a un niño de 0 a 3 meses a que busque el origen de los sonidos Ud. debe:
- Moverlo libremente al bañarlo y vestirlo.
  - Hacerle sonido para que gire la cabeza en busca de este.( Ejemplo, con una campanilla)
  - Cantarle canciones de cuna.

➤ **Área Social**

- 13-El desarrollo social en el niño es importante porque:
- Permite que el niño pueda relacionarse y vivir en sociedad.
  - Permite que el niño pueda hablar y reír normalmente,
  - Permite el desarrollo de funciones mentales y su forma de actuar.

14-El desarrollo social en el del niño incluye:

- a. Que el niño se aislé, y no se relacione con los demás.
- b. Que no llore, patalee y no se comunique.
- c. Un proceso donde el niño aprende a relacionarse con los demás.

15-Para estimular a un niño de 0 a 3 meses a que muestre interés en el rostro humano debe:

- a. Acostúmbrale a estar con distintas personas.
- b. Hablarle pronunciando despacio las palabras.
- c. Ayudarle a sentarse.

16-Para estimular a un niño de 7 a 11 meses a que se familiarice con el entorno Ud. debe:

- a. Evitar el contacto con niños inquietos.
- b. Llevarlo a la mesa para que él esté presente junto con toda la familia llamarlo por su nombre.
- c. Repetir los sonidos que el niño hace.

17-Para estimular a un niño de 4a 6 meses a que se adapte a ruidos cotidianos Ud. debe:

- a. Hablarle cariñosamente y sonreírle para que el niño sonría.
- b. Levantar al niño, darle vueltas y hacerlo saltar.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: "NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE ESTIMULACION TEMPRANA EN MADRES DE NIÑOS CON SINDROME DOWN MENORES DE 1 AÑO DE LA INTITUCION EDUCATIVA INICIAL SAN JOSE – 2012

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIO-NES	INDICADORES
<p><b>PROBLEMA GENERAL:</b></p> <p>¿Cuál es nivel de conocimiento acerca de estimulación temprana en madres de niños con síndrome de Down menores de 1 año de la I.E.I "San José" – Cercado de Lima - 2012?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL:</b></p> <p>Reconocer el nivel de Conocimiento sobre estimulación temprana en el área motora de madres con niños menores de 1 año con Síndrome Down de la I.E.I "San José" – Cercado de Lima - 2012</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECIFICOS:</b></p> <p>➤ Reconocer el nivel de Conocimiento sobre estimulación temprana en el área motora de madres con niños menores de 1 año con Síndrome Down de la I.E.I "San José" – Cercado de Lima -</p>	<p>Ha .-El nivel de Conocimiento sobre estimulación temprana en madres con niños menores de 1 año con Síndrome Down de la I.E.I "San José" – Cercado de Lima – 2012. Es Medio</p> <p>H°.- El nivel de Conocimiento sobre estimulación temprana en madres con niños menores de 1 año con Síndrome Down de la I.E.I "San José" – Cercado de Lima – 2012. Es bajo</p>	<p>Nivel de conocimiento acerca de Estimulación Temprana en las madres de Familia.</p>	<p><b>Generalidades</b></p> <p><b>Motora</b></p>	<p><b>-Definición</b>  <b>-Importancia</b>  <b>-Recursos que se utiliza</b>  <b>-Momento en que se realiza el reconocimiento de las tres áreas de desarrollo</b></p> <p><b>Estimulación en niños de 0 a 3 meses:</b>          -Sostiene la cabeza llevada a posición prona.</p> <p><b>Estimulación de niños de 4 a 6 meses de edad:</b>          -Se sienta con apoyo.</p> <p><b>Estimulación de niños de 7 a 11 meses:</b>          -Intenta caminar con ayuda.</p> <p><b>Estimulación del niño de 0 a 3</b></p>

	<p>2012</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Reconocer el nivel de Conocimiento sobre estimulación temprana en el área verbal de madres con niños menores de 1 año con Síndrome Down de la I.E.I "San José" – Cercado de Lima – 2012.</li><li>➤ Identificar el nivel de Conocimiento sobre estimulación temprana en el área social de madres con niños menores de 1 año con Síndrome Down de la I.E.I "San José" – Cercado de Lima – 2012.</li></ul>			<p style="text-align: center;"><b>Verbal</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Social</b></p>	<p><b>meses:</b> -Hablarle al vestirlo, alimentarlo.</p> <p><b>Estimulación del niño de 4 a 6 meses:</b> -Nombrarle las personas y cosas.</p> <p><b>Estimulación del niño de 7 a 11 meses:</b> -Nombrarles partes de su cuerpo. - Maduración cerebral -Identificación de objetos -Identificación de sonidos</p> <p><b>Estimulación del niño de 0 a 3 meses:</b> -Acostumbrarlo con otras personas.</p> <p><b>Estimulación del niño de 4 a 6 meses:</b> -Acostumbrarlos a los ruidos.</p> <p><b>Estimulación del niño de 7 a 11 meses:</b> -Tenerlo con toda la familia.</p>
--	---	--	--	---	---

--	--	--	--	--	--