

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA**

INFORME DE INVESTIGACIÓN:

**“ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL ÁREA MOTRIZ GRUESA DE
NIÑOS PREMATUROS DE 0 A 6 MESES DEL HOSPITAL MUNICIPAL
NUESTRA SEÑORA DE LA MERCED”**

Requisito previo para optar por el Título de Licenciada en Estimulación Temprana.

Autora: Flores Alcivar, Johanna Lissette

Tutora: Lcda. Mg. Pérez Constante, Myrian Biviana

**Ambato – Ecuador
Agosto 2015**

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL ÁREA MOTRIZ GRUESA DE NIÑOS PREMATUROS DE 0 A 6 MESES DEL HOSPITAL MUNICIPAL NUESTRA SEÑORA DE LA MERCED” de Johanna Lissette Flores Alcivar., estudiante de la Carrera de Estimulación Temprana, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Mayo del 2015

LA TUTORA

Lcda. Mg. Pérez Constante, Myrian Biviana

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación: **“ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL ÁREA MOTRIZ GRUESA DE NIÑOS PREMATUROS DE 0 A 6 MESES DEL HOSPITAL MUNICIPAL NUESTRA SEÑORA DE LA MERCED”** como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Mayo del 2015

LA AUTORA

Flores Alcivar, Johanna Lisette

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los Derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad. Siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Mayo del 2015

LA AUTORA

Flores Alcivar, Johanna Lisette.

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación sobre el tema: **“ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL ÁREA MOTRIZ GRUESA DE NIÑOS PREMATUROS DE 0 A 6 MESES DEL HOSPITAL MUNICIPAL NUESTRA SEÑORA DE LA MERCED”**, de Johanna L. Flores A., estudiante de la Carrera de Estimulación Temprana.

Ambato, Agosto del 2015

Para constancia firman

PRESIDENTE/A

1er VOCAL

2do VOCAL

DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico a Dios en primer lugar porque él me ha dado la sabiduría necesaria y fortaleza para poder salir adelante a pesar de los tropiezos que se han presentado en mi vida.

Le agradezco infinitamente a mis padres Gretty Alcivar y Gerardo Flores quienes me han apoyado en todo tiempo y jamás se han separado de mi ni por un instante, siendo ellos la base fundamental para poder culminar mis estudios y para continuar cumpliendo mis metas.

Johanna Flores

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por su amor incondicional porque sin él no sería capaz de lograr a cabalidad lo que me he propuesto, porque me ha demostrado que a pesar de las dificultades que pueda tener, con él estaré segura y todo saldrá bien.

Agradezco de manera especial a mis padres quienes siempre, sin importar nada han estado conmigo y han sido mi ayuda incondicional, enseñándome a ser fuerte y a no dejarme vencer por situaciones desagradables que suceden en nuestras vidas, gracias a mi familia y amigos que siempre me apoyaron y animaron para poder terminar mis estudios.

A mi Tutora Myrian Pérez quien con su paciencia y conocimientos me ha guiado para desarrollar este proyecto.

Agradezco también a todos los docentes de la Carrera de Estimulación Temprana quienes han sido mis guías en estos años de formación universitaria transmitiéndome su conocimiento y ayudándome a ser una mejor persona y profesional.

Johanna Flores

ÍNDICE GENERAL

Portada.....	i
Aprobación del tutor.....	ii
Autoría del trabajo de grado.....	iii
Derechos de autor.....	iv
Aprobación del jurado examinador.....	v
Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento.....	vii
Índice general.....	viii
Índice de cuadros.....	x
Índice de gráficos.....	xi
Resumen.....	xii
Summary.....	xiii

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Tema:-----	2
1.2 Planteamiento del problema -----	2
1.2.1 Contextualización -----	2
1.2.2 Análisis crítico-----	4
1.2.3 Prognosis -----	5
1.2.4 Formulación del problema-----	5
1.2.5 Preguntas directrices-----	5
1.2.6 Delimitación del problema-----	5
1.3 Justificación -----	6
1.4 Objetivos-----	7
1.4.1 Objetivo General -----	7
1.4.2 Objetivos Específicos-----	7

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes -----	9
2.2. Fundamento Filosófico -----	11
2.3. Fundamento Legal-----	11
2.4. Categorías Fundamentales-----	16
2.4.1 Variable Independiente-----	17
2.4.1.1 Atención de Salud -----	17
2.4.1.2 Atención Temprana-----	19
2.4.1.3. Estimulación Temprana -----	22
2.4.1.4. Principios de Estimulación Temprana.-----	25
2.4.1.5 . Estimulación Temprana en Neonatos Prematuros y/o Pretérmino. -----	26
2.4.1.6. Objetivos de la Estimulación Temprana en Neonatos Prematuros. -----	26
2.4.1.6. Desarrollo Integral -----	28

2.4.1.7 Áreas de desarrollo -----	30
2.4.1.6 Motricidad Gruesa -----	34
2.4.1.7 Desarrollo motriz-----	35
2.5. Hipótesis -----	39
2.6. Variables de la Hipótesis -----	39

**CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO**

3.1. Enfoque -----	40
3.2. Modalidad -----	40
3.3. Nivel-----	40
3.4. Población -----	41
3.5. Operación de Variables -----	42
3.6. Procesamiento y Análisis-----	44
4.2 Verificación de la hipótesis -----	63
4.2.1 Hipótesis estadística -----	65
4.2.2 Comprobación de la hipótesis -----	65

**CAPÍTULO V
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1 Conclusiones: -----	67
5.2 Recomendaciones -----	68

**CAPÍTULO VI
LA PROPUESTA**

6.1 Datos Informativos -----	69
6.2 Antecedentes -----	70
6.3 Justificación -----	71
6.4. Objetivos -----	72
6.4.1. Objetivo General:-----	72
6.4.2. Objetivos Específicos: -----	72
6.5. Análisis de Factibilidad-----	72
6.7 Modelo Operativo -----	122
6.8 Administración de la propuesta -----	123
6.9 Plan de monitoreo y evaluación de la propuesta -----	123

BIBLIOGRAFÍA.....	124
--------------------------	------------

ANEXOS.....	1248
--------------------	-------------

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Variable Independiente: Estimulación Temprana	42
Cuadro 2. Variable Dependiente: Motricidad gruesa.....	43
Cuadro 3. Grupo experimental	45
Cuadro 4. Niños a los que no se les aplicó Estimulación Temprana	46
Cuadro 5. Patea Vigorosamente	47
Cuadro 6. Levanta la cabeza cuando está en posición boca abajo	48
Cuadro 7. Cuando esta boca abajo levanta la cabeza y el pecho	49
Cuadro 8. Cuando está sentado mantiene el control de la cabeza.....	51
Cuadro 9. Se voltea de un lado al otro	52
Cuadro 10. Se sostiene sentado con ayuda	54
Cuadro 11. Distribución estadística	66
Cuadro 12. Modelo Operativo.....	122
Cuadro 13. Preguntas básicas.....	123

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Red de Inclusiones conceptuales	16
Gráfico 2. Niños y niñas a quienes se les aplicó ejercicios de Estimulación Temprana.....	45
Gráfico 3. Niños a los que no se les aplicó Estimulación Temprana (Grupo control)	46
Gráfico 4. Patea Vigorosamente	47
Gráfico 5. Levanta la cabeza cuando está en posición boca abajo.....	48
Gráfico 6. Cuando esta boca abajo levanta la cabeza y el pecho	49
Gráfico 7. Sostiene la cabeza cuando se lo toma de los brazos y se lo levanta	50
Gráfico 8. Cuando está sentado mantiene el control de la cabeza	51
Gráfico 9. Se voltea de un lado al otro.....	52
Gráfico 10. Intenta sentarse solo	53
Gráfico 11. Se sostiene sentado con ayuda	54
Gráfico 12. Curva de t de student.....	66

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

“ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL ÁREA MOTRIZ GRUESA DE NIÑOS PREMATUROS DE 0 A 6 MESES DEL HOSPITAL MUNICIPAL NUESTRA SEÑORA DE LA MERCED”

Autora: Flores Alcivar Johanna Lissette

Tutora: Lcda. Mg. Pérez Constante, Myrian Biviana

Fecha: Febrero del 2015

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo determinar la influencia de la Estimulación Temprana en el desarrollo motor grueso de los niños prematuros de 0 a 6 meses que acudieron al Hospital Municipal Nuestra Señora de la Merced.

En el cual se trabajó con actividades que se aplicaron en los niños con una duración de 6 meses, evaluando los avances obtenidos durante cada mes de realizadas las sesiones.

Se trabajó con una población de 5 niños como grupo experimental y 5 niños como grupo control, realizando actividades basadas en una guía realizada por la autora únicamente con los niños del grupo experimental y evaluando el desarrollo de los niños con el test de Nelson Ortiz , al terminar con los meses planteados para trabajar con los niños se realizó una última evaluación para saber si se obtuvo o no avances con la aplicación de las actividades, en los cuales se obtuvo un resultado positivo con los niños con los que se trabajó.

De esta manera se puede decir que la Estimulación Temprana influye en el desarrollo del área motora gruesa del niño prematuro de 0 a 6 meses.

Una vez hecha la investigación se procedió a realizar una Propuesta de actividades, la misma que está orientada a facilitar la labor docente, y aportar con un material práctico, la que se denomina: Guía de desarrollo del área motriz gruesa para niños prematuros de 0 a 6 meses de edad.

PALABRAS CLAVES: ESTIMULACIÓN _ TEMPRANA, DESARROLLO _ INTEGRAL, MOTRICIDAD _ GRUESA, NIÑOS _ PREMATUROS, ATENCIÓN _ INTEGRAL.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
PACING EARLY CAREER

"EARLY STIMULATION DRIVE GROSS AREA OF PREMATURE CHILDREN 0 TO 6 MONTHS MUNICIPAL HOSPITAL OUR LADY OF MERCY"

Author: Flores Alcivar Johanna Lissette.

Tutor: Atty. Mg. Perez Constante, Myrian Biviana

Date: February 2015

SUMMARY

This study aims to determine the influence of the Early Stimulation in gross motor development of premature infants of 0-6 months who presented to Municipal Hospital Our Lady of Mercy.

In which we worked with activities that were applied in children with a duration of six months, assessing the progress made during each month conducted the sessions.

We worked with a population of 5 children as experimental group and 5 children as a control group, made based on a guide by the author alone with the children in the experimental group and evaluating the development of children with the test of Nelson Ortiz, activities ending months set for working with children a final assessment of whether or not advances obtained with the implementation of activities in which a positive result with the children with whom we worked was obtained was performed.

Thus it can be said that early stimulation influences the development of gross motor area of the premature baby of 0-6 months.

Once the investigation proceeded to make a proposal of activities, it is oriented to facilitate teaching, and provide a practical material, which is called: Development Guide gross motor area premature infants from 0 to 6 months old.

KEYWORDS: EARLY_STIMULATION, INTEGRAL_DEVELOPMENT, MOTOR_GROSS, PREMATURE_CHILDREN, COMPREHENSIVE_CARE.

INTRODUCCIÓN

La Estimulación Temprana en el área motriz gruesa tiene como objetivo contribuir para que las niñas y niños prematuros tengan un buen desarrollo de las destrezas y habilidades, ayudando asimismo a los docentes que trabajan con estos niños.

La Estimulación Temprana tiene consideración con varias áreas del desarrollo como son las capacidades motoras, de lenguaje, cognitivas y sociales con ayuda de actividades, juegos, y estímulos repetitivos en los cuales se utiliza los potenciales físicos e intelectuales de los niños y niñas.

La Estimulación Temprana busca apoyar a los niños y niñas de una forma apropiada, no se emplea antes de tiempo ni se anticipa a procesos ya que el objetivo de la Estimulación Temprana no es adelantarse al desarrollo de los niños, sino es ofrecer métodos y técnicas que sirvan para el buen desarrollo del niño lo cual aportará potencializando destrezas y habilidades según su desarrollo tanto físico, emocional e intelectual.

La presente investigación se centra principalmente en el área motriz gruesa de niños prematuros de 0 a 6 meses.

Cada uno de los ejercicios de la guía tiene como objetivo lograr a que los niños prematuros puedan nivelarse con los niños nacidos a término e incluso llegar a superarlos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Tema:

Estimulación Temprana en el área motriz gruesa de niños prematuros de 0 a 6 meses del Hospital Municipal nuestra señora de la Merced.

1.2 Planteamiento del problema

1.2.1 Contextualización

Macro

En los últimos años se viene sosteniendo (Grupo Prematuridad,1997; Romero, Muñoz y Gómez, 1994) que el parto pretérmino se entiende mejor si no se le considera como una entidad clínica única, sino como un síndrome , si tenemos en cuenta que de él desemboca una serie de etiologías distintas aptas de poner en marcha el proceso complejo del inicio del parto. Esta concepción de la prematuridad como síndrome (Grupo Prematuridad, 1997; Huiza, Pacora, Santivañez, Castro y Ayala, 2003) partiría, pues, del hecho de considerar como punto inicial, el parto anterior a las 37 semanas de gestación, y una gran diversidad de posibles causas o factores para su ocurrencia. Esos factores diversos proceden a actuar inusualmente de forma aislada, pero lo frecuente es que haya una confluencia de causas hipotéticas que por sí solas no harían posible la prematuridad, pero que, al actuar de forma coordinada en una mujer determinada, impulsa el nacimiento de un niño prematuro. (Sánchez Caravaca, 2006)

El término de estimulación muestra sus inicios en el documento de la Declaración de los Derechos del Niño el 20 de noviembre de 1959.

(Declaración Universal de los Derechos Humanos), éste fue encaminado como un modo especializado de atención a los niños que nacen en circunstancias de alto riesgo biológico y social, por lo que podrían ser considerados como personas con necesidades especiales. En esta declaración de la ONU se explica que con esto se privilegia a pro personas que proceden de familias marginales, carenciadas o necesitadas. (Díaz Ludeña, 2013)

Meso

Según un informe dado a conocer en Nueva York por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las fundaciones March of Dimes y Save the Children, nacen todos los años 15 millones de bebés uno de cada 10 nacimientos son prematuros. Estas cifras, mayores de lo que se esperaba, fueron en aumento en los últimos 20 años en los 65 países de los que se cuenta con datos, menos en Croacia, Estonia y Ecuador.

El Dr. Howson. menciona que “Un número de países, por ejemplo, Ecuador, Botsuana, Turquía, Omán y Sri Lanka han reducido a la mitad las muertes neonatales por nacimientos prematuros a través de mejorar la atención a las complicaciones graves como infecciones y dificultades respiratorias. Estas intervenciones son particularmente eficaces en la prevención de la muerte en los bebés moderadamente prematuros, que representan más del 80 por ciento de todos los nacimientos prematuros.”

Pese a que Ecuador no está en un rango crónico, el Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia señala que es un problema poco atendido. Desde el 2008, menciona la directora Margarita Velasco, la tasa de mortalidad se ha estancado. Es decir, no ha subido, pero tampoco ha disminuido. Según las cifras del INEC, las razones de muerte en los neonatos, son relacionadas con trastornos

durante una gestación corta. La segunda causa, son las dificultades respiratorias del bebé al nacer (INEC 2008). (Aráuz Herrera, 2012)

Micro

El índice de prevalencia de niños prematuros en el Hospital Municipal Nuestra Señora de la Merced de la ciudad de Ambato no es muy alta, sin embargo en los casos que han tenido se ha observado que estos niños presentan dificultades en el área motriz gruesa puesto que no se cuenta con un buen plan estratégico de Estimulación Temprana, para reducir los problemas motores que pueden tener los niños por el mismo hecho de que sus órganos no están lo suficientemente maduros como para desarrollarse de una manera correcta en las diferentes áreas, a más que los padres no cuentan con una información adecuada de cómo se deben tratar a éstos niños desde el momento que nacen y la manera en que ellos van cumpliendo los hitos del desarrollo según la edad que tienen, estos datos se pudieron receptor en el área de pediatría del Hospital Municipal nuestra señora de la Merced.

En nuestro país el Hospital Municipal nuestra señora de la Merced de la ciudad de Ambato es una institución que brinda atención en salud ayudando a mejorar el bienestar de las personas brindándoles un servicio de calidad y calidez.

1.2.2 Análisis crítico

Los niños nacidos prematuros tienen un mayor riesgo de tener dificultad en su motricidad gruesa durante su desarrollo por el mismo hecho de que aun sus músculos y órganos no están lo suficientemente maduros y listos para tener un proceso de evolución completamente normal, sin un adecuado trabajo y seguimiento del niño puede llegar a presentar varias dificultades como son un retraso notorio en sus habilidades motoras que afectan en gran medida en su desarrollo normal en sus distintas etapas de vida, provocando una cifra significativa de prematuros afectados en su crecimiento normal.

El niño prematuro puede desarrollar malos hábitos de postura que pueden llegar a perjudicar su coordinación que no solo lo afectarán a él sino también a su familia

ya que ellos tendrán que estar pendientes del niño la mayoría del tiempo, muchas veces descuidando sus labores cotidianas, produciendo preocupación por parte de sus padres al no saber qué hacer con su hijo y como ayudarlo para que se desarrolle de mejor manera. El niño prematuro que no ha sido atendido tempranamente y no tuvo un seguimiento en sus etapas de evolución tiene mayor riesgo de presentar secuelas motoras, y puede presentar dificultades para desarrollarse adecuadamente ya que tendrá un retraso que puede ser significativo al momento de realizar las distintas actividades expuestas por sus padres o maestros.

1.2.3 Prognosis

Al no dar solución al problema planteado sobre la influencia de la Estimulación Temprana en el Área Motriz los niños pueden llegar a tener diversas dificultades en su motricidad gruesa afectando a su desarrollo normal impidiendo que tenga una evolución regular en sus actividades.

1.2.4 Formulación del problema

¿Cómo influye la Estimulación Temprana en el área motriz gruesa de niños prematuros de 0 a 6 meses del Hospital Municipal nuestra señora de la Merced?

1.2.5 Preguntas directrices

¿Cuál es el desarrollo motor que actualmente presentan los niños prematuros?

¿Qué estrategias de la Estimulación Temprana mejoran el desarrollo del área motriz gruesa en los niños prematuros de 0 a 6 meses?

¿Qué actividades de Estimulación Temprana se pueden realizar para el mejoramiento del desarrollo del área motriz gruesa de los niños prematuros de 0 a 6 meses?

1.2.6 Delimitación del problema

Campo: Desarrollo Integral

Área: Áreas de Desarrollo

Aspecto: Motricidad gruesa

Espacio: Se lo realiza en el área de neonatología del Hospital Municipal nuestra señora de la Merced.

Tiempo: En el periodo Junio 2014– Enero del año 2015

1.3 Justificación

Es importante realizar Estimulación Temprana con los niños prematuros ya que de esta manera se ayudará a reducir en gran medida el retraso motor grueso que los niños pueden presentar por el hecho de que sus órganos y músculos no se encuentran lo suficientemente maduros como para desarrollarse de modo óptimo.

Los niños prematuros teniendo un plan en Estimulación Temprana podrán tener un desarrollo adecuado en el área motriz ya que disminuirán en gran medida los problemas que acarrearán en los movimientos gruesos.

Los beneficiarios con la Estimulación Temprana son el niño en primer orden ya que él tendrá la ayuda directa para tener un tratamiento óptimo, los padres podrán estar más calmados y sin preocupaciones de cómo será el desarrollo de su hijo y de tal manera no se descuidarán de otras ocupaciones.

El proyecto que se realiza es factible puesto que cuenta con recursos apropiados para completar de una manera exitosa la Estimulación con niños prematuros, pues se cuenta con el respectivo permiso por parte de las autoridades del Hospital y de los padres de los niños con los que se trabajará, el tiempo del trabajo con los niños es el adecuado ya que existe un acuerdo entre el equipo interdisciplinario.

Este es un proyecto con interés social, pues a través del trabajo con los niños prematuros se puede contar en un futuro con niños que no tengan dificultad al momento de realizar alguna actividad para la sociedad, rindiendo de la misma manera que los demás individuos, la sociedad tendrá ganancia ya que a largo

plazo contará con personas que tengan un desarrollo adecuado para ayudar al país teniendo ideas innovadoras y excelentes resultados tanto en el campo académico como laboral.

La idea del trabajo realizado es original ya que se ha trabajado con los niños desde el momento en el que estaban en neonatología, algo que por lo general en las entidades hospitalarias no permiten por causas preventivas de la institución, a mas que se ha tenido un seguimiento de los niños con ayuda y colaboración de los padres de familia y profesionales de la salud.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

- Determinar la influencia de la Estimulación Temprana en el desarrollo motor grueso de los niños prematuros de 0 a 6 meses del Hospital Municipal nuestra señora de la Merced.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar el grado de desarrollo del área motriz gruesa de los niños nacidos prematuros antes y después de la Estimulación Temprana.
- Identificar las estrategias de Estimulación Temprana que mejoran el desarrollo del área motriz gruesa del niño prematuro de 0 a 6 meses.
- Crear una guía de actividades para niños prematuros de 0 a 6 meses en el área motriz gruesa.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Tema: Seguimiento del desarrollo psicomotor de prematuros extremos mediante la escala de Desarrollo Infantil de Kent (EDIK) complementada por los padres y situación neuro evolutiva a los 2 y 5 años.

Autor (a): Eleba Alcover Bloch (2010)

Población: Recién nacidos (RN) prematuros extremos, es decir con EG \leq 31 semanas y/o PN \leq 1.500 g, procedentes de las UCI neonatales de la Agrupación Sanitaria Hospital Sant Joan de Déu – Hospital Clínic.

Se trabajó con niños prematuros excepto con los que presentaban cromosomopatías, malformaciones del sistema nervioso central y barrera idiomática.

Conclusión : Según los autores antes mencionados plantean que

La aplicación sistemática de la variable “riesgo de secuelas” en el momento del alta del prematuro extremo permitiría, aparte de proporcionar información más detallada a los padres sobre el posible futuro de su hijo, orientar la intensidad del seguimiento en función del riesgo del paciente, favoreciendo así la optimización de los recursos hospitalarios.

La EDIK es un instrumento de fácil aplicación, costes reducidos y alta fiabilidad con relación a los test de *screening* utilizados (Haizea-Llevant), que permite implicar a los padres en el desarrollo de su hijo, y por lo tanto puede ser una excelente herramienta para evaluar la correcta evolución del desarrollo psicomotor durante el primer año de vida, tanto en el seguimiento hospitalario de los pacientes de riesgo como en la valoración habitual en las consultas de atención

primaria.

Tema: Efectos del Programa de Intervención Temprana del INRPAC en el desarrollo motor de prematuros menores de 1500 grs. De peso al nacer y/o menores de 32 semanas de edad gestacional

Autor (a): Pamela Carolina Saavedra y Aguilera Juan Pablo Saavedra Labrín (mayo a octubre del 2005)

Conclusión:

Por lo tanto, los autores plantean que en cuanto a las pruebas que el test propone según las edades de los niños, podemos ver que en la primera medición, en que los niños no sobrepasaban la edad motora de 3 meses, estas pruebas abarcan motricidad gruesa, en comparación a las pruebas que se efectuaron en la segunda medición, en que las edades iban desde los 3 a los 7 meses de edad motora, donde ya no sólo se ve la motricidad gruesa sino que también la motricidad fina, que es más compleja e involucra aspectos más elaborados de la conducta motora. Es por esto que, quizás la mayoría de los niños arroja un resultado cercano a lo normal en los primeros meses, pero no en meses mayores, en que la exigencia de las pruebas revela más problemas de destreza motora compleja, con lo que no se pudo disminuir su diferencia entre EM y ECC. Esto también puede haber influido en que las mejoras en el desarrollo motor medidas a través de la diferencia entre EM y ECC no hayan sido significativas.

Tema: Importancia de la Estimulación Temprana realizada en neonatos prematuros y/o Pretérmino del área de Neonatología del hospital Carlos Andrade Marin, durante el año 2012.

Autor (a): Andrea Jannine Páez Chávez (Ibarra 2013)

Población: La población a estudiarse son neonatos prematuros y/o pretérmino hospitalizados en el Área de Neonatología del Hospital Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito.

Conclusión:

Los mencionados autores concluyen que la Estimulación Temprana o adecuada aplicada en los Neonatos Prematuros y/o Pretérminos Hospitalizados, permite y contribuye a una adaptación extrauterina y desarrollo neuromotor adecuado.

Dentro de los beneficios de la aplicación de la estimulación temprana en los neonatos prematuros y/o pretérminos tenemos que ganan pesos, mejoran las funciones auditivas y visuales, disminución de apneas y bradicardias, evita el estrés en el neonato durante procedimientos quirúrgicos dolorosos y promueve una sensación de seguridad, como también disminuye los días de estancia en el hospital.

2.2. Fundamento Filosófico

El enfoque que se quiere dar al presente proyecto es de tipo epistemológico ya que se desea tener un conocimiento claro de si las variables tiene relación y como se trabajará de una forma adecuada para que los niños prematuros obtengan un resultado óptimo al brindarles Estimulación Temprana, a más que se tendrá un conocimiento de cómo es el desarrollo y evolución del área motora en cada niño, y para esto se deberá tener un previo estudio de los materiales y test que se van a utilizar para el trabajo con los prematuros.

2.3. Fundamento Legal

DERECHOS:

En la Constitución Nacional del Estado Ecuatoriano en su Sección Séptima dice:

Artículo 32.-

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin

exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

Artículo 36.-

Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

Sección quinta

Niñas, niños y adolescentes

Artículo 45.-

El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, los niños y adolescentes y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se aplicará el principio de su interés superior, y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas.

Las niñas, los niños y adolescentes tienen derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales.

Artículo 46.-

Las niñas, los niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción.

Las niñas, los niños y los adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social; al respeto de su libertad y dignidad; a ser consultados en los asuntos que les afecten; a educarse de manera prioritaria en su idioma y en los contextos culturales propios de sus pueblos y nacionalidades; y a recibir información acerca de sus progenitores o familiares ausentes, salvo que fuera perjudicial para su bienestar.

Artículo 47.-

El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes:

- a) Atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos.

Artículo 358.-

El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Artículo 359.-

El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actoras y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Artículo 363.-

El Estado será responsable de:

1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.
2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.
3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.
4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.
5. Brindar atención y cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.
6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.
7. Promover el desarrollo integral del personal de salud.

Código de la Niñez y Adolescencia

Artículo 27.-

Derecho a la salud.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual.

Artículo 32.-

Responsabilidad del Estado en relación a este derecho a la salud. - Son obligaciones del Estado, que se cumplirán a través del Ministerio de Salud:

1. Elaborar y poner en ejecución las políticas, planes y programas que favorezcan el goce del derecho contemplado en el artículo anterior;
2. Fomentar las iniciativas necesarias para ampliar la cobertura y calidad de los servicios de salud, particularmente la atención primaria de salud; y adoptará las medidas apropiadas para combatir la mortalidad materno infantil, la desnutrición infantil y las enfermedades que afectan a la población infantil;
3. Promover la acción interdisciplinaria en el estudio y diagnóstico temprano de los retardos del desarrollo, para que reciban el tratamiento y estimulación oportunos;

4. Garantizar la provisión de medicina gratuita para niños, niñas y adolescentes;
5. Controlar la aplicación del esquema completo de vacunación;
6. Desarrollar programas de educación dirigidos a los progenitores y demás personas a cargo del cuidado de los niños, niñas y adolescentes, para brindarles instrucción en los principios básicos de su salud y nutrición, y en las ventajas de la higiene y saneamiento ambiental; y, 7. Organizar servicios, de atención específica para niños, niñas y adolescentes con discapacidades físicas, mentales o sensoriales.

Artículo 55.-

Derecho de los niños, niñas y adolescentes con discapacidades o necesidades especiales.- Además de los derechos y garantías generales que la ley contempla a favor de los niños, niñas y adolescentes, aquellos que tengan alguna discapacidad o necesidad especial gozarán de los derechos que sean necesarios para el desarrollo integral de su personalidad hasta el máximo de sus potencialidades y para el disfrute de una vida plena, digna y dotada de la mayor autonomía posible, de modo que puedan participar activamente en la sociedad, de acuerdo a su condición. Tendrán también el derecho a ser informados sobre las causas, consecuencias y pronóstico de su discapacidad y sobre los derechos que les asisten. El Estado asegurará el ejercicio de éstos derechos mediante su acceso efectivo a la educación y a la capacitación que requieren; y la prestación de servicios de estimulación temprana, rehabilitación, preparación para la actividad laboral, esparcimiento y otras necesarias, que serán gratuitos para los niños, niñas y adolescentes cuyos progenitores o responsables de su cuidado no estén en condiciones de pagarlos.

2.4. Categorías Fundamentales

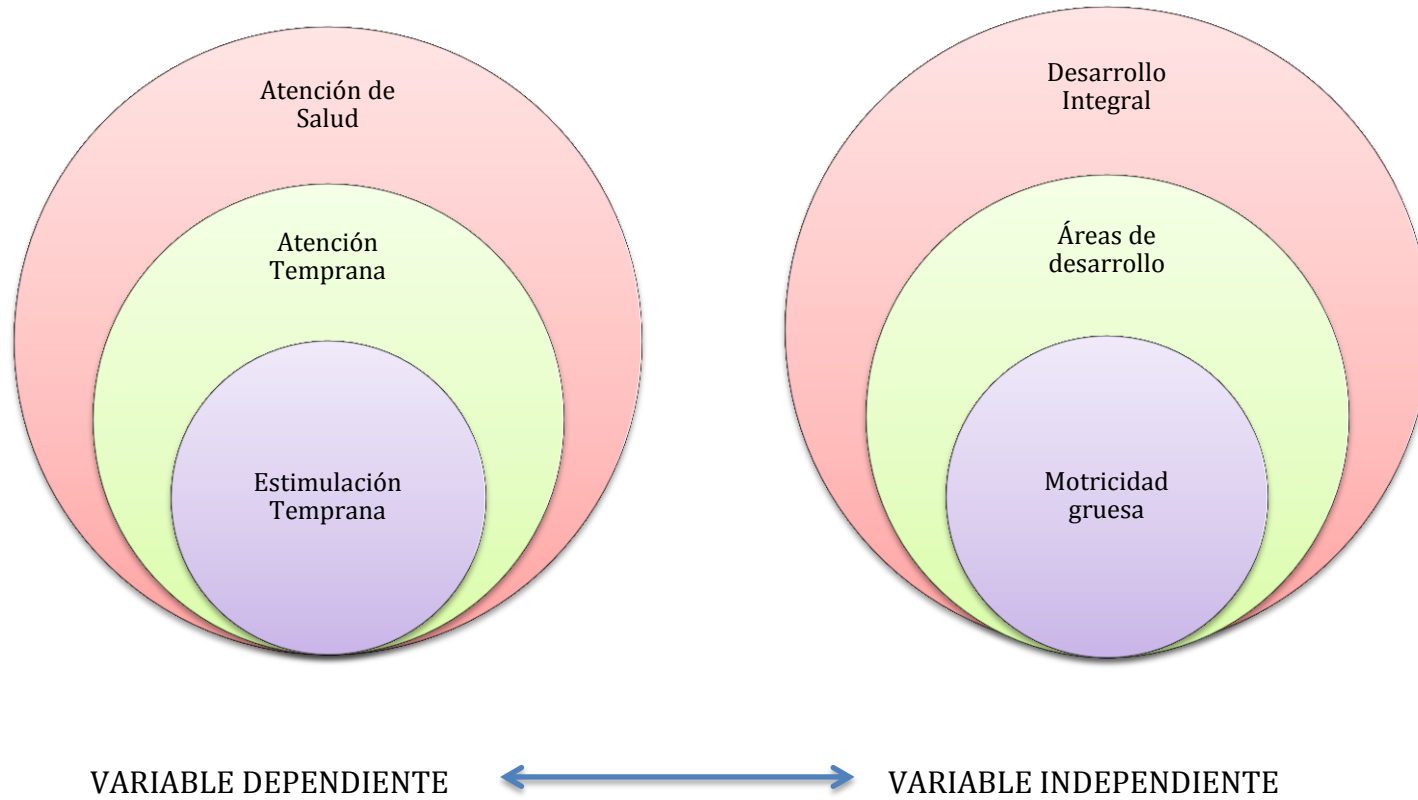


Gráfico 1. Red de Inclusiones conceptuales
Elaborado por: Johanna Flores

2.4.1 Variable Dependiente

2.4.1.1 Atención de Salud

La conferencia de la OMS – Unicef de Alma-Ata definió la APS como “La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todas las personas y familias de la comunidad, mediante su plena intervención, y a un coste que la comunidad y el país puedan sobrellevar, en todas y en cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria es parte integradora tanto del Sistema Nacional de Salud, del que representa la función central y el núcleo principal, como desarrollo social y económico global de la comunidad. Constituye el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, conduciendo lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde habitan y trabajan las personas, y compone el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”. (Zurro & Cano Pérez, Parte I Principios de la Atención Primaria de Salud , pág. 4)

Esta extensa definición de APS contiene de forma general todos los elementos que la caracterizan y sitúan como la pieza clave del Sistema Sanitario para alcanzar un nivel apropiado de salud de la población, en el seno de la estrategia general de la OMS definida en el emblema “Salud para todos en el año 2000”.

A pesar de que esta estrategia y definición fueron aceptadas de forma unánime por más de 140 países, la realidad es que los encargados de la política sanitaria de muchas naciones desarrolladas no han hecho los esfuerzos indicados para potenciar la APS. (Zurro & Cano Pérez, Atención Primaria de Salud, pág. 5)

Las naciones del mundo junto a la OMS, el UNICEF y las principales agencias financieras se comprometieron a trabajar por la cobertura de las necesidades básicas de la población con un proyecto integral y progresista calificado como Atención Primaria de Salud.

Fundación Rockefeller (1979): la versión integral (APS-I) era demasiado costosa y muy poco realista puesto que había que registrar a los grupos de alto riesgo a través de intervenciones eficientes seleccionadas con mucho cuidado.

Esta nueva intervención, más limitada, se conoce como Atención Primaria de Salud Selectiva (APS-S)

La atención primaria de salud:

1. Es a la vez un reflejo y una difusión de los estados económicos y de los valores sociales del país y de sus comunidades, y se fundamenta en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y de la experiencia acumulada en materia de salud pública.
2. Se orienta hacia los problemas primordiales sanitarios de la comunidad y presta los servicios pertinentes preventivos, curativos, de rehabilitación y de promoción de la salud.
3. Comprende, por lo menos, las siguientes actividades: la promoción de una nutrición apropiada, un suministro adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno infantil; incorporado el proyecto de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; la educación sobre los problemas primordiales de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondiente; el tratamiento adecuado para las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos necesarios.
4. Emplea personal de salud, con inclusión, según corresponda, de médicos, enfermeras, auxiliares y personas que ejecutan la medicina tradicional, debidamente preparados en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y encargarse de las necesidades de salud expresas de la comunidad.

2.4.1.2 Atención Temprana

En los años 70 se manifiesta la atención en EEUU. Los programas iniciales se dirigían a la educación compensatoria (intentaban medir la significación de la intervención ambiental para el desarrollo de la inteligencia).

Los programas de educación compensatoria se ponen en curso con una inversión económica de gran medida. Los programas que más importancia tuvieron fueron los que estaban dirigidos a niños con dificultades sociales.

El principal fue el “Head Start”, que estaba garantizado por dos leyes de igualdad de oportunidades teniendo como objetivos básicos:

- Mejorar la salud física y las habilidades físicas del niño.
- Aumentar el desarrollo social y emocional.
- Desarrollar los procesos y habilidades mentales.
- Disponer patrones y expectativas de éxito (favorecer la autoestima).
- Acrecentar la capacidad para relacionarse con la familia.
- Establecer mejores relaciones entre diferentes miembros familiares.
- Desarrollar en el niño y en su familia una actitud responsable hacia la sociedad.
- Fomentar en la sociedad oportunidades constructivas para ayudar a resolver problemas a las familias.

Este y otros programas se incrementaron durante estos años siendo a partir de los años 70 cuando aparece el término estimulación precoz, que fusionaba contribuciones médicas, desde lo neurológico y lo rehabilitador:

Quienes introdujeron en España la Atención Temprana son Dolman Delacato; y, L. Coriat.

A finales de los años 60 se provocan transformaciones sociales, políticas, económicas, etc. Cambios en el núcleo de la familia habitual, la mujer se incorpora al trabajo, mayor concientización a la mediación con niños que tenían dificultades de desarrollo.

En los años 68-69 se tiene en cuenta la Estimulación Temprana como una intervención o procedimiento con bases científicas que se emplea con los niños en los primeros años de vida a través de proyectos sistematizados que engloban las cuatro áreas fundamentales de desarrollo con el objetivo de potencializar al máximo su desarrollo. Estos son programas organizados con una base científica. Dan mayor importancia a los primeros años de desarrollo y tienen preferencia de lo preventivo ante lo curativo.

La atención temprana se explica como un conjunto de acciones cuyo objetivo es promover el bienestar del niño y la familia detectando dificultades que pueden entorpecer en el desarrollo del niño/a.

Supone poner en marcha acciones o programas que de alguna manera prevengan los factores de riesgo y favorezcan la promoción y desarrollo infantil.

Se trabaja la actuación de cero a seis años antes, durante y después del nacimiento. Son acciones que se pueden orientar al entorno, a los padres e indirectamente al niño.

A mediados de los años 80 un grupo de profesionales instaura en Cataluña la Asociación Catalana de Atención Precoz. Invitando de esta manera a otros profesionales de diferentes Comunidades Autónomas a constituir un grupo de trabajo, con la colaboración del Real Patronato de la Discapacidad, y el objetivo de adaptar a la organización de los servicios designados a los niños y niñas con discapacidad, particularmente a las intervenciones con bebés y con los niños más pequeños, antes de escolarizarlos. El término “estimulación” se reemplaza por el de “atención”, puesto a que desde una perspectiva “ecológica” del desarrollo, el objeto de la intervención no va a ser el niño considerado individualmente, sino todo el entorno del que forma parte el niño: la familia y, en un sentido aún más amplio, la comunidad. (Coletto Rubio, 2010)

Se entiende por atención temprana “La agrupación de intervenciones destinadas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al medio en el que se encuentra el niño, que tienen por objetivo dar respuesta

lo más inmediatamente posible a las necesidades temporales o permanentes que muestran los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar al niño en su totalidad, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar” (G.A.T., 2001) (Calvo Mauri & Tejero González, 2008)

Los Centros de Atención Temprana son recursos dirigidos al tratamiento asistencial y/o preventivo de niños/as con dificultades en el desarrollo o riesgo de padecerlos, por causas de origen prenatal, perinatal o postnatal, con edades comprendidas entre los 0-6 años. (Rico Bañón, 2009)

De mayor a menor amplitud, y también de menor a mayor intensidad en cuanto a las intervenciones, podemos clasificarlas de la siguiente manera.

Prevención primaria: Acciones dirigidas a apoyar a los Servicios de Salud, y a los Centros Educativos, para detectar lo antes posible las discapacidades, o las circunstancias de alto riesgo biológico, psicológico y social, asimismo para que los profesionales actúen con los niños y niñas de manera que favorezcan su participación y su autonomía personal, cooperando de esta forma a evitar situaciones que aumenten la discapacidad.

Prevención secundaria: Atención a la familia en la etapa prenatal (Servicios de Obstetricia), etapa perinatal (Servicios de Neonatología), etapa postnatal (Servicios de Pediatría), escuelas infantiles, y otros servicios, apoyando a la familia para que pueda afrontar las necesidades de los niños con alguna discapacidad desde el primer momento. Estas acciones deben comprender un diagnóstico funcional, sindrómico y etiológico. Además, debe haber una comunicación entre la familia y el profesional dando a conocer los informes y resultados obtenidos con el niño, adaptándose a las posibilidades de los padres, teniendo en cuenta factores que pueden ayudar o perjudicar con el trabajo como su cultura, el estado emocional por el que pasan cuando reciben la noticia de que su hijo o hija tiene “problemas”.

Prevención terciaria: Actividades destinadas al niño y a su entorno para mejorar las condiciones de su desarrollo: tratamientos de estimulación, de fisioterapia, de logopedia, etc.

En España se han desarrollado en los últimos años redes de Centros De Desarrollo Infantil Y Atención Temprana (CDIAT.) en los que existe un grupo multiprofesional de naturaleza interdisciplinar y de disposición holística (global, integral), comprendiendo aspectos intrapersonales, biológicos, psíquicos, sociales y educativos, exclusivo del individuo, e interpersonales, vinculados con su entorno, la familia la escuela y la cultura. Los profesionales de estos centros proceden del ámbito médico, psicológico, educativo y social. También es importante que estos profesionales consigan una formación determinada, complementaria a la que reciben durante su formación académica en las diversas profesiones: Maestros, Médicos, Psicólogos, Trabajadores Sociales, etc. La formación debe ser continua.

Los Tratamientos Habilitadores de Atención Temprana serán los siguientes:

- Apoyo psicosocial a la familia.
- Tratamiento de estimulación temprana.
- Tratamiento de psicomotricidad.
- Tratamiento de logopedia. (Calvo Mauri & Tejero González, 2008)

2.4.1.3. Estimulación Temprana

UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia) define que “La Estimulación Temprana, es el cúmulo de acciones tendientes a proveer al niño las experiencias que éste requiere desde su nacimiento, para desarrollar al máximo su potencial psicológico, logrando a través de la presencia de personas y objetos, en cantidad y oportunidad adecuadas en el entorno de situaciones de diversa dificultad, que van a originar en el niño un cierto grado de interés y dinamismo, condición requerida para lograr un vínculo dinámico con el medio ambiente y aprendizaje afectivo”. (Cruzado, 2014)

La expresión Estimulación Temprana aparece reflejado en sus inicios básicamente en el documento de la Declaración de los Derechos del Niño, en 1959, orientado como una manera especializada de atención a los niños y niñas que nacen en situación de alto riesgo biológico y social, y en el que privilegia a aquellos que proceden de familias marginales.

Según Ludington-Hoe y Golant, S (1995), es un método que posibilita aprovechar al máximo el vínculo de los padres con sus hijos.

Cabrera, M.C. y Sánchez C. (1982), lo explican como tratamiento ejecutado durante los primeros años de la vida del niño y que intenta potenciar y estructurar el medio estimular que incurre sobre el niño y que desea lograr el máximo desarrollo en este. Para lograrlo el programa incluye generalmente un material y técnicas estructuradas en relación con las diversas áreas del desarrollo infantil con el objeto de potencializar el desarrollo armónico de éstas. (Moreno Guerrero, 2009)

La Estimulación Temprana se inicia desde la vida intrauterina, es aquí donde el feto empieza a relacionarse con el entorno, a través de voces, música y caricias brindadas por sus padres . Una vez que el niño nace y a medida en que va creciendo, esa estimulación debe fortalecerse contando con una mayor participación de los padres, hay que tener en cuenta que el crecimiento vertiginoso del cerebro es hasta los tres años de vida y que cada niño tiene su propio ritmo de desarrollo y sólo se le puede comparar con él mismo.

La Estimulación es un proceso natural, que se pone en práctica en la relación diaria con el bebé, a través de este proceso el cual debe ser dado en forma apropiada, dosificada y aplicada de acuerdo con el desarrollo del niño sin forzarlo, el niño utiliza a al máximo sus capacidades e irá ejerciendo mayor control sobre el mundo que le rodea al tiempo que sentirá gran satisfacción al descubrir que puede hacer las cosas por sí mismo.

Es fundamental convertir las actividades de la Estimulación Temprana en una rutina agradable que vaya estrechando cada vez más la relación padre – hijo, aumentando la calidad de las experiencias vividas y la adquisición de importantes herramientas de desarrollo infantil.

La Estimulación Temprana tiene por objetivo aprovechar esta capacidad de aprendizaje y adaptabilidad del cerebro en beneficio del bebé.

Mediante diferentes ejercicios y juegos su intención es la de proporcionar una serie de estímulos repetitivos que le produce satisfacción a sus preferencias recientemente descubiertas, de manera que se potencien aquellas funciones cerebrales que a la larga resultan de mayor interés.

“La Estimulación Temprana se define como un conjunto de acciones que potencializan al máximo las habilidades físicas, mentales y psicosociales del niño, mediante la estimulación repetitiva, continua y sistematizada”. (Medina Salas, 2002). (Bejarano Cervantes & Camacho Rodríguez, 2010)

“Está pensada para mejorar o prevenir los probables déficits en el desarrollo psicomotor de niños con riesgo de padecerlos tanto por causas orgánicas como biológicas o ambientales, por lo tanto consiste en crear un ambiente estimulante, adaptado a las capacidades de respuestas inmediatas del niño para que estas vayan aumentando progresivamente y su evolución sea lo más parecida a la de un niño normal” (González Zúñiga, 2007).

La estimulación temprana en el recién nacido prematuro es una de las indicaciones principales, ya sea como una forma de seguimiento evolutivo o como elemento de rehabilitación, debido a que la prematuridad y el bajo peso al nacer son factores de riesgo en sí mismos y además lo es la hospitalización prolongada que estas circunstancias conllevan (Doménech et. al., 2002) (Bejarano Cervantes & Camacho Rodríguez, 2010).

Uno de los objetivos principales consiste en estimular y fomentar el desarrollo senso-motor, emocional, social e intelectual del niño, para que participe activamente en la vida social de la forma más autónoma posible mediante la estimulación regulada y continuada llevada a cabo en todas las áreas sensoriales, pero sin forzar en ningún sentido el curso lógico de la maduración del sistema nervioso central. Es importante tener en cuenta que el crecimiento total de un individuo se lleva a cabo por medio de la interrelación del desarrollo físico, mental, emocional y social, y la Estimulación Temprana producirá impacto en el crecimiento total del bebé, sin presionar ni acelerar ningún proceso de desarrollo. Simplemente, lo que busca es optimizar las capacidades del niño, en todas las áreas. Además cabe mencionar que la estimulación es muy sencilla de aplicar y que le va a proporcionar al niño las herramientas que necesita para el desarrollo de sus habilidades y un mejor desempeño en su futuro (González Zúñiga, 2007) (Bejarano Cervantes & Camacho Rodríguez, 2010).

Inicialmente los programas de Estimulación Temprana se establecieron como una necesidad de tratar a niños con afectaciones del desarrollo por presentar lesiones cerebrales. Tiempo después los programas se ampliaron a los niños que por sus estados biológicos o psicosociales presentaran riesgo de tener desviaciones en su desarrollo, es decir, los programas de Estimulación Temprana se crearon con fines preventivos y de tratamiento.

La Estimulación Temprana se vincula con una serie de ejercicios, basados en la teoría que afirma la posibilidad de desarrollar potencialidades, que se encuentran allí, para ser desplegadas. Mientras más se estimule a un niño con los distintos ejercicios y estrategias se irá mejorando el desarrollo de su inteligencia.

El cerebro humano es muy dinámico que es tan fácil formar personas llenas de conocimientos o habilidades.

2.4.1.4. Principios de Estimulación Temprana.

Los principios de la estimulación temprana son:

- Ofrecer a los neonatos prematuros y/o pre término un conjunto de actividades adecuadas que logren equilibrar y favorecer la oportuna maduración en todos los ámbitos a través de un plan que le permita el mejoramiento en su evolución después de haber pasado por un proceso en el cual hubo una interrupción repentina del parto.
- Desarrollar en el bebé el máximo potencial motor y sensorio motor.

2.4.1.5 . Estimulación Temprana en Neonatos Prematuros y/o Pretérmino.

Los neonatos prematuros y/o pre términos necesitan cuidados especiales para alcanzar el nivel de desarrollo de los neonatos nacidos a término. La efectividad del tratamiento depende mucho del momento en que se ha iniciado la terapia.

La existencia de períodos críticos del desarrollo del cerebro y la necesidad de estímulos específicos para compensar algunas alteraciones, son ventanas cerebrales que se abren durante el desarrollo y que permiten la formación de conexiones cerebrales con la utilización de estímulos adecuados.

2.4.1.6. Objetivos de la Estimulación Temprana en Neonatos Prematuros y/o Pretérmino Hospitalizados.

El objetivo primordial de la Estimulación Temprana o Estimulación Adecuada es:

- Aprovechar la capacidad de aprendizaje y adaptabilidad del cerebro en beneficio del bebe, mediante una serie de ejercicios y estímulos repetitivos que le potencien sus funciones cerebrales a largo plazo
- Ayudar en el proceso de formación de la estructura cerebral humana, proporcionando estímulos adecuada y oportunamente, para permitirle alcanzar un desarrollo acorde con su edad gestacional.
- Conseguir el máximo grado de recuperación, de evolución del neonato y la máxima calidad de vida.
- Compensar la alteración de experiencias y permitir la reanudación de un proceso que se interrumpió de manera repentina con el parto prematuro.

Las actividades de Estimulación están dirigidas de manera preventiva a los niños de alto riesgo ambiental, y en menor grado, a aquellos que forman parte del grupo

que poseen lesiones genéticas, como el síndrome de Down (mongolismo), la fenilcetonuria, la galactosemia, el cretinismo o a aquellos cuya madre sufrió alguna enfermedad viral o infecciosa durante el embarazo, como la rubeola o la sífilis que producen malformaciones y déficit mental en los niños.

La Estimulación Temprana se apoya en los conceptos de la psicología del desarrollo y la psicología de la conducta, así como en el hallazgo biológico del desarrollo neuronal o psicología evolutiva que estudia la evolución del sistema nervioso central hasta los dos años de edad. Las alteraciones del sistema nervioso central se traducirán en un daño estructural que impedirá una correcta integración funcional por lo tanto es importante identificarla desde que el niño nace. Al nacimiento existen cerca de 70 signos neurológicos como los reflejos que son manifestaciones de identidad neural.

En los programas de Estimulación Temprana, las áreas junto con los objetivos que se trabajan son aquellas que tienen que ver con su avance en el lenguaje, en los sentidos, en los movimientos y en lo que se conoce como inteligencia emocional.

Lenguaje

- Se centra su atención con actividades de tipo visual, auditivos, manipulativas, etc.
- Formación de conceptos: correspondencias y clasificación de objetos, conceptos de posición de la vida cotidiana.
- Comprensión simbólica. Reconocer el significado de los objetos, personas, acciones. Imitación de roles, comprender estos símbolos e interpretarlos verbalmente.
- Comprensión verbal.
- Lenguaje expresivo

Coordinación de la movilidad y desplazamiento

- Acceder a la información, analizándola.
- Trabajaremos habilidades de la vida cotidiana.
- Control del movimiento corporal.
- Se trabaja todo el cuerpo, pero se hace hincapié si tiene algún miembro

afectado.

- Estimular todas las vías de percepción, ya que es frecuente que los niños con deficiencias físicas presenten trastornos psíquicos, por lo tanto se potencia una integración multisensorial.

Identidad y autonomía

- Se realizan tareas que potencien la autonomía en el sujeto: en la
- alimentación, movilidad, orientación.
- Control de esfínteres, higiene.
- Vestirse y desvestirse.

Social

- Comunicarse con el medio que lo rodea: personas, objetos.
- Tomar conciencia de su entorno y fijar su interés en él.
- Se trabajará el juego como factor decisivo en estas edades.

2.4.2. Variable Independiente

2.4.2.1 Desarrollo Integral

El desarrollo integral de los niños/as hace referencia a un crecimiento armónico del aparataje y funcionalidad sensorial, perceptiva, psicológica, intelectual, motriz, física y del lenguaje. Este crecimiento se da especialmente durante etapas críticas del desarrollo y maduración neurocerebral del individuo. Es necesario crear conciencia en la población de la importancia de los primeros años de vida a fin de prestarle una atención adecuada al niño/a normal y a los pequeños con algún tipo de riesgo.

TINAJERO, Alfredo (2006) manifiesta “El niño posee desde antes de su nacimiento un potencial de desarrollo, el cual podrá ser optimizado en la medida que los factores biológicos y ambientales sean favorables.” el desarrollo infantil debe ser entendido como el producto de la continua interacción entre el fondo de experiencias, los factores genéticos y el desarrollo biológico.

Es el resultado de un proceso educativo de calidad que propicia de manera equitativa e integrada el alcance de niveles de desarrollo en diferentes ámbitos: vinculación emocional y social, exploración del cuerpo y motricidad, manifestación del lenguaje verbal y no verbal, descubrimiento del medio natural y cultural. en las niñas y niños menores a tres años de edad. El Desarrollo Infantil Integral es posible gracias a la participación responsable y coordinada de la familia, y la corresponsabilidad de la comunidad y las diferentes entidades del Estado.

Heckman, JJ. (2006) destaca que “El desarrollo del ser humano es un proceso dinámico, que comienza en etapas tempranas y continúa durante el ciclo de vida”. Un niño o niña está afectado por el ambiente en el que vive ya que éste impacta desde el desarrollo neuro psíquico del cerebro hasta su capacidad de empatía. Muchas de las desigualdades que se presentan en la sociedad se deben a inadecuados sistemas relacionales y de estimulación desde la infancia ya que la carencia de habilidades genera una pérdida de ventajas en mayor magnitud que la carencia de recursos financieros.

La Organización Panamericana de Salud (OPS) señala que las bases para el Desarrollo Infantil Integral parten desde la pre concepción, la gestación, el nacimiento, la lactancia, el etapas reflejan las capacidades, recursos y soportes disponibles de sus familias, por una parte, y por otra, políticas y programas que atienden efectivamente el Desarrollo Infantil.

Ahora se sabe científicamente que las experiencias durante el Desarrollo Infantil Integral marcan el desarrollo del cerebro, y que las habilidades, destrezas, actitudes, capacidades, emociones y en general conductas, se van moldeando a lo largo de estos primeros años de vida. (Shonkorff y Phillips, 2000). El impacto del desarrollo del cerebro en esta etapa de vida es tan decisivo, que si se logra una efectiva y sólida atención y cuidado, se puede reducir, de modo significativo, la brecha de desarrollo social que persiste entre ricos y pobres, constituyendo una potencial fuente de retorno económico.

La política de Desarrollo Infantil Integral apunta, por tanto, a que el conjunto de la familia, la sociedad y el Estado configuren un sistema de protección y Desarrollo Infantil Integral de excelencia, donde los servicios públicos y privados puedan alcanzar altos estándares de calidad y eficiencia, estableciendo los respectivos nexos para la transferencia de esta población infantil a los establecimientos de educación inicial del Ministerio de Educación.

2.4.2.2 Áreas de desarrollo

Se considera el desarrollo como una secuencia de cambios en el comportamiento y en el mundo del pensamiento y de los sentimientos que sigue un orden a lo largo del devenir cronológico de cada sujeto.

Históricamente se han ocupado los psicólogos del papel que han desempeñado en el desarrollo la herencia y el medio ambiente.

De manera general, hoy se reconoce la importancia de la interacción que existe entre la herencia y el medio ambiente.

Las características vienen marcadas por los avances en el desarrollo.

El desarrollo humano es un proceso largo y gradual. En la etapa de educación Infantil, la educación tiene que ser integral y debe partir del nivel de desarrollo, el adulto es mediador en el proceso.

Área Motriz Gruesa

Lo primero que se establece es un control de los movimientos de cabeza, que luego se va extendiendo a los brazos, las manos, el abdomen, las piernas y los pies. La motricidad del recién nacido consiste inicialmente en descargas motoras globales, esto es, reflejos, y evoluciona hacia una diferenciación coordinada y precisa del movimiento.

El niño, al principio, percibe mediante el mecanismo sensorio motor, la luz, los olores, los sabores, etc.; percibe diversas impresiones, unas provienen de su propio cuerpo y otras del exterior, pero sin que él las diferencie. A partir de este caos el niño va a adquirir, poco a poco, las diferentes nociones de la realidad, entre otras, las nociones de espacio y tiempo y con ellas la noción del esquema corporal, base de un desarrollo psicomotriz equilibrado.

El hecho de gatear y andar permite a los niños libertad de movimiento, les ofrece nuevas posibilidades de explorar y aprender de su entorno, de desarrollar su autonomía. Los padres esperan que su hijo se adapte a las rutinas y normas familiares.

Área Motora Fina

En cuanto al desarrollo de habilidades motoras finas, a los seis meses de edad el niño explora los objetos con las manos pero acabando todas antes o después en su boca.

Aunque todos los niños sanos desarrollan las mismas habilidades motoras en la misma secuencia, la edad a la que se llegan a dominar estas habilidades puede variar mucho de un niño a otro, dentro de lo que se considera normal.

Área de Lenguaje

Los científicos han descubierto que el período más crítico para que el cerebro establezca las conexiones necesarias para el lenguaje es durante los primeros tres años de vida. Entre más palabras escuchen sus hijos, más palabras comprenderán y aprenderán. Además, es probable que aquellos niños que al cumplir cinco años saben y usan muchas palabras se conviertan en buenos lectores.

El niño nace con grandes posibilidades de comunicación y con unos movimientos que pueden convertirse en gestos. Desde el nacimiento es capaz de responder a una amplia gama de estímulos provenientes de su medio. De todos los estímulos,

el rostro humano, en cuanto objeto estimular, posee una serie de cualidades sumamente distintivas y claras para el niño.

Los movimientos del niño se van perfilando en función de las respuestas de los que le rodean, y acaban convirtiéndose en movimientos expresivos. Al cabo de un tiempo sus movimientos son intencionados, porque los ejecuta en función de la anticipación de los resultados, fruto de la experiencia y del aprendizaje.

Área Personal Social

La socialización del niño en esta edad se puede explicar por medio del desarrollo del apego y del desarrollo del auto concepto.

Apego es el lazo afectivo fuerte que sentimos por personas especiales en nuestra vida que nos lleva a sentir placer y alegría cuando interactuamos con ellas, nos alivia su cercanía en momentos de estrés y nos produce sentimientos de angustia durante la separación. Los niños están apegados a personas conocidas que han respondido a su necesidad de cuidado físico y estimulación.

Área Cognitiva

El curso del desarrollo cognitivo descrito por Piaget depende de la facilidad de los bebés para recordar a las personas, objetos y acontecimientos en sus vidas.

La memoria no es una habilidad aislada, sino que es básica para la vida cognitiva y social del niño. Alrededor de los seis meses, los niños construyen activamente el conocimiento sobre la base de sus experiencias y la modificación constante de sus recuerdos. Pero la verdadera cuestión es saber hasta qué punto saben utilizar los niños las aptitudes de la memoria a largo plazo. En general se cree que hasta que no haya tenido lugar el desarrollo del lenguaje, la memoria no puede organizar y almacenar datos de forma que se facilite su recuperación.

A medida que van madurando son capaces de retener información durante períodos de tiempo más largos. Cuando el niño tiene un año es capaz de recordar

las rutinas de la vida diaria familiar: cepillarse los dientes, bañarse, rezar las oraciones de la noche, etc.

Área Motriz:

De 0 a 6 meses:

- Muestra los reflejos de recién nacido,
- Sostiene la cabeza poco a poco,
- Apoya la cabeza y el pecho en los brazos cuando esta boca abajo,
- Alcanza un objeto que está frente a él y logra tomarlo
- Toca e investiga objetos con la boca
- Rueda sobre el cuerpo
- Se siente sostenido de los dedos de un adulto y permanece sentado con apoyo
- Alcanza objetos con la mano

Área del lenguaje:

De 0 a 6 meses:

- Se comunica por medio del llanto (diferentes tipos de llanto)
- Emite sonidos de vocales y balbucea
- Ríe y grita de alegría
- Repite sonidos emitidos por otras personas.

Área cognitiva:

De 0 a 6 meses:

- Fija los ojos para observar algo
- Intenta tomar un objeto
- Muestra seguimiento visual y auditivo
- Muestra coordinación mano-boca
- Repite comportamientos

Área Personal:

De 0 a 6 meses:

- Intenta satisfacer sus necesidades, comunicándolas por medio del llanto
- Extiende las manos hacia el biberón
- Emplea el lenguaje no verbal (gestos, lloros, etc.) para comunicar sus deseos
- Sostiene el biberón y logra llevárselo a la boca

Área Social:

De 0 a 6 meses:

- Reconoce a la madre por la voz y por el olfato
- Sonríe
- Se emociona al ver a su madre y a otras personas cercanas
- Responde a los sonidos de su nombre

2.4.2.3 Motricidad Gruesa

El área motricidad gruesa tiene que ver con los cambios de posición del cuerpo y la capacidad de mantener el equilibrio. Se define motricidad gruesa como la habilidad que el niño va adquiriendo, para mover armoniosamente los músculos de su cuerpo, y mantener el equilibrio, además de adquirir agilidad, fuerza y velocidad en sus movimientos. El ritmo de evolución varía de un sujeto a otro (pero siempre entre unos parámetros), de acuerdo con la madurez del sistema nervioso, su carga genética, su temperamento básico y la estimulación ambiental. Este desarrollo va en dirección céfalo-caudal es decir primero cuello, continua con el tronco, sigue con la cadera y termina con las piernas.

El seguimiento de la Motricidad Gruesa es de vital importancia en el desarrollo integral del niño.

La motricidad gruesa es aquella relativa a todas las acciones que implican grandes grupos musculares, en general, se refiere a movimientos de partes grandes del cuerpo del niño o de todo el cuerpo.

Así pues, la motricidad gruesa incluye movimientos musculares de: piernas, brazos, cabeza, abdomen y espalda. Permitiendo de este modo: subir la cabeza, gatear, incorporarse, voltear, andar, mantener el equilibrio, etc.

La motricidad también abarca las habilidades del niño para moverse y desplazarse, explorar y conocer el mundo que le rodea y experimentar con todos sus sentidos (olfato, vista, gusto y tacto) para procesar y guardar la información del entorno que le rodea.

Así pues, el ámbito de la motricidad está relacionado, mayormente, con todos los movimientos que de manera coordinada realiza el niño con pequeños y grandes grupos musculares, los cuales, son realmente importantes porque permiten expresar la destreza adquirida en las otras áreas y constituyen la base fundamental para el desarrollo del área cognitiva y del lenguaje.

Su evolución a lo largo de la etapa de Nivel Inicial debe ser cuidadosamente documentada, pues a partir de esto se podrá informar a la familia de las capacidades y dificultades de sus hijos, así como sus progresos.

2.4.2.4 Desarrollo motriz

El desarrollo motriz es una progresión de etapas cada vez más complejas (hitos) a través de las cuales los bebés logran controlar el uso de sus músculos para la postura erguida, el equilibrio y la movilidad (desde mantener la cabeza erguida hasta darse vuelta, sentarse, gatear y estar de pie), así como la manipulación de objetos para la interacción con el entorno.

En los niños muy pequeños los patrones de movimiento parecen inicialmente aleatorios y bastante variables. A medida que el niño alcanza los sucesivos hitos del desarrollo motriz, el movimiento se vuelve más decidido y las habilidades

motoras se incorporan a las actividades de la vida diaria. Esto incluye sostener y manipular objetos, darse vuelta, sentarse por sí mismo, gatear, caminar, alimentarse, jugar y por último, cuidarse a sí mismo.

Este avance depende de una exitosa integración de varios procesos de desarrollo interrelacionados. Por ejemplo, la falta de logros en algunas habilidades motrices finas puede relacionarse tanto con la cognición como con el control motriz.

En general, el desarrollo motriz incluye:

Habilidades motrices gruesas (habilidades de los grandes músculos como controlar la cabeza, sentarse, pararse y desplazarse).

El desarrollo motriz típico generalmente ocurre en una secuencia ordenada y predecible, aunque la velocidad a la que se logran las habilidades motrices y la edad en que esto sucede varían un poco entre un niño y otro. Aunque todos los niños se desarrollan a su propio ritmo, la secuencia tiende a ser similar. (Por ejemplo, los niños con desarrollo motriz típico se sientan en forma independiente antes de tratar de pararse).

La evaluación del desarrollo psicomotor se realiza en todas las atenciones de salud y comienza por escuchar las preocupaciones de los padres respecto al desarrollo del niño.

El desarrollo psicomotor se evalúa según edad corregida hasta los 2,5 años de edad y después según edad cronológica. Los prematuros son más inmaduros, desorganizados en sus movimientos, más bruscos e inestables y tienden a ponerse en posturas de extensión.

Se sugiere mostrar a los padres los logros y modelarles la Estimulación apropiada.

Las alteraciones más frecuentes en estos pacientes son:

- 2 meses EC: Asimetría de la postura cefálica. En posición supina mantienen la cabeza el 70% al 80% del tiempo fija hacia uno de los lados.
- 3 meses EC: Hiperonía dorsal alta (escapular). Dificultad del apoyo de brazos en posición prona y llevar manos a línea media. Hay persistencia de pulgares incluidos y las manos están permanentemente empuñadas.

- 6 meses EC: Hipertonía de extremidades inferiores. Se paran en puntillas, lo que dificulta mantener en posición sentada. (Tapia & González M., pág. 858)

Los hitos motrices son los eventos motores por los cuales es posible medir el avance del desarrollo general de un niño. Que un niño se retrase en alcanzar los hitos motrices suele ser el primer motivo de preocupación de los padres o del proveedor de atención médica.

Hay varios componentes básicos que proporcionan una base para el desarrollo de las habilidades motrices en los niños pequeños. Estos son:

Tono muscular.

El tono muscular es afectado por todos los niveles del sistema nervioso, desde el cerebro a los nervios periféricos. Puede ser afectado por la elasticidad del músculo y sus tendones, por la capacidad del sistema nervioso para enviar mensajes al músculo y por la capacidad del músculo para recibir y responder a esos mensajes.

Un tono muscular anormal o atípico puede considerarse como la incapacidad de ajustar adecuada y correctamente la tensión muscular para realizar una tarea o función. El tono muscular puede ser demasiado bajo o demasiado alto para realizar las actividades de manera eficaz y efectiva.

El autor dice que el tono muscular anormal se describe por lo común como hipotonía (tono muscular anormalmente bajo o deprimido) o bien como hipertonía (tono muscular anormalmente alto o excesivo). Generalmente los niños con hipotonía parecen “blandos” y tienen menos resistencia al estiramiento pasivo. Los niños con hipertonía generalmente parecen rígidos y tienen más resistencia al estiramiento pasivo del músculo. Los dos principales formas de la hipertonía son espasticidad (hipertonicidad dependiente de la velocidad con resistencia inicial al movimiento y luego relajación evidente) y rigidez (resistencia constante al movimiento pasivo cualquiera sea la velocidad).

Reflejos primitivos.

Los reflejos primitivos son movimientos involuntarios que tienden a dominar la motricidad en los primeros 3 a 4 meses de vida del bebé. Generalmente ya no son visibles a los 6 a 9 meses de edad.

Reacciones de enderezamiento y equilibrio.

El enderezamiento y el equilibrio son reacciones de balanceo que nos hacen corregir nuestra postura/posición en respuesta a la fuerza de gravedad. Enderezamiento es la capacidad de mantener verticales la cabeza, el tronco y las extremidades; equilibrio es la capacidad de mantener y recobrar el equilibrio. Estas reacciones, que aparecen en el primer año de vida, son esenciales en el desarrollo de algunas habilidades motrices complejas como sentarse, gatear, ponerse de pie y caminar. Su desarrollo sugiere que el desarrollo motriz parece estar continuando normalmente.

Reacciones posturales.

El control postural es la capacidad de establecer y mantener una posición estable sobre la base de un apoyo. Requiere de un tono muscular adecuado y reacciones de enderezamiento y equilibrio adecuadas. El desarrollo motriz depende del control postural para dar estabilidad a las actividades de movimiento.

Prematuridad

El desarrollo motriz se vincula más estrechamente a la edad de gestación que a la edad cronológica en los bebés prematuros. Por tal razón, al evaluar su desarrollo motriz suele ser importante corregir según la edad de gestación del niño. Por ejemplo, un bebé nacido a las 30 semanas de gestación se consideraría prematuro en 10 semanas. Por consiguiente, cuando el niño tiene un año, su edad corregida se calcula como 52 semanas menos 10 semanas, lo que es igual a 42 semanas de edad de gestación corregida. La mayoría de los bebés prematuros que finalmente demuestran un desarrollo normal alcanzan los hitos motrices gruesos de los bebés nacidos a término antes de cumplir dos años. Por consiguiente, este factor de corrección se aplica generalmente solamente hasta los dos años de edad. (NYSDOH Guía rápida de consulta: Trastornos de la motricidad)

2.5. Hipótesis

La Estimulación Temprana influye en el desarrollo del área motora gruesa del niño prematuro de forma significativa.

2.6. Variables de la Hipótesis

Variable Independiente: Estimulación Temprana

Variable Dependiente: Área motriz gruesa

Termino de relación: Influye

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Enfoque

El enfoque de este proyecto será cualitativo ya que se dará una descripción de los niños prematuros y como es su desarrollo frente a los distintos estímulos que se le vayan presentando.

3.2. Modalidad

Este proyecto se realizará en modalidad de campo, ya que se atenderán a los niños prematuros en el Hospital Municipal nuestra señora de la Merced, y en cuanto los niños sean dados de alta se realizarán las sesiones en un ambiente adecuado para que la Estimulación dada sea la óptima para el niño.

3.3. Nivel

El presente proyecto tendrá un nivel descriptivo-explicativo y longitudinal, ya que se realizará la toma de la muestra, información y datos en la institución “Hospital Municipal nuestra señora de la Merced” en un tiempo establecido de 6 meses, de tal manera que se puedan cumplir con los objetivos expuestos y necesarios para la efectividad de dicho proyecto. En este proyecto no solo se limitará a recolectar los datos, sino también se identificarán la relación entre las variables para una vez teniendo los datos recopilarlos y analizarlos de manera que se puedan dar a conocer conclusiones y datos significativos que contribuyan al conocimiento y

prevención de futuras posibles complicaciones. Será longitudinal ya que se desea analizar los cambios que tengan los niños prematuros a través del tiempo en el que se encuentren en las sesiones de Estimulación Temprana.

3.4. Población

Se trabajará con 10 niños prematuros del área de neonatología en el Hospital Municipal nuestra señora de la Merced. 5 como grupo de muestra 1 -5 como grupo de control 2. La población incluyente serán todos los niños prematuros. La población excluyente constará de los niños nacidos prematuros que tengan alguna patología o síndrome.

3.5. Operación de Variables

Cuadro 1. Variable Independiente: Estimulación Temprana

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems Básicos	Técnicas e Instrumentos
<p>Es el conjunto de actividades que se utilizan para potencializar las habilidades, y aptitudes del niño, ayudando a mejorar la evolución de las diferentes áreas del desarrollo</p>	<p>Actividades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Masajes Shantala • Musicoterapia (Mozart para bebés) • Ejercicio para control cefálico • Actividades para fortalecer músculos del cuello, espalda y brazos. • Ejercicios para medios giros. • Ejercicios para lograr volteo. • Actividades para equilibrio. • Ejercicio de sedestación. 	<p>¿El niño evoluciona de forma positiva con las diferentes actividades aplicadas?</p>	<p>Instrumento: Cuaderno de notas</p>

Elaborado por: Johanna Flores

Cuadro 2. Variable Dependiente: Motricidad gruesa

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems básicos	Técnicas e Instrumentos
<p>Son los movimientos del cuerpo que realiza el niño para que su cuerpo se agilite y tenga un buen equilibrio que permitirá que la persona pueda realizar actividades que requieran movimientos del cuerpo entero.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Movimiento 	<p>El bebé de un meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cierra sus manos al contacto • Mueve sus manos • Mantiene puños cerrados • Sacude sus brazos • boca abajo mueve la cabeza <p>El bebé de dos meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gira la cabeza en dirección a un sonido • Mantiene la cabeza levantada por períodos cortos <p>El bebé de tres meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toma y sacude objetos • Se lleva las manos a la boca • Puede darse vuelta • Levanta la cabeza y el pecho al estar boca abajo • Estira las piernas y pateo al estar acostado <p>El bebé de cuatro meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasa un objeto de una mano a la otra • Estira las manos para agarrar algo • Acostado, puede girar para darse vuelta. <p>El bebé de cinco meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se esfuerza por llegar a objetos • Comienza a sentarse con apoyo <p>El bebé de seis meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Logra el control total de su cabeza • Se sienta derecho 	<p>¿El niño prematuro puede mantener el control cefálico por mayor tiempo a través de los diferentes estímulos?</p> <p>¿El niño prematuro puede voltearse de manera correcta con la ayuda de los estímulos de motricidad?</p>	<p>Técnica: Observación Registro</p> <p>Observación de laboratorio. Cuaderno de notas</p> <p>Técnica: Test de Nelson Ortiz Instrumento: Cuestionario del test</p>

Elaborado por: Johanna Flores

3.6. Procesamiento y Análisis

En esta investigación se realizarán sesiones de Estimulación a los niños prematuros para poder observar si el desarrollo motor grueso incluyendo al tono muscular y peso son los adecuados, las sesiones se realizarán en un periodo de seis meses, desde el momento que nace el niño hasta los seis meses de vida. El prematuro recibirá sesiones de 20 minutos diarios, el test que se va a utilizar es el de Nelson Ortiz con el cual se medirá el desarrollo del niño en el área motora gruesa, participará la Estimuladora Temprana conjuntamente con las madres de familia, las sesiones se realizarán en el Hospital regional nuestra señora de la Merced y cuando sea dado de alta las sesiones se llevarán a cabo en un lugar adecuado para recibir Estimulación Temprana.

Para las sesiones de Estimulación Temprana se utilizarán diversos métodos como son el masaje Shantala que ayudará al niño en el mejoramiento del peso y del tono muscular realizándole estos masajes una vez pasando un día, también se trabajará con la ayuda de música clásica y relajante que ayudará para que el niño tenga mejor captación de los diferentes estímulos que se le brindarán, se le realizarán diversos ejercicios de Estimulación Temprana para que vaya desarrollando mejor sus movimientos gruesos.

La Estimulación Temprana se realizará con el grupo de niños prematuros sin ninguna patología o síndromes, sin embargo los niños que tengan algún tipo de síndromes o patologías graves serán niños como grupo control, a los cuales solo se les realizará la evaluación para ver cómo es su evolución.

Este trabajo se realizará durante seis meses, todos los días con una duración de 30 minutos con cada niño.

CAPITULO IV

ANÁLISIS O INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Análisis o interpretación de los resultados

Evaluación de los niños mediante el Test de Nelson Ortiz antes y después de la aplicación del Programa de Estimulación, el cual es un instrumento diseñado para realizar una valoración global y general de determinadas áreas o procesos de desarrollo de los niños.

(Grupo Experimental por Sexo)

Cuadro 3. Grupo experimental

Número de niños	%	Número de niñas	%	Total	%
2	40%	3	60%	5	100%

Elaborado por: Johanna Flores

Fuente: Test de Nelson Ortiz

Análisis:

El grupo Experimental está conformado por un grupo de 2 niños que equivale al 40% y 3 niñas que equivale al 60%.

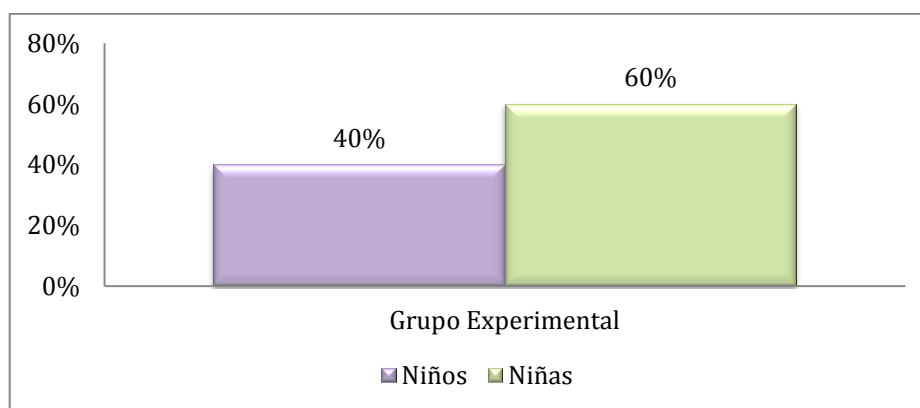


Gráfico 2. Niños y niñas a quienes se les aplico ejercicios de Estimulación Temprana

Interpretación:

En el grupo experimental hay más niñas que niños.

Niños a los que no se les aplicó Estimulación Temprana (Grupo control por Sexo)

Cuadro 4. Niños a los que no se les aplicó Estimulación Temprana

Número de niños	%	Número de niñas	%	Total	%
4	80%	1	20%	5	100%

Elaborado por: Johanna Flores

Análisis:

El grupo control está conformado por un grupo de 4 niños que equivale al 80% y 1 niña que equivale al 20%

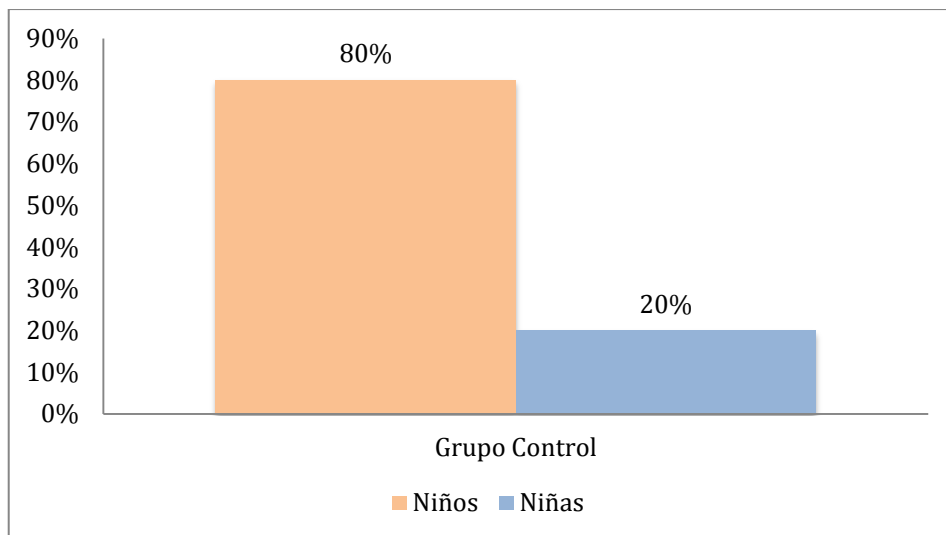


Gráfico 3. Niños a los que no se les aplicó Estimulación Temprana (Grupo control)

Interpretación:

En el grupo control hay más niños que niñas.

GRUPO EXPERIMENTAL

Actividad N. 1 Patea Vigorosamente

Cuadro 5. Patea Vigorosamente

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si Realiza	4	80%
No Realiza	1	20%
Total	5	100%

Elaborado por: Johanna Flores

Fuente: Test de Nelson Ortiz

Análisis:

Del total de la población a la que se evaluó la actividad patea vigorosamente se observa que el 80% si realiza y el 20% no realiza la actividad.

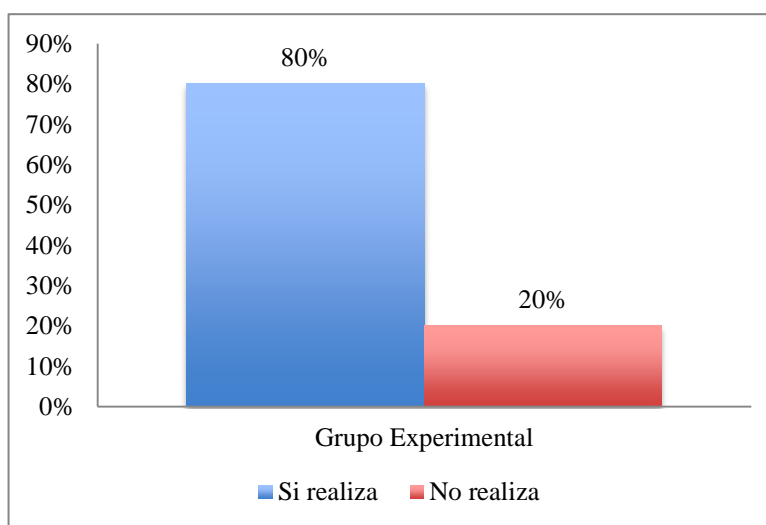


Gráfico 4. Patea Vigorosamente

Interpretación:

De lo expuesto anteriormente se puede observar que de 5 niños con lo que se trabajó 4 niños si realizaron la actividad y 1 niño no la realizó.

Es importante que el bebé patee vigorosamente ya que esto demuestra que su desarrollo va avanzando, que se encuentra en un buen estado de salud y bienestar.

Actividad N. 2 Levanta la cabeza cuando está en posición boca abajo

Cuadro 6. Levanta la cabeza cuando está en posición boca abajo

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si Realiza	4	80%
No Realiza	1	20%
Total	5	100%

Elaborado por: Johanna Flores

Fuente: Test de Nelson Ortiz

Análisis:

De los niños a los que se les aplicó la Estimulación Temprana obtuvieron respuesta positiva ante la actividad de levanta la cabeza cuando esta en posición boca abajo el 80% mientras el 20% no lo logró.

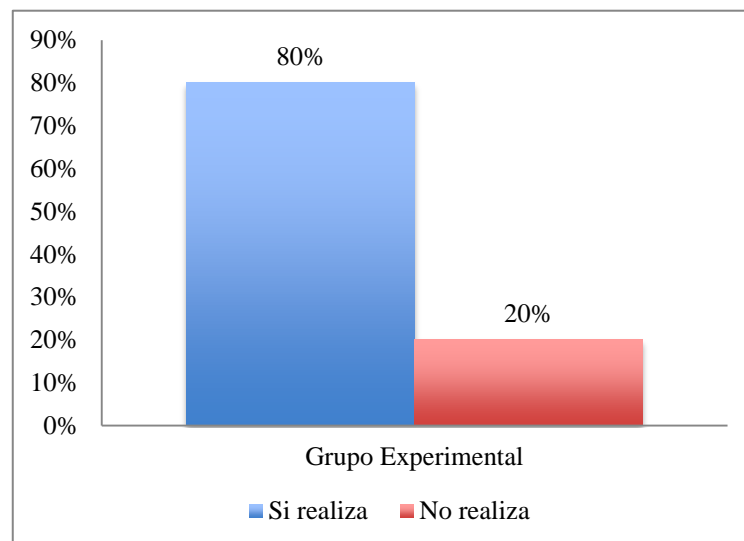


Gráfico 5. Levanta la cabeza cuando está en posición boca abajo

Interpretación:

De lo expuesto anteriormente se puede observar en la gráfica que 4 de los 5 niños realizaron la actividad y 1 no lo logró.

Que el niño logre levantar la cabeza cuando esta boca abajo demuestra que sus músculos están fortaleciéndose y ayudará mas adelante para mantener su equilibrio y postura.

Actividad N. 3 Cuando esta boca abajo levanta la cabeza y el pecho

Cuadro 7. Cuando esta boca abajo levanta la cabeza y el pecho

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si Realiza	4	80%
No Realiza	1	20%
Total	5	100%

Elaborado por: Johanna Flores

Fuente: Test de Nelson Ortiz

Análisis:

Del total de la población que realizaron la actividad cuando esta boca abajo levanta la cabeza y el pecho el 80% realizó la actividad mientras el 20% no lo realizó.

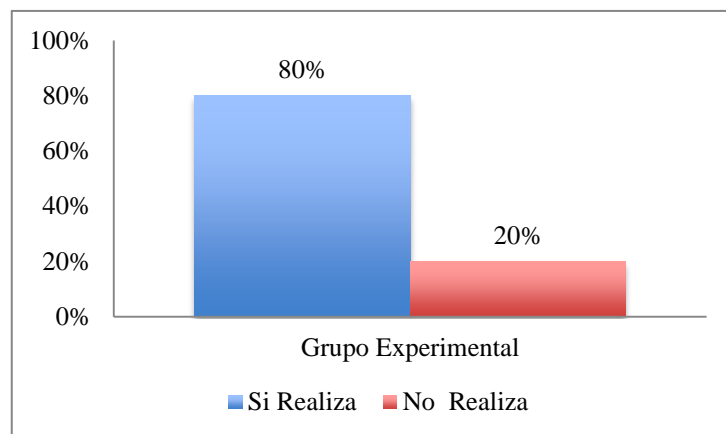


Gráfico 6. Cuando esta boca abajo levanta la cabeza y el pecho

Interpretación:

La grafica nos muestra que de lo expuesto anteriormente 4 niños realizaron la actividad mientras 1 no logró realizarla.

El que el niño logre levantar la cabeza y el pecho cuando esta acostado boca abajo ayuda a que los músculos del cuello y del tronco se vayan fortaleciendo.

Actividad N. 4 Sostiene la cabeza cuando se lo toma de los brazos y se lo levanta

Tabla 1. Sostiene la cabeza

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si Realiza	4	80%
No Realiza	1	20%
Total	5	100%

Elaborado por: Johanna Flores

Fuente: Test de Nelson Ortiz

Análisis:

La tabla nos muestra que del total de la población un 80% pudo realizar la actividad de sostiene la cabeza cuando se lo toma de los brazos y se lo levanta mientras el 20% no logró realizarla.

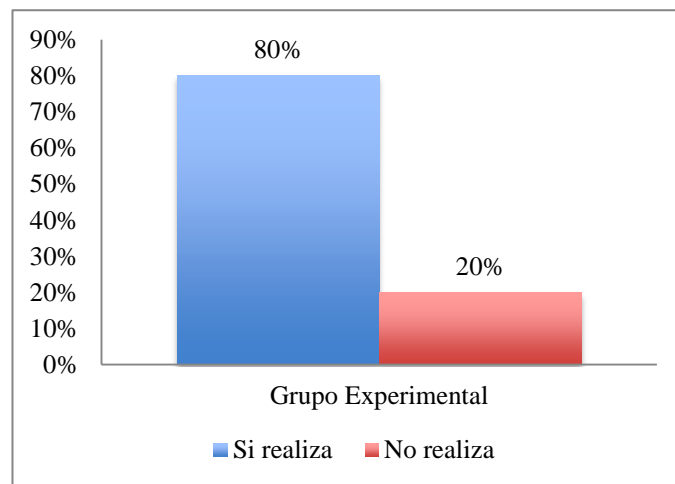


Gráfico 7. Sostiene la cabeza cuando se lo toma de los brazos y se lo levanta

Interpretación:

La grafica nos indica que de los 5 niños a los que se realizó la actividad 4 de ellos lograron cumplir mientras 1 no lo logró.

Cuando el niño logra sostener la cabeza significa que los músculos del cuello y tronco se están fortaleciendo lo cual ayudará mas adelante para que logre sentarse y mantener el equilibrio.

Actividad N. 5 Cuando está sentado mantiene el control de la cabeza

Cuadro 8. Cuando está sentado mantiene el control de la cabeza

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si Realiza	5	100%
No Realiza	0	0%
Total	5	100%

Elaborado por: Johanna Flores

Fuente: Test de Nelson Ortiz

Análisis:

Del total de la población aplicando la actividad de cuando está sentado mantiene el control de la cabeza se observa que el 100% realizó la actividad.

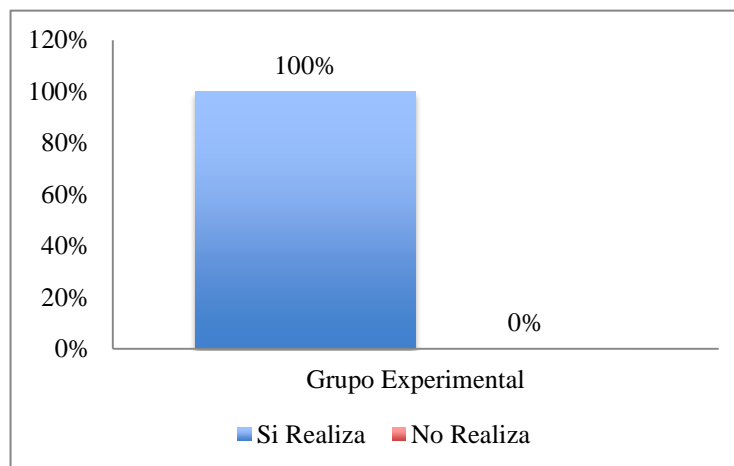


Gráfico 8. Cuando está sentado mantiene el control de la cabeza

Interpretación:

De lo expuesto anteriormente se puede observar que de 5 niños con los que se trabajó los 5 niños cumplieron con la actividad.

Es una buena señal observar que el niño tiene control de la cabeza mientras esta sentado puesto que se nota que sus músculos tanto del cuello como del tronco se han fortalecido de modo que ayudará mas adelante para la buena postura del niño y el equilibrio.

Actividad N. 6 Se voltea de un lado al otro

Cuadro 9. Se voltea de un lado al otro

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si Realiza	4	80%
No Realiza	1	20%
Total	5	100%

Elaborado por: Johanna Flores

Fuente: Test de Nelson Ortiz

Análisis:

Se puede observar que del total de la población a quien se le aplicó la actividad de se voltea de un lado al otro el 80% realizó la actividad mientras el 20% no lo hizo.

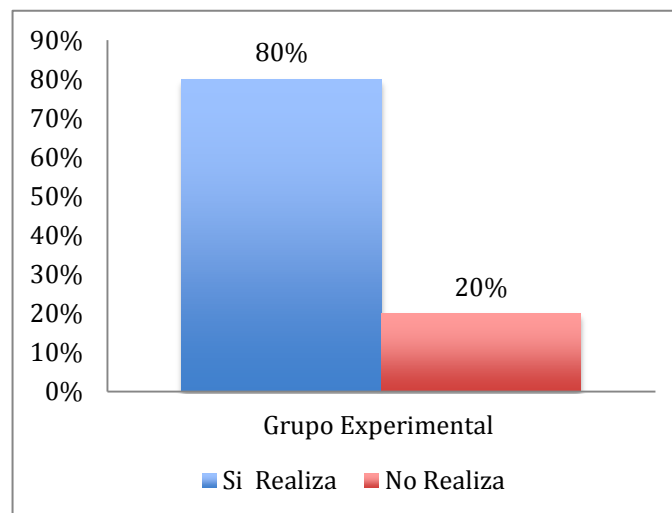


Gráfico 9. Se voltea de un lado al otro

Interpretación:

De lo expuesto anteriormente la grafica nos muestra que de 5 niños 4 de ellos realizaron la actividad y 1 no realizó.

El niño debe lograr esta actividad ya que con esto el tendrá mas autonomía y entrenará a sus músculos para que posteriormente logre reptar, gatear y ponerse de pie sin presentar ninguna complicación.

Actividad N. 7. Intenta sentarse solo

Tabla 2. Intenta sentarse solo

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si Realiza	4	80%
No Realiza	1	20%
Total	5	100%

Elaborado por: Johanna Flores

Fuente: Test de Nelson Ortiz

Análisis:

Los datos revelan que del total de la población a la que se aplicó la actividad intenta sentarse solo el 80% logro realizarla mientras el 20% no lo logró.

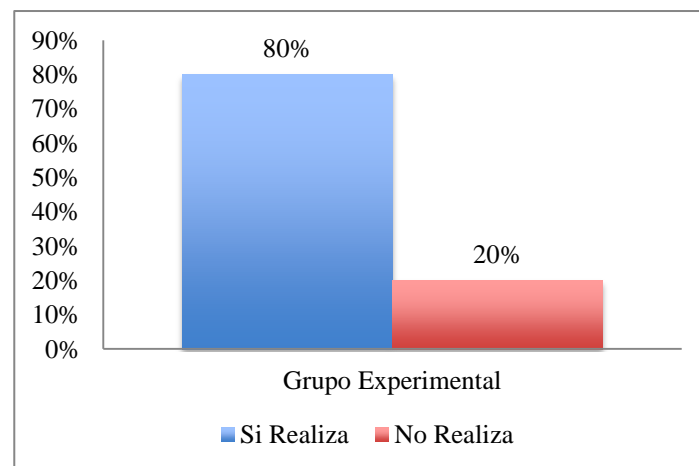


Gráfico 10. Intenta sentarse solo

Interpretación:

De lo expuesto anteriormente se puede observar que de 5 niños con los que se realizó la actividad 4 de ellos lograron realizar la actividad mientras 1 no lo logró. Esta actividad es importante ya que de esta manera el niño tendrá mas equilibrio y sus músculos estarán mas fuertes.

Actividad N. 8 Se sostiene sentado con ayuda

Cuadro 10. Se sostiene sentado con ayuda

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si Realiza	5	100%
No Realiza	0	0%
Total	5	100%

Elaborado por: Johanna Flores

Fuente: Test de Nelson Ortiz

Análisis:

Del total de la población a la que se le aplicó la actividad de se sostiene sentado con ayuda se observa que el 100% realizó la actividad.

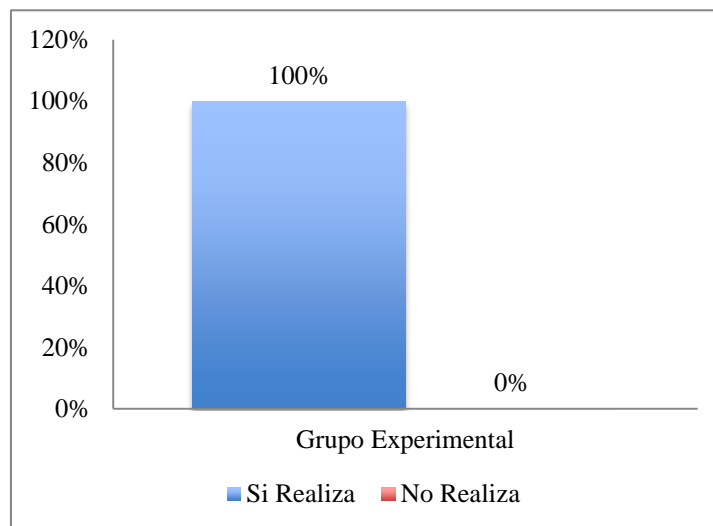


Gráfico 11. Se sostiene sentado con ayuda

Interpretación:

En el gráfico se observa que de 5 niños 5 realizaron la actividad.

Esta actividad ayuda para que el niño pueda tener más estabilidad y equilibrio a más que permite que sus músculos se fortalezcan más rápido.

GRUPO CONTROL

Tabla N.- 9

Actividad N.-9 Patea Vigorosamente

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si Realiza	2	40%
No Realiza	3	60%
Total	5	100%

Elaborado por: Johanna Flores

Fuente: Test de Nelson Ortiz

Análisis:

Del total de la población a la que se realizó la evaluación de la actividad pateo vigorosamente se observa que el 40% si realiza y el 60% no realiza la actividad.

Gráfico N.-9

Actividad N.- 9 Patea Vigorosamente

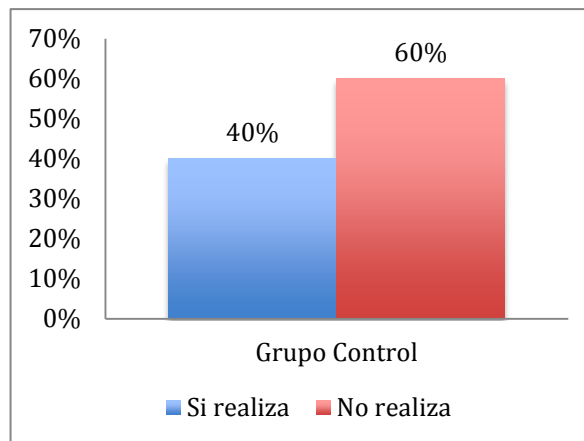


Gráfico 9. Patea Vigorosamente

Interpretación:

De lo expuesto anteriormente se puede observar que de 5 niños a los que se evaluó 2 niños si realizaron la actividad mientras 3 de ellos no realizaron la actividad.

Tabla N.- 10

Actividad N.- 10 Levanta la cabeza cuando esta en posición boca abajo

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si Realiza	1	20%
No Realiza	4	80%
Total	5	100%

Elaborado por: Johanna Flores

Fuente: Test de Nelson Ortiz

Análisis:

De los niños a los que se les realizó la evaluación obtuvieron respuesta positiva ante la actividad de levanta la cabeza cuando está en posición boca abajo el 20% mientras el 80% no lo logró.

Gráfico N.- 10

Actividad N.- 10 Levanta la cabeza cuando esta en posición boca abajo

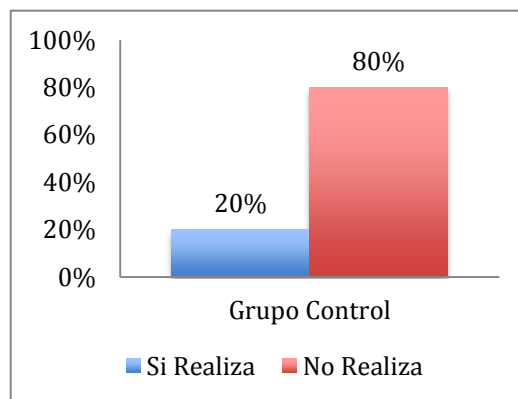


Gráfico 10. Levanta la cabeza cuando está en posición boca abajo

Interpretación:

De lo expuesto anteriormente se puede observar en la gráfica que 1 de los 5 niños realizaron la actividad y 4 no lograron realizar la actividad.

Tabla N.- 11

Actividad N.- 11 Cuando esta boca abajo levanta la cabeza y el pecho

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si Realiza	2	40%
No Realiza	3	60%
Total	5	100%

Elaborado por: Johanna Flores

Fuente: Test de Nelson Ortiz

Análisis:

Del total de la población que realizaron la actividad cuando esta boca abajo levanta la cabeza y el pecho el 40% realizo la actividad mientras el 60% no lo realizó.

Gráfico N.- 11

Actividad N.- 11 Cuando esta boca abajo levanta la cabeza y el pecho

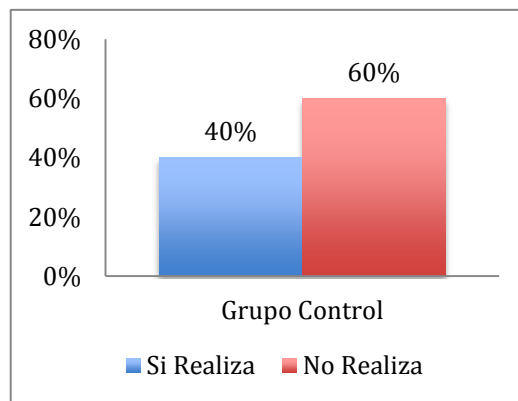


Gráfico 11. Cuando está boca abajo levanta la cabeza y el pecho

Interpretación:

La grafica nos muestra que de lo expuesto anteriormente 2 niños realizaron la actividad mientras 3 no lograron realizarla.

Tabla N.- 12

Actividad N. 12 Sostiene la cabeza cuando se lo toma de los brazos y se lo levanta

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si Realiza	2	40%
No Realiza	3	60%
Total	5	100%

Elaborado por: Johanna Flores

Fuente: Test de Nelson Ortiz

Análisis:

La tabla nos muestra que del total de la población a las que se les realizó la evaluación un 40% pudo realizar la actividad de sostiene la cabeza cuando se lo toma de los brazos y se lo levanta, mientras el 60% no logró realizarla.

Gráfico N.- 12

Actividad N. 12 Sostiene la cabeza cuando se lo toma de los brazos y se lo levanta

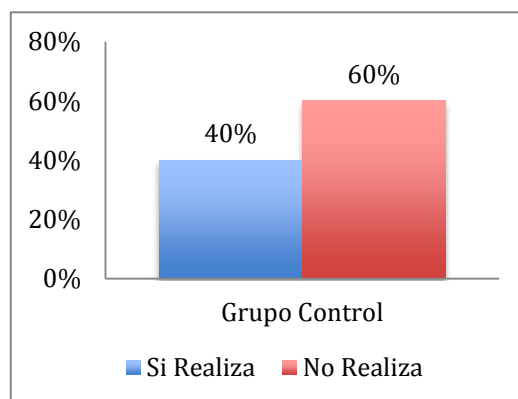


Gráfico 12. Sostiene la cabeza cuando se lo toma de los brazos y se lo levanta

Interpretación:

La grafica nos indica que de los 5 niños a los que se realizó la evaluación 2 de ellos lograron cumplir la actividad, mientras 3 no lo lograron.

Tabla N.- 13

Actividad N. 13 Cuando está sentado mantiene el control de la cabeza

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si Realiza	1	20%
No Realiza	4	80%
Total	5	100%

Elaborado por: Johanna Flores

Fuente: Test de Nelson Ortiz

Análisis:

Del total de la población a los cuales se les aplicó la evaluación de cuando está sentado mantiene el control de la cabeza se observa que el 20% realizó la actividad mientras el 80% no la realizó.

Gráfico N.- 13

Actividad N. 13 Cuando está sentado mantiene el control de la cabeza

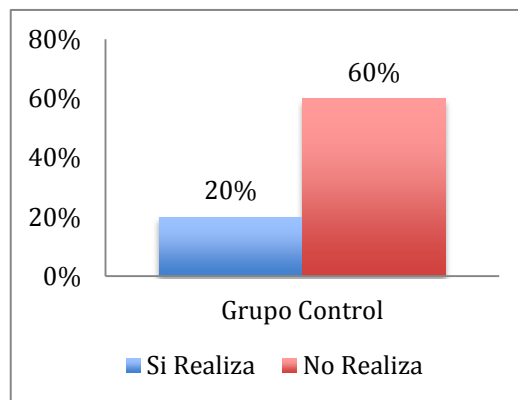


Gráfico 13. Cuando está sentado mantiene el control de la cabeza

Interpretación:

De lo expuesto anteriormente se puede observar que de 5 niños a los que se les realizó la evaluación 1 niño cumplió con la actividad y 4 de ellos no lo realizaron.

Tabla N.- 14

Actividad N. 14 Se voltea de un lado al otro

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si Realiza	2	40%
No Realiza	3	60%
Total	5	100%

Elaborado por: Johanna Flores

Fuente: Test de Nelson Ortiz

Análisis:

Se puede observar que del total de la población a quien se les realizó la evaluación de la actividad de se voltea de un lado al otro el 40% realizó la actividad mientras el 60% no lo hizo.

Gráfico N.- 14

Actividad N. 14 Se voltea de un lado al otro

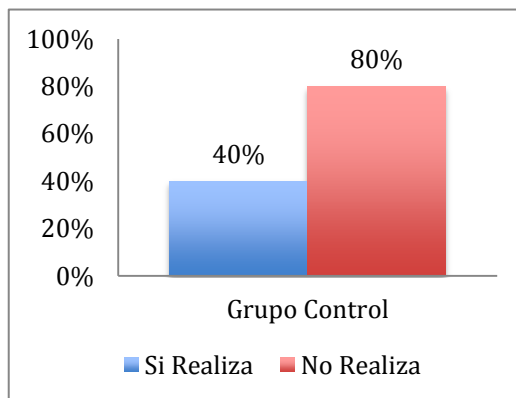


Gráfico 14. Se voltea de un lado al otro

Interpretación:

De lo expuesto anteriormente la gráfica nos muestra que de 5 niños 2 de ellos realizaron la actividad y 3 no realizaron.

Tabla N.- 15

Actividad N. 15 Intenta sentarse solo

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si Realiza	2	40%
No Realiza	3	60%
Total	5	100%

Elaborado por: Johanna Flores

Fuente: Test de Nelson Ortiz

Análisis:

Los datos revelan que del total de la población a la que se evaluó la actividad intenta sentarse solo el 40% logro realizarla mientras el 60% no lo logró.

Gráfico N.- 15

Actividad N. 15 Intenta sentarse solo

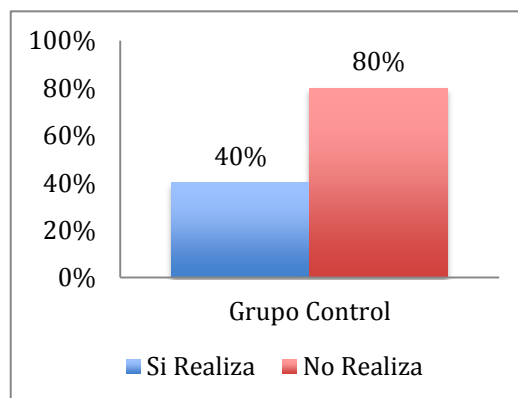


Gráfico 15. Intenta sentarse solo

Interpretación:

De lo expuesto anteriormente se puede observar que de 5 niños a los que se realizó la evaluación de la actividad 2 de ellos lograron realizar la actividad mientras 3 no lo lograron.

Tabla N.- 16

Actividad N. 16 Se sostiene sentado con ayuda

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si Realiza	2	40%
No Realiza	3	60%
Total	5	100%

Elaborado por: Johanna Flores

Fuente: Test de Nelson Ortiz

Análisis:

La tabla nos muestra que del total de la población a la que se le aplicó la evaluación de la actividad de se sostiene sentado con ayuda se observa que el 40% realizó la actividad mientras el 60% no lo realizaron.

Gráfico N.- 16

Actividad N. 16 Se sostiene sentado con ayuda

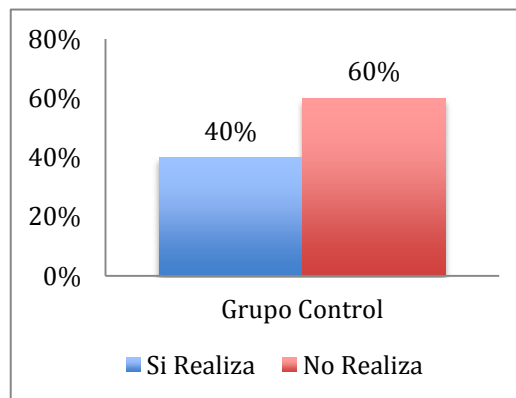


Gráfico 16. Se sostiene sentado con ayuda

Interpretación:

En el gráfico se observa que los niños del grupo control a los que se les realizó la evaluación de la actividad obtuvieron un 40% de avances mientras el 60% no realizó la actividad según la evaluación aplicada.

COMPARACIÓN DEL GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL

Tabla N.- 17

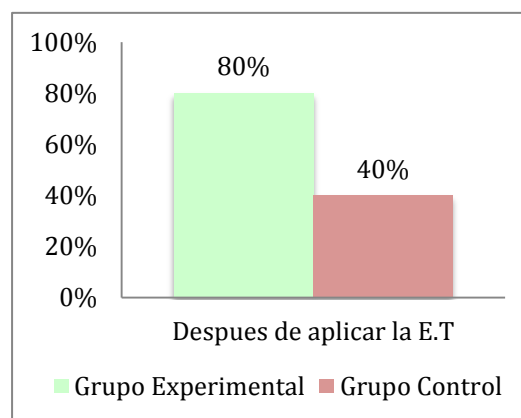
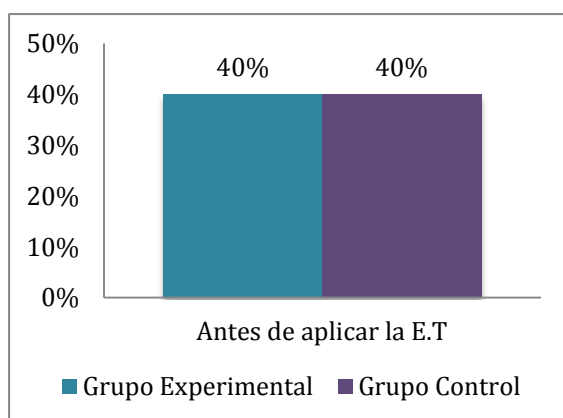
PRIMERA EVALUACIÓN	Frecuencia	Antes de Aplicar la E.T.				Después de Aplicar la E.T.			
		Grupo Experimental		Grupo Control		Grupo Experimental		Grupo Control	
		#	%	#	%	#	%	#	%
Patea Vigorosamente	SI	2	40%	2	40%	4	80%	2	40%
	NO	3	60%	3	60%	1	20%	3	60%
	TOTAL	5	100%	5	100%	5	100%	5	100%

Análisis:

Se puede observar en la tabla que el grupo experimental tuvo un porcentaje del 80% en la evaluación realizada después de la Estimulación Temprana mientras el grupo control obtuvo el mismo resultado que del principio que fue de un 40% positivo.

Gráfico N.- 17

Resultados positivos



Interpretación:

En la gráfica se puede ver que el grupo experimental tuvo un incremento del 60% mientras el grupo control se mantuvo en el porcentaje inicial.

COMPARACIÓN DEL GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL

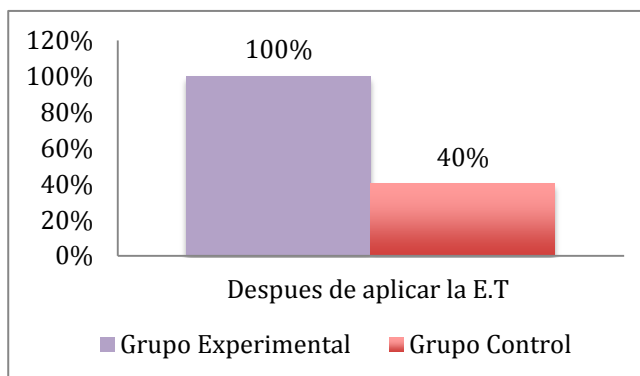
Tabla N.- 17

ÚLTIMA EVALUACIÓN	Frecuencia	Después de Aplicar la E.T.			
		Grupo Experimental		Grupo Control	
Se sostiene sentado con ayuda		#	%	#	%
	SI	5	100%	2	40%
	NO	0	0%	3	60%
	TOTAL	5	100%	5	100%

Análisis:

En la tabla se puede observar que los resultados después de haber realizado la Estimulación Temprana fueron que en el grupo experimental se obtuvo un porcentaje del 100% de resultado positivo mientras que en el grupo control hubo un 40% de resultado positivo, es decir que se obtuvo un 60% de resultado entre los dos grupos.

Gráfico N.- 17



Interpretación:

La gráfica muestra que el grupo experimental tuvo un resultado positivo del 100% mientras el grupo control se mantuvo desde la evaluación inicial hasta la final con un 40%.

4.2 Verificación de la hipótesis

Hipótesis

La Estimulación Temprana influye de forma positiva en el desarrollo del área motriz gruesa del niño prematuro.

4.2.1 Hipótesis estadística

Modelo Lógico:

H₀: La Estimulación Temprana no influye de forma positiva en el desarrollo del área motriz gruesa del niño prematuro.

H₁: La Estimulación Temprana sí influye de forma positiva en el desarrollo del área motriz gruesa del niño prematuro.

4.2.2 Comprobación de la hipótesis

Modelo Estadístico:

La t de student es una prueba estadística para evaluar hipótesis con muestras pequeñas, el caso de la determinación de t_t se lo hace en base a grados de libertad.

Prueba de Hipótesis: Elección de la prueba estadística

Para la verificación de la hipótesis se escogió la prueba estadística de t de student para muestras relacionadas.

Simbología

X = Valor Promedio gl = Grados de libertad

σ = Desviación Estándar

t = Valor t de Student

α = Nivel de Significación

El nivel de significación escogido para la investigación es del 5%.

$$tt = a = 0.05 \quad gl = n-1 \Rightarrow 5 - 1 = 4$$

$tt = \pm 2,132$ según la tabla de t de Student

Cuadro 11. Distribución estadística

Preguntas	Respuestas		Cálculo		
	Sí	No	X	X- Σ X	(X- Σ X) ²
1	4	1	3	-11	121
2	4	1	3	-11	121
6	4	1	3	-11	121
8	5	0	5	-9	81
	Σ		14	Σ	444

Elaborado por: Johanna Flores

Fuente: Test de Nelson Ortiz

$$\bar{X} = \frac{\sum_{i=1}^n X_i}{n}$$

$$\sigma = \frac{\sqrt{\sum_{i=1}^n (X_i - \bar{X})^2}}{n-1}$$

$$t = \frac{\bar{X} - \mu}{\frac{\sigma}{\sqrt{n}}}$$

$$X = \frac{14}{5}$$

$$X = 2,8$$

$$\mu = 0$$

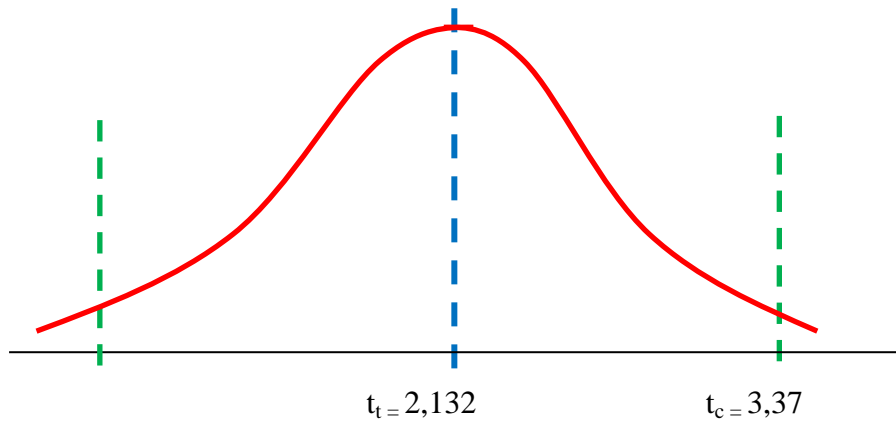
$$\delta = \frac{\sqrt{444}}{4}$$

$$\delta = 7,53$$

$$t = \frac{14 - 0}{7,53 / \sqrt{5}}$$

$$t = 3,37$$

Gráfico 12. Curva de t de student



Elaborado por: Johanna Flores

Fuente: Test de Nelson Ortiz

Regla de Decisión: con 4 grados de libertad y 95% de confiabilidad la t teórica es $t_t = 2,132$; mientras que la t calculada es de $t_c = 3,37$ y este valor es mayor por lo tanto se acepta la **H₁**: La Estimulación Temprana sí influye de forma positiva en el desarrollo del área motriz gruesa del niño prematuro.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones:

El presente proyecto se ha desarrollado bajo bases teóricas que garantizan el logro de sus objetivos, la comprobación de la hipótesis y tiene como conclusiones:

- La Estimulación Temprana influye en un porcentaje del 100% de resultado positivo en los niños prematuros de 0 a 6 meses del Hospital Municipal Nuestra Señora de la Merced en los que se trabajo con los diferentes estímulos y actividades en el desarrollo del área motriz gruesa, conclusión a la que se llegó después de haber aplicado un test de evaluación del desarrollo motriz grueso a niños de un grupo experimental.
- Se llega a la conclusión que las actividades de: control cefálico, equilibrio, arrastre, volteo, sedestación conjuntamente con el masaje shantala y música terapia fueron ayudando para alcanzar el 100% en la evolución del desarrollo motriz grueso del niño prematuro después de haber empezado con un 40% en la evaluación realizada al inicio, es decir se obtuvo un 60% de resultado positivo en los niños.
- Se concluye que las estrategias de Estimulación Temprana aplicadas en la motricidad gruesa muestran avances en los movimientos de los niños prematuros ayudando para que el desarrollo de estos sea óptimo y no tengan un retraso significativo en el mismo.
- Los padres desconocen cómo pueden trabajar en el área motriz gruesa con sus niños siendo prematuros puesto que algunos padres no han tenido una guía adecuada para el manejo correcto de actividades para que su hijo tenga un desarrollo normal según su edad, es por esta razón que se ha decidido realizar una guía que ayude tanto a padres de familia como al personal de salud, para que tengan una idea más clara de cómo trabajar con el bebé.

5.2 Recomendaciones

- Las actividades de Estimulación Temprana deben desarrollarse de una manera personalizada e individualizada puesto que cada niño tiene distintas maneras de reaccionar ante los diferentes estímulos, es por eso que se debe trabajar con una planificación para cada niño y con actividades que puedan ayudar en su desarrollo.
- Se recomienda que los padres y madres de familia utilicen diferentes estrategias en las actividades de Estimulación Temprana que se realicen con los niños, puesto que de esta manera conocerán como poder ayudarlos para que obtengan mejores resultados en su evolución.
- Se ve indispensable poder capacitar sobre las estrategias utilizadas en la Estimulación Temprana a los padres de familia y al personal médico ya que muchos de ellos tienen un conocimiento teórico de lo que se trata pero no conocen la manera adecuada para aplicarla.
- Se recomienda tanto a padres de familia como Estimuladores Tempranos que trabajen con los distintos métodos y actividades expuestas en la Guía para que el niño pueda lograr tener un mejor desenvolvimiento en el desarrollo de su motricidad gruesa.

CAPITULO VI

LA PROPUESTA

Tema:

Guía de actividades para niños prematuros de 0 a 6 meses en el área motriz gruesa, dirigida a padres de familia y personal de salud.

6.1 Datos Informativos

Institución Ejecutora:

Hospital Municipal Nuestra señora de la Merced–Ambato. Área: Neonatología y Hospitalización Pediátrica.

Beneficiarios directos:

Niños y niñas prematuros de 0 a 6 meses

Beneficiarios indirectos:

Madres y padres de familia de niños prematuros

Ubicación sectorial:

Provincia: Tungurahua

Cantón: Ambato

Sector: Isidro Viteri s/n Gertrudis Esparza Junto al parque Los Héroes

Tiempo estimado de la ejecución: Seis meses

Equipo técnico responsable: Autora de la investigación: Johanna Lissette Flores Alcívar, padres de familia.

Costo: Autofinanciado

6.2 Antecedentes

Después de realizado el trabajo de investigación, la presente propuesta permite que los padres y madres de familia que tengan hijos prematuros puedan acceder a una guía donde sepan cómo realizar actividades en el área motriz gruesa de los niños desde los 0 a 6 meses ya que de esta manera se va a ayudar en el progreso de los movimientos del niño conforme a los hitos del desarrollo, para que no exista una diferencia significativa en relación a los demás niños.

La Estimulación Temprana está pensada para mejorar o prevenir los probables déficits en el desarrollo psicomotor de niños con riesgo de padecerlos tanto por causas orgánicas como biológicas o ambientales, por lo tanto consiste en crear un ambiente estimulante, adaptado a las capacidades de respuestas inmediatas del niño para que estas vayan aumentando progresivamente y su evolución sea lo más parecida a la de un niño normal (González Zúñiga, 2007)

La referencia que se posee sobre el surgimiento de la Estimulación Temprana en América Latina se ubica en la década del 60 en el ámbito de la salud pública; en forma simultánea en tres países: Uruguay, Estados Unidos y Argentina, es este último el pionero en la atención de niños pequeños, posteriormente es asumida por la totalidad de los países y son innumerables los proyectos y programas que se desarrollan por diferentes vías o modalidades: así por ejemplo: los programas no convencionales, como experiencia, es auténticamente latinoamericana y se iniciaron en Perú en el año 1965, con los años se han ido perfeccionando y ha trascendido a otras regiones, de igual forma ha variado su concepción exclusivamente pedagógica a una atención más integral.

Debido a las afectaciones que se pueden dar a causa de la prematurez es oportuna la realización de una guía práctica de Estimulación Temprana para niños de 0 a 6 meses que han estado en el área de neonatología y para cuando han sido dados de alta.

6.3 Justificación

El propósito de esta guía es poder ayudar a los niños y su mejoramiento en el área motriz gruesa con la participación activa de los padres y madres de familia, ya que son ellos los que podrán fomentar el mejoramiento de los distintos movimientos del niño con las diferentes actividades que se requiere para que los hitos del desarrollo se puedan cumplir de una manera correcta.

Esta guía además tiene por objeto poder involucrar a los padres y madres de familia en el desarrollo de su hijo para que de esta manera ellos puedan ser parte de la evolución que tendrá el niño, brindándole el apoyo necesario y ayudando no solo al niño prematuro sino también a la familia para que puedan conocer lo favorecedor que resulta la participación de toda la familia en el progreso que tendrá el niño y en los vínculos que se crearán trabajando conjuntamente.

Esta guía es una de las primeras con las que podrán contar los padres de familia, estudiantes y profesionales de la Universidad Técnica de Ambato puesto que es innovadora al referirse a como se puede trabajar con los niños prematuros desde los 0 a los 6 meses para que su desarrollo motor grueso tenga avances de una manera efectiva ayudando para que se asemeje a los niños regulares.

6.4. Objetivos

6.4.1. Objetivo General:

- Implementar una guía de actividades para niños prematuros de 0 a 6 meses en el área motriz gruesa dirigida al personal de salud.

6.4.2. Objetivos Específicos:

- Desarrollar ejercicios que estimulen el área motriz gruesa del niño prematuro de 0 a 6 meses.
- Estimular el área motriz gruesa para el desarrollo adecuado del niño prematuro de 0 a 6 meses.
- Integrar a la familia en desarrollo del niño prematuro de 0 a 6 meses.

6.5. Análisis de Factibilidad

Lo que se está proponiendo es factible ya que se cuenta con el respaldo del personal que labora en la institución en donde se desarrollará la propuesta, además se cuentan con los recursos humanos, económicos y materiales que son necesarios para su difusión.

Por otra parte esta propuesta es factible, ya que se intenta servir a la comunidad, y especialmente a los niños prematuros de 0 a 6 meses en su proceso integral de desarrollo en el área motriz gruesa.

6.6. Fundamentación Teórica – Científica

Estudios sugieren que los programas de Estimulación Temprana pueden ayudar a los niños prematuros a nivelarse con los niños nacidos a término e incluso superarlos. Un estudio longitudinal de la primera infancia, realizado en el hospital general de Boston, publicado en la revista Pediatrics, analizó las probabilidades de retrasos mentales o físicos entre niños nacidos a término y niños prematuros tardíos. El informe confirmó que existe mayor riesgo en los niños prematuros tardíos de presentar retrasos o sufrir limitaciones mentales o motoras. (Lamardo, 2011)

El cerebelo es uno de los elementos imprescindibles dentro del sistema motor, si se quiere llevar a cabo movimientos precisos y adaptables a la dinámica ambiental. Esto demuestra la importancia del cerebelo en todo tipo de habilidades motrices, incluyendo los aspectos memorísticos de tales habilidades.

El cerebro participa en la trayectoria, precisión y adecuación de un movimiento al objetivo deseado, debido, entre otras razones, a sus conexiones con la corteza frontal y las áreas parietales posteriores y occipitales anteriores. Diferentes autores han concedido importancia a la acción del cerebelo en la integración de diferentes secuencias sucesivas de los movimientos.

Así, es capaz de desarrollar patrones motores anteriores al siguiente movimiento, lo que ayudaría grandemente la automatización y velocidad de movimientos complejos que exijan una secuencia fija y determinada.

La corteza frontal del cerebro es la responsable de la ejecución y planificación del movimiento en el niño. Y el sistema motor es uno de los que mas ha evolucionado en el ser humano, se podría decir que gran parte de la actividad del cerebro está dirigida a desarrollar y potenciar el sistema motor.

El desarrollo del área cerebral dependerá de la Estimulación que se realice con los niños con la conducta visomotriz, de localización de objetos en el espacio y de procesos de la atención dirigidos a conductas motoras relacionadas con el propio cuerpo y espacio.

La posibilidad de que los niños tengan que repetir movimientos para acertar con el equilibrio y la precisión de movimientos favorecerá la maduración del cerebelo. (Tomás Ortiz, 2014)

Se considera nacimiento prematuro o pretérmino todo parto que se produce antes de completarse la semana 37 de gestación, independientemente del peso al nacer (Organización Mundial de la Salud).

La etiología del nacimiento prematuro, al igual que sucede con el mecanismo del parto a término, no está del todo clara. Se cree que se trata de un complejo

trastorno multifactorial en el que intervienen factores fisiopatológicos, genéticos y ambientales. (PerkinElmer, 2009).

Desde el punto de vista de su desarrollo temprano tienen alto riesgo con respecto a la población infantil en general, de diagnóstico de discapacidades mayores como Parálisis Cerebral, retraso mental, ceguera y/o sordera. (Figueras 1998).

Los niños prematuros pueden presentar varias complicaciones después del nacimiento como:

- Retraso en crecimiento y desarrollo
- Retraso o discapacidad mental o física, entre otros.

A través de movimientos se observan las reacciones que presentan los bebés y la edad es el determinante del tipo de reflejo o movimiento que debe realizar, con esto se puede observar si existe alguna alteración que pueda poner en peligro la movilidad de cada recién nacido o si se requiere trabajar con alguna terapia específica para que se recupere algún movimiento.

Hoy en día existen cada vez más evidencias que avalan la importancia de un desarrollo psicomotor adecuado, que no interfiera en las tareas de un individuo a lo largo de su crecimiento. Se ha visto que cada etapa del desarrollo es requisito de la siguiente y que anomalías en algunas de estas tendrán repercusiones a futuro (Bobath y cols. 1976; Brand y cols. 1989; Flehmig 1999; Holsti and cols. 2002; Mick and cols. 2002).

Existen evidencias de que el desarrollo psicomotor de los prematuros será muy distinto al de un recién nacido a término, incluso es muy probable que tenga repercusiones a nivel escolar (Fallang and cols. 2003; Koldewijn and cols. 2005).

Por las razones expuestas anteriormente es que se ha tomado en cuenta una manera más práctica para que los padres de familia puedan trabajar de manera óptima con sus hijos consiguiendo el desarrollo adecuado para los niños que nacieron prematuros.

***Guía de actividades
para niños prematuros
de 0 a 6 meses
en el área motriz gruesa***



INTRODUCCIÓN:

Este manual va dirigido para madres y padres de familia con la finalidad de que los niños prematuros puedan obtener un buen desarrollo pudiendo alcanzar los hitos acorde a su edad con un plan de actividades específicas, recordando que cada niño tiene una distinta manera de reaccionar a un determinado estímulo al que se encuentra expuesto, en esta guía se darán pautas para que los padres puedan trabajar de una manera correcta con sus hijos tomando en cuenta varias recomendaciones que deberán seguir, consiguiendo con esto que los niños logren realizar las actividades sin complicaciones.

La Estimulación Temprana es un grupo de medios, técnicas, y actividades con base científica, adaptada 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, permitiendo así, evitar estados no deseados en el desarrollo colaborando con los padres, con autonomía y eficazmente, en el cuidado y desarrollo del infante.

(Terré, 2002)

La estimulación temprana busca incentivar al niño de manera oportuna, el objetivo no es desarrollar niños precoces, peor aún sobrepasar en su desarrollo natural, sino ofrecerle diversas experiencias que le posibilitarán formar las bases para la obtención de aprendizajes futuros.

Investigaciones afirman que el cerebro evoluciona en los primeros años de vida de manera increíble y es el momento en el que hace más seguro el aprendizaje, esto porque el cerebro tiene mayor plasticidad, es decir que se establecen conexiones entre neuronas con mayor facilidad y eficacia, este proceso se presenta aproximadamente hasta los seis años de edad, a partir de entonces, algunos circuitos neuronales se atrofian y otros se regeneran, por ello el objetivo de la estimulación temprana es conseguir el mayor número de conexiones neuronales haciendo que éstos circuitos se regeneren y continúen funcionando.

La motricidad gruesa es una parte esencial del desarrollo infantil, puesto que para el futuro desarrollo de la motricidad fina, es necesaria una buena base de motricidad gruesa. Solo un niño que haya desarrollado suficientemente su

motricidad gruesa será capaz de aprender sin problemas las habilidades propias de la motricidad fina como escribir o atarse los cordones del zapato. Un desarrollo motriz adecuado para la edad del niño es especialmente importante en el ámbito de la motricidad gruesa, puesto que el estado de desarrollo afecta directamente otros ámbitos de la vida del niño. Un niño que desarrolla con normalidad su motricidad gruesa tendrá con seguridad menos problemas en la escuela para aprender a escribir y en las clases de gimnasia, con temas como el equilibrio.

El ámbito de la motricidad está relacionado, mayormente, con todos los movimientos que de manera coordinada realiza el niño con pequeños y grandes grupos musculares, los cuales, son realmente importantes porque permiten expresar la destreza adquirida en las otras áreas y constituyen la base fundamental para el desarrollo del área cognitiva y del lenguaje.

Los recién nacidos son prematuros cuando el parto tiene lugar antes de que se hayan completado las 37 semanas de gestación. Normalmente el embarazo dura unas 40 semanas.

Los recién nacidos prematuros no están totalmente preparados para la vida extrauterina. Sufren hipotermia (enfriamiento) con más facilidad y pueden necesitar más ayuda para alimentarse que los niños nacidos a término. Como su organismo todavía no está plenamente desarrollado, pueden tener problemas para respirar y sufrir otras complicaciones, como las infecciones.

RECOMENDACIONES PARA LA APLICACIÓN DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

- Trabajar con el niño en un lugar adecuado, con un ambiente tranquilo y seguro.
- Realizar las actividades después de una hora por lo menos de que se haya alimentado el niño.
- Si el niño se encuentra indispuesto no obligarlo a hacer las actividades.
- Tener las uñas cortas.
- Desinfectar los materiales que se van a utilizar.
- Tener el cabello recogido.
- Cuando se realicen las actividades acompañarlas con música relajante.
- No exceder el tiempo de las sesiones de Estimulación Temprana.
- El niño debe estar con ropa cómoda.
- Tener cuidado con realizar las actividades bruscamente.
- Debe haber confianza y afectividad entre la Estimuladora y el niño.
- Si se va a realizar masajes en sus primeros meses, no utilizar ningún tipo de aceite porque puede irritar la piel del niño.

Masajes



RECOMENDACIONES

- Para realizar los masajes se necesita de un ambiente cálido para que el niño no se enferme.
- El masaje no se deberá realizar después que el niño se haya alimentado, hay que esperar un tiempo prudente o realizarlo cuando el niño esté en ayunas.
- Tener contacto visual con el niño.
- Explicarle al bebé lo que se va a realizar con su cuerpo.
- Si el niño esta enfermo o indispuerto no obligarlo.
- Se pueden utilizar aceites naturales.
- No acelerar ni disminuir el ritmo en el que se hace el masaje, realizarlo en forma lenta desde el principio hasta el final.
- Todos los pasos se realizan alrededor de cinco a diez veces, se debe fijar las repeticiones dependiendo de cómo el niño reaccione al masaje.
- Para dar los masajes se puede acompañar de musica relajante.
- Tener las manos abrigadas para realizar el masaje.

Masajes

para el cuerpo



MASAJES EN EL PECHO



<http://www.netmoms.es>

PASO 1:

- Adecuar el ambiente utilizando música relajante para que el bebé no se exalte.
- Acostar al bebé boca arriba.
- Ir diciéndole al bebé los pasos que vamos a realizar antes, y durante del masaje.
- Quitarle la vestimenta de la parte superior siempre y cuando el ambiente esté con una temperatura adecuada para evitar que el bebé se resfrie.
- Comprobar la temperatura del aceite, ya que si no se lo hace puede que el niño se sobresalte o le incomode.
- Poner un poco de aceite en el centro del pecho del bebé.

MASAJES EN EL PECHO



PASO 2:

- Verificar que nuestras manos estén calientes antes de comenzar los masajes para no incomodar al bebé.
- Conversar con el bebé mientras se realiza el masaje.
- Colocar las dos manos juntas en el pecho del bebé.
- Acariciar poniendo un poco de presión y esparcir el aceite por el pecho del bebé del centro hacia fuera al mismo tiempo con las dos manos.
- Este paso se realiza como si se tuviera en frente un libro abierto y se desea aplanar bien las páginas.

MASAJES EN EL PECHO



<http://www.netmoms.es>

PASO 3:

- Teniendo cuidado de no lastimar al bebé, con una mano estirar los pies del bebé.
- Con la otra mano, colocar la palma sobre el pecho del bebé.
- Acariciar desde pecho hacia el vientre suavemente.

ADVERTENCIA:

- No realizar este paso si el ombligo aún no ha sanado.

MASAJES EN LOS BRAZOS



<http://www.netmoms.es>

PASO 1:

- Con el brazo descubierto colocarle aceite, para poder desplazar las manos de forma más fácil.
- Evitar pellizcar los pequeños pliegues de la piel.
- Estirar el brazo del bebé suavemente para no lesionar o lastimar al bebé.

MASAJES EN LOS BRAZOS



<http://www.netmoms.es>

PASO 2:

- Colocar al niño de un lado.
- En esta posición se facilitará más en el momento de dar el masaje en el brazo
- Ir hablando con el bebé e indicarle lo que se está haciendo con él.

MASAJES EN LOS BRAZOS



<http://www.netmoms.es>

PASO 3:

- Con una mano sostener la muñeca del niño para protegerla y estirar suavemente el brazo del bebé hacia arriba.
- Con la otra mano sostener la base del brazo rodeándolo con los dedos, en esta ubicación formará un pequeño brazalete que se hará subir por el brazo del niño lentamente hasta llegar a la muñeca.
- Masajear de abajo hacia arriba lenta y suavemente.

MASAJES EN LOS BRAZOS



<http://www.netmoms.es>

PASO 4:

- Sosteniendo bien el brazo del bebé, realizar una posición con sus manos como si se fuera a enroscar.
- Rodear el ante brazo del bebé con las dos manos.
- Masajear el brazo del bebé moviendo las manos en dirección opuesta la una de la otra.
- No hacer presión en el brazo del bebé, permitiendo que las manos se deslicen suavemente hasta la muñeca del niño.
- Terminado este paso en un brazo, colocar al niño del otro lado y repetir el procedimiento en el otro brazo.

MASAJES EN LOS PIES Y PIERNAS



<http://www.netmoms.es>

PASO 1:

- Colocar un poco de aceite en nuestras manos, teniendo en cuenta que no se encuentren frías para que el bebé no se exalte.
- Sostener el tobillo del bebé con una mano y estirar la pierna hacia arriba suavemente.
- Con la otra mano rodear el muslo del bebé.
- Con la mano que se encuentra en el muslo, realizando masajes suaves proceder a presionar un poco e ir subiendo la mano por el pie del niño hasta llegar al tobillo.

MASAJES EN LOS PIES Y PIERNAS



<http://www.netmoms.es>

PASO 2:

- Al llegar al tobillo con la otra mano se deberá sujetarlo bien y con la mano que se encontraba en un inicio en el tobillo sostener el muslo del bebé, para de esta manera repetir el movimiento.
- Realizar los masajes suavemente desde el muslo hacia el tobillo combinando la posición de las manos.
- No forzar al niño si se siente incómodo.

MASAJES EN LOS PIES Y PIERNAS



<http://www.netmoms.es>

PASO 3:

- Conversar con el bebé e indicarle lo que estamos haciendo y que parte del cuerpo se está masajeando.
- Sostener el pie con ambas manos, siempre protegiendo el tobillo del bebé.
- Masajear la planta del pie con ambos pulgares con movimientos suaves hacia arriba y hacia abajo.



<http://www.netmoms.es>

PASO 4:

- Sostener el pie del bebé con una sola mano siempre protegiendo el tobillo.
- Colocar el pulgar en la planta del pie.
- Dar masajes presionando suavemente y con movimientos circulares.
- Realizar los masajes siguiendo los mismos pasos pero en el otro pie.

MASAJES PARA LA CARA



<http://www.netmoms.es>

PASO 1:

- Hablar con el bebé y decirle que masajearemos su rostro para que no se exalte.
- Colocar las manos en las partes laterales (derecha e izquierda) de la cara del bebé
- Acariciar poco a poco a lo largo del rostro del bebé de arriba hacia abajo.

MASAJES PARA LA CARA



<http://www.netmoms.es>

PASO 2:

- Colocar ambos pulgares en el centro de la frente del bebé.
- Deslizar los pulgares hacia los lados hasta llegar a las sienes.
- Repetir el movimiento con la punta de los dedos teniendo en cuenta de que nuestras uñas deben estar bien cortadas para no lastimar al bebé.

MASAJES PARA LA CARA



<http://www.netmoms.es>

PASO3:

- Situar los dedos índices en ambos lados de la nariz.
- Con la punta de los dedos acariciar la cara del bebé desde la nariz hasta las comisuras de los labios.
- Realizar estos masajes de manera suave sin presionar fuertemente para que el niño no se incomode o sienta dolor.

MASAJES PARA LA CARA



<http://www.netmoms.es>

PASO 4:

- Poner las yemas de los dedos índice y medio de ambas manos al lado izquierdo y derecho de la nariz del bebé.
- Dar masajes a manera de caricias desde la nariz hacia las orejas.
- Realizar los masajes siempre de adentro hacia fuera.

MASAJES PARA LA CARA



<http://www.netmoms.es>

PASO 5:

- Con la ayuda de los dedos pulgares, dar masajes suaves entre la nariz y el labio superior.
- Alternar el movimiento desde el centro hacia los lados de la cara.
- Al momento de dar los masajes hacer una presión suave para no incomodar al bebé.

MASAJES PARA LA CARA



<http://www.netmoms.es>

PASO 6:

- Colocar los dedos pulgares en el centro de la barbilla y arrastrar de forma lenta a lo largo de la mandíbula en dirección a las orejas.
- Tomar en cuenta que el masaje debe ser desde el centro hacia afuera y de manera suave sin presionar fuertemente.



<http://www.netmoms.es>

PASO 7:

- Con los dedos pulgar e índice coger suavemente los pabellones de la oreja del bebé.
- Masajear con una presión leve y realizando movimientos circulares.

MASAJES PARA LA CARA



<http://www.netmoms.es>

PASO 8:

- Para concluir con el masaje de la cabeza y cara, acariciar de la misma manera en que se hizo al inicio.
- Colocar las manos en las partes laterales (derecha e izquierda) de la cara del bebé.
- Acariciar poco a poco a lo largo del rostro del bebé.
- Masajear de arriba hacia abajo y sin presionar fuertemente.

Actividades

para el movimiento



RECOMENDACIONES:

- Controlar que el ambiente en el que se trabaje sea adecuado para que el bebé se sienta cómodo y no se resfrie.
- Tener las uñas cortas al momento de trabajar con el bebé para no lastimarlo.
- Utilizar música relajante al momento de trabajar con el bebé.
- Desinfectar los materiales que se vayan a utilizar.
- Tener el cabello recogido para que el trabajo no se torne incómodo.
- Si el bebé no está dispuesto a realizar la actividad no forzarlo.

EJERCICIOS PARA QUE DE PATADITAS

(PRIMER MES)

OBJETIVO: Fortalecer los músculos de las piernas del bebé.



<http://lamonitarevoltosa.blogspot.com>



<https://eligenatural.files.wordpress.com>

ACTIVIDAD 1:

- Utilizar música relajante para que el niño se sienta bien.
- Colocar al niño acostado boca arriba.
- Con las manos sostener los tobillos del bebé.
- Mover suavemente las piernas del bebé flexionando hacia su barriga.
- Mantener las piernas del bebé en esta posición por unos segundos, haciendo presión suavemente, para que el niño trate de estirar las piernas logrando así dar pequeñas pataditas.
- Realizar esto con los dos pies juntos y después hacerlo con cada pie alternando.
- Se recomienda siempre decirle al niño lo que se está haciendo, para que no se sobresalte.

EJERCICIO PARA LEVANTAR LA CABEZA

(SEGUNDO MES)

OBJETIVO: Fortalecer los músculos del cuello.



<http://pequespasosblog.blogspot.com>

ACTIVIDAD 2:

- Colocar al niño en posición boca abajo.
- Con la ayuda de los dedos índice y medio, dar un pequeño masaje a los lados de la columna del niño, esto permitirá que el niño trate de levantar la cabeza.
- Con la ayuda de un algodón pasar suavemente por la nuca del niño, haciendo que el bebé logre levantar la cabeza.
- Decirle al bebé la actividad que se está realizando para que no se sobresalte.

EJERCICIO PARA QUE PUEDA LEVANTAR LA CABEZA

(SEGUNDO MES)

OBJETIVO: Fortalecer los músculos del cuello.



<http://www.cosasdelainfancia.com>

ACTIVIDAD 3:

- Colocar al niño en posición boca abajo sobre un rodillo.
- Las manos del bebé deben estar por encima del rodillo en la parte del frente del bebé.
- Llamar la atención del bebé colocando frente a él un juguete llamativo o sonoro.
- Cuando el bebé haya fijado su atención en el juguete llevar el juguete hacia arriba para que de esta manera el bebé intente levantar su cabeza.
- No forzar a realizar la actividad si el bebé está indispuesto.

EJERCICIO PARA QUE PUEDA LEVANTAR LA CABEZA

(TERCER MES)

OBJETIVO: Reforzar los músculos del cuello y espalda.



<http://proyectopapis.blogspot.com>

ACTIVIDAD 4:

- Colocar al niño boca abajo sobre los brazos extendidos hacia delante.
- Llamar la atención del niño colocando un sonajero frente a los ojos del bebé, con una distancia de unos 30 cm y hacerlo sonar llevando lentamente el sonajero hacia arriba, de esta manera el niño seguirá con la mirada y tratará de levantar la cabeza.

ADEVERTENCIA:

- El niño logrará ir controlando su cuello con el tiempo, no forzar a que lo realice en los meses anteriores ya que sus músculos aún no están fortalecidos completamente.

EJERCICIO PARA QUE PUEDA LEVANTAR LA CABEZA

(TERCER / CUARTO MES)

OBJETIVO: Reforzar los músculos del cuello y espalda.



<http://marcelasalazar22.blogspot.com>

ACTIVIDAD 5:

- Colocar al niño boca abajo sobre una pelota (bobath) con los brazos extendidos hacia delante.
- Colocar al frente del bebé un juguete que llame su atención.
- Mover el juguete de abajo hacia arriba y de un lado al otro para reforzar los músculos del cuello y que el bebé logre levantar la cabeza.
- Si el bebé se siente incómodo en esta posición cambiarlo de posición por periodos cortos de tiempo y volver a realizar la actividad.
- Recordar que hay que explicarle al niño lo que se está haciendo.

EJERCICIO PARA QUE EL NIÑO TENGA CONTROL CEFALICO

(CUARTO MES)

OBJETIVO: Tonificar los músculos de la cabeza, tronco, brazos y espalda.



<http://pequespasosblog.blogspot.com>

ACTIVIDAD 6:

- Colocar al niño acostado boca arriba.
- Cogerle de las manos al bebé y levantarlo unos pocos centímetros de la colchoneta.
- El niño deberá sostener su cabeza al momento en el que se le levante.
- Levantar pocos centímetros de la colchoneta y al momento de acostar nuevamente al bebé tener cuidado con su cabecita.
- Colocar nuestra mano de soporte en la nuca y cabeza para que no se golpee o haya alguna lesión al momento de acostarlo de nuevo.

ADVERTENCIA:

- Se deberá sostener por la mitad de los huesos largos del brazo para no lesionar las articulaciones.

EJERCICIO PARA QUE EL NIÑO TENGA CONTROL CEFÁLICO

(CUARTO MES)

OBJETIVO: Tonificar los músculos de la cabeza, tronco y espalda.



<http://marcelasalazar22.blogspot.com>

ACTIVIDAD 7:

- Recordar que el niño aún no tiene los músculos fortalecidos totalmente así que debemos sostener el tronco del bebé con nuestras manos para que no ponga todo su peso al momento de sentarlo.
- Colocar al niño sentado sobre una pelota (bobath).
- Llamar la atención del bebé con un juguete o con una persona que sea del agrado del niño, puede ser algún familiar.
- Si es una persona que se encuentra frente al bebé es preferible que sus ojos estén a la misma distancia que los del bebé para así llamar su atención.
- El momento que el bebé haya fijado la atención en la persona hacer que la persona se levante un poco para de esta manera el bebé lo siga con la mirada y levanta su cabeza, de esta manera ayudaremos en el fortalecimiento de los músculos del cuello, tronco y espalda.

EJERCICIO PARA CONTROL CEFALICO Y DE TRONCO

(CUARTO/QUINTO MES)

OBJETIVO: Fortalecer los músculos del cuello, brazos y espalda.



<http://www.guiainfantil.com>



<http://www.crecebebe.com>

ACTIVIDAD 8:

- Colocar al bebé boca abajo con los brazos extendidos hacia al frente.
- Hacer que el niño junte los codos para que de esta manera él tenga un apoyo y pueda tener facilidad en levantar su pecho y su cabeza.
- Llamar la atención del niño con un juguete, para que tenga un estímulo por el cual quiera levantar su cabeza.

EJERCICIO PARA CONTROL CEFALICO Y DE TRONCO

(CUARTO/QUINTO MES)

OBJETIVO: Tonificar los músculos de la cabeza, tronco, brazos y espalda.



<http://babymarket.co>

ACTIVIDAD 9:

- Verificar que la persona que vaya a dar el masaje se encuentre con las manos calientes para que el bebé no se incomode o se exalte.
- Comunicar al bebé la actividad que se va a realizar.
- En posición boca abajo ayudar al niño para que pueda levantar el pecho y la cabeza dando suaves masajes en su espalda a los lados de la columna vertebral del bebé para que el niño sienta la necesidad de levantar el tronco y la cabeza por el cosquilleo que le causa.

EJERCICIO PARA CONTROL CEFÁLICO Y DE TRONCO

(CUARTO/QUINTO MES)

OBJETIVO: Tonificar los músculos de la cabeza, tronco, brazos y espalda.



<http://criandobilingue.com>

ACTIVIDAD 10:

- En posición boca abajo, colocar el pecho del bebé sobre un rodillo poniendo las manos del niño extendidas hacia al frente.
- Llamar la atención del bebé con un juguete para que de esta forma tenga la necesidad de levantar su cabeza y tronco.
- Cuando el juguete se encuentre en la parte de arriba moverlo lentamente de un lado hacia el otro para que el bebé siga con la mirada y su cabeza se encuentre levantada por mayor tiempo.

EJERCICIO PARA CONTROL CEFÁLICO Y DE TRONCO

(CUARTO/QUINTO MES)

OBJETIVO: Tonificar los músculos de la cabeza, tronco, brazos y espalda.



<https://tubebefeliz.wordpress.com>



<https://tubebefeliz.wordpress.com>

ACTIVIDAD 11:

- Con el bebé acostado boca abajo.
- Colocar al bebé frente a un espejo para que el niño pueda verse.
- Si el espejo es pequeño levantarlo poco a poco para que el niño siga con su mirada y trate de levantar su cabeza y su pecho apoyándose con sus antebrazos y codos.
- Si el espejo es grande llamar la atención del bebé para que levante su cabeza apoyado en sus antebrazos y codos logrando mantenerla así por mayor tiempo.

EJERCICIO PARA CONTROL CEFÁLICO Y DE TRONCO

(CUARTO/QUINTO MES)

OBJETIVO: Tonificar los músculos de la cabeza, tronco, brazos y espalda.



<http://www.babymoon.es>

ACTIVIDAD 12:

- En posición boca abajo, colocar el pecho del bebé sobre un rodillo poniendo las manos del niño extendidas hacia al frente.
- Sostener la cadera del bebé para que este se sienta seguro.
- Realizar movimientos con el bebé de adelante hacia atrás.
- Observar que mientras se realiza estos movimientos el bebé vaya levantando la cabeza y colocando las manos en frente.
- Realizar los movimientos lentamente, para que el bebé no se exalte.
- Decirle al bebé todo lo que se está realizando.

EJERCICIO PARA VOLTEO DE BOCA ARRIBA A BOCA ABAJO

(CUARTO/QUINTO MES)

OBJETIVO: Lograr que el niño gire de posición boca abajo a boca arriba.



<http://www.huellasdebamboo.com>

ACTIVIDAD 13:

- Acostado el niño en posición boca arriba, llamarle la atención con un juguete desde el costado, para que intente girarse.
- Ayudarle al niño a voltearse flexionando una pierna hacia el lado que queremos que gire y continuar llamando la atención del niño para que este trate de coger el juguete y logre voltearse a posición boca abajo.

EJERCICIO PARA VOLTEO DE BOCA ABAJO A BOCA ARRIBA

(CUARTO/QUINTO MES)

OBJETIVO: Lograr que el niño gire de posición boca abajo a boca arriba.



<http://marlopezbuades.es>



<http://mimandoando.com>

ACTIVIDAD 14:

- Acostar al niño boca abajo.
- Giramos un poco al niño hacia un lado, metemos el brazo que está en la parte de abajo hacia el centro.
- Apoyar la cabeza del bebé en la colchoneta y con un juguete llamar la atención del niño para que trate de coger el juguete y termine de girarse solo quedando en posición boca arriba.

EJERCICIO PARA VOLTEO DE BOCA ABAJO A BOCA ARRIBA

(CUARTO/QUINTO MES)

OBJETIVO: Lograr que el niño gire de posición boca abajo a boca arriba.



<https://tubebefeliz.wordpress.com>

ACTIVIDAD 15:

- Para esta actividad pedir ayuda a otra persona, cada una sostendrá los extremos de la sábana.
- Colocar al bebé en la mitad de la sábana, jalar la sábana hacia arriba haciendo que el bebé empiece a girar suavemente, la persona del otro extremo deberá ir bajando la sábana para que se facilite el volteo. Realizar lo mismo alternadamente.
- Esta actividad ayuda para el volteo boca abajo y boca arriba, dependiendo de la posición inicial que tenga el bebé.

EJERCICIO PARA SENTARSE

(QUINTO/SEXTO MES)

OBJETIVO: Guiar al niño para que pueda sentarse.

Paso 1



www.youtube.com

Paso 2



www.youtube.com

Paso 3



www.youtube.com

Paso 4



www.youtube.com

Paso 5



www.youtube.com

ACTIVIDAD 16:

- Colocar al niño en posición boca arriba, ayudarle para que pueda sentarse.
- Con nuestra mano apoyar en la parte de las piernas del bebé y con la otra mano sostener el tronco, girar ligeramente al niño para que pueda tener un apoyo en el codo, brazo y mano.
- Levantar despacio el tronco del bebé sin soltar las piernas y llevarlo a la posición sentado levantándolo hacia un costado para que pueda ir apoyándose hasta llegar a la posición sentado.

ADVERTENCIA:

- Para que el niño pueda sentarse, necesita lograr sostener la cabeza y tener fuerza en los músculos de la espalda, para no afectar sus musculo o su columna.

EJERCICIO PARA QUE EL NIÑO LOGRE SENTARSE SOLO Y TENGA ESTABILIDAD

(SEXTO MES)

OBJETIVO: Lograr que el niño se siente y tenga un buen equilibrio.



<http://dandoelpechoamibebé.blogspot.com>

ACTIVIDAD 17:

- En posición sentada, colocar un apoyo en la espalda del niño para que no pueda caerse hacia atrás.
- Colocar un juguete que llame la atención del niño a su costado o al frente del mismo.
- Hacer que el bebé ponga su atención en el juguete y animarlo a que coja el juguete, de esta manera el bebé estirará su mano hacia un lado o hacia el otro dependiendo de donde se encuentre el objeto.
- Esto ayudará para que los músculos de la espalda se vayan fortaleciendo y su cuerpo tenga más estabilidad.

EJERCICIO PARA QUE EL NIÑO LOGRE SENTARSE SOLO Y TENGA ESTABILIDAD

(SEXTO MES)

OBJETIVO: Lograr que el niño se siente y tenga un buen equilibrio.



<http://blogpediatriaparatodos.blogspot.com>

ACTIVIDAD 18:

- Colocar al niño en posición sentado.
- Sostener al bebé por la espalda y dar un pequeño empujón en su brazo hacia un lado para que el niño pueda sacar la mano y apoyarla al lado de su cuerpo.
- Realizar lo mismo del otro lado, esto ayudará para que el niño logre tener buena estabilidad y equilibrio al momento de lograr sentarse solo.

6.7 Modelo Operativo

Cuadro 12. Modelo Operativo

Objetivo	Actividades	Recursos	Responsable	Beneficiarios	Tiempo
Realizar una guía de ejercicios de Estimulación Motriz que ayudarán a los niños prematuros	Desarrollo de la guía	Papel Computadora Internet	Investigadora	Niños prematuros	Octubre 2014 – Febrero 2015
Capacitar a los padres de familia para que sepan como trabajar con sus bebés	Presentación de actividades	Papel Computadora Internet	Investigadora	Padres de familia y niños prematuros	Octubre 2014 – Febrero 2015
Contribuir en el desarrollo del área motriz gruesa para niños prematuros de 0 a 6 meses de edad.	Investigar y comentar sobre la importancia que tiene el desarrollo motor en los niños prematuros.	Internet Copias Computadora	Investigadora	Niños prematuros	Octubre 2014 – Febrero 2015

Elaborado por: Johanna Flores

6.8 Administración de la propuesta

La Guía de desarrollo del área motriz gruesa para niños prematuros de 0 a 6 meses de edad del Hospital Municipal nuestra señora de la Merced por parte de la investigadora Johanna Flores y de igual manera a los docentes del jurado examinador de la Carrera de Estimulación Temprana.

6.9 Plan de monitoreo y evaluación de la propuesta

Cuadro 13. Preguntas básicas

Preguntas básicas	Explicación
1. ¿Qué evaluar?	El desarrollo motor grueso.
2. ¿Por qué evaluar?	Por conocer la evolución de los niños, es factible, fácil de aplicar y susceptible de comprobación.
3. ¿Para qué evaluar?	Para conocer el nivel de desarrollo de la motricidad gruesa de cada niño.
4. ¿Con qué criterios?	Test de Nelson Ortiz
5. ¿Indicadores?	Desarrollo motor grueso
6. ¿Quién evalúa?	La investigadora. Johanna Flores
7. ¿Cuándo evaluar?	A partir de los 0 a 6 meses.
8. ¿Cómo evaluar?	Realizando actividades con los niños utilizando el test de Nelson Ortiz.
9. ¿Fuentes de información?	Docentes

Elaborado por: Johanna Flores

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía

- Abad Querol, J., Ramos Serrano, M., & Sánchez Labraca, N. (26 de 02 de 2012). Técnicas de Movilización. *Aibarra*, 19-20-21.
- Alma Ata,. (12 de 09 de 1978). La Atención Primaria de Salud. *Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud* (págs. 2, 3). Capital de la República Socialista Soviética de Kazakstán: Alma Ata.
- AMEI, A., & Medina, V. (08 de 12 de 2013). EL control de la cabeza de los bebés. *Guia Infantil*, 1.
- Aráuz Herrera, F. (2012). *Cinco de cada 100 bebes prematuros nacen en Ecuador*. Quito: Ecuador Inmediato.
- Bejarano Cervantes , M. A., & Camacho Rodríguez, E. Y. (2010). Programa de estimulación temprana en recién nacidos prematuros: Intervención hospitalaria. *VII Congreso de la asociación internacional de escuelas superiores de educación física (AIESEP)* (pág. 3). Mexico: Alto Rendimiento .
- Calvo Mauri, J. F., & Tejero González, M. (12 de 2008). Atención Temprana. Historia y situación actual de la. *FOCAD*, 6-7-8.
- Carranza Sare, C., León Monzón, K., & Negreros Juárez , S. (2012). *La Estimulación Temprana*. Trujillo Perú: Scribd.
- Coletto Rubio, C. (28 de 03 de 2010). “Atención Primaria: Historia y Situación Actual”. *Innovación y Experiencias Educativas*, 1-2-3.
- Cruzado, S. (2014). *Definición y objetivos de la Estimulación Temprana*. Peru: sharaincano.
- Delgadillo, J. M. (02 de 07 de 2010). Tiempos de Desarrollo y Cuidados del Bebé Prematuro. *Info Gen*, 2.
- Díaz Ludeña, N. (2013). *La Estimulación Temprana y sus Orígenes*. Quito: nadilu.
- Frontera, & Cabezuelo. (2010). *El Desarrollo Psicomotor*. Madrid España: Narcea.
- Jubert Rosich, A., F, J., Villarroya, L., Martínez Pons, M., & Albors Esteve , P. (2006). *Signos de alarma en el desarrollo psicomotor*. Barcelona: Médica y Técnica.

- Lamardo, R. (2011). Los Niños Prematuros y el Retraso del Desarrollo Psicomotor. *Sana Sana Latino Health Magazine*, 46.
- León Alvarez, T., Ordoñez Guamán, X., & Lara del Pozo, A. (2013). Política Pública Desarrollo Infantil Integral. *Ministerio de Inlusión Económica y Social*, 14-15-16-17-18.
- Liceaga , E. (2008). *Guías clínicas de diagnóstico y tratamientos para servicio de pediatría*. Mexico.
- Martínez Mendoza, F. (2010). La Estimulación Temprana: Enfoques, problemáticas y proyecciones. *AMEI*, 2-4-7.
- Matos García, S., & Ocaña Azaharez, M. (2009). *Fundamentación Teórica de la Estimulación Temprana*. España: eumed.
- Moore V., R. (2008). *Evaluación del desarrollo psicomotor*. Chile: Red de Salud UC CHRISTUS.
- Moreno Guerrero, A. (01 de 2009). "*La Estimulación Temprana*". Chile: Innovación y experiencias educativas.
- Narberhaus, A., & Segarra, D. (2004). *Trastornos Neuropsicológicos y del Neurodesarrollo en el Prematuro*. Murcia España: anales de psicología.
- OMS. (11 de 2013). *¿Qué es un niño prematuro?* Naciones Unidas: Organización Mundial de Salud.
- OMS. (11 de 2013). *Nacimientos prematuros*. Centro de prensa.
- Paz, L. (28 de 02 de 2015). Estimulación Temprana de 0 a 6 meses. *Proyecto papis*, 1-2-3.
- Pérez Armijo, M. (30 de 08 de 2012). *La Motricidad Gruesa*. Guayaquil: Magalitaarmijosp.
- PerkinElmer, A. S. (2009). Nacimiento prematuro, retos y oportunidades. *PerkinElmer Life for the better*, 3-4-5.
- Rellan Rodríguez, S., Garcia de Ribera, C., & Aragón Garcia, M. (2008). *El recién nacido prematuro*. España: Asociación Española de Pediatría.
- Rico Bañón, D. (2009). *Instrumentos de evaluación y diagnóstico en la edad de 0 a 6 años*. Valencia: roderic.
- Sánchez Caravaca, J. (2006). *La eficacia de los Programas de Atención Temprana en niños de Riesgo Biológico*. Murcia: digitum.

Silberman, M. (2005). De Alma Ata a la Renovación de la APS. *Atención Primaria de la Salud*, 2.

Swiss Medical. (2008). *Recién nacidos prematuros*. Swiss Medical.

Tapia, J. L., & González M., Á. (s.f.). *Vigilancia del Neurodesarrollo*. Neonatología.

Terré, O. (2002). ¿Que es la estimulación temprana? *Cosas de la infancia*, 1.

Tomás Ortiz, A. (2014). El Cerebro y el movimiento del niño. *Desarrollo Infantil*, 1.

Zurro , M., & Cano Pérez, J. (s.f.). *Parte I Principios de la Atención Primaria de Salud* . Atención Primaria, conceptos, organización y práctica clínica .

Zurro, M., & Cano Pérez, J. (s.f.). *Atención Primaria de Salud*. Atención Primaria, conceptos, organización y práctica clínica .

Linkografía

Cosas de la infancia. (2012). Obtenido de Jugando con rodillos: <http://www.cosasdelainfancia.com/recomendado-articulo77.html>

Criando Bilingue. (31 de 05 de 2013). Obtenido de Tiempo Boca Abajo: <http://criandobilingue.com/2013/05/>

De todo un poco. (27 de 11 de 2014). Obtenido de La placita: <http://mimandoando.com/category/de-todo-un-poco/>

La Monita revoltosa. (20 de 11 de 2014). Obtenido de Presentación Cucut: Cojín ergonómico nido bebé: <http://lamonitarevoltosa.blogspot.com/2014/11/presentacion-cucut-cojin-ergonomico.html>

Alba. (21 de 04 de 2013). *Babymoon*. Obtenido de Qué cosas hace tu bebé de 2 meses, ¿Cómo Estimularlo?: <http://www.babymoon.es/blog/tu-bebe-de-2-meses/>

Armijos, M. (30 de 08 de 2012). *slideshare*. Obtenido de La motricidad gruesa: <http://magalitaarmijosp.blogspot.com/>

Eva Calvo , José Martínez Orgado. (2015). *crecerfeliz.es*. Obtenido de El bebé consigue girar sobre sí mismo y rodar: <http://www.crecerfeliz.es/El-bebe/Psico-desarrollo/Los-progresos-del-bebe-durante-su-primer-ano/El-bebe-consigue-girar-sobre-si-mismo-y-rodar>

Guías de salud. (2013). *español.hesperian.org*. Obtenido de Estimulación temprana y actividades para el desarrollo: http://www.hesperian.org/wp-content/uploads/pdf/es_dvc_2013/es_dvc_2013_35.pdf

López Borbolla, A. (2010). *Bamboo*. Obtenido de Estimulación temprana: <http://www.huellasdebamboo.com/cursos/>

López Buades, M. (05 de 08 de 2014). *Estimulación temprana*. Obtenido de Estimulación de bebés de 4 meses – Consejos prácticos: <http://marlopezbuades.es/estimulacion-de-bebes-de-4-meses-consejos-practicos/>

Malena. (16 de 01 de 2014). *Mis pequeños pasos*. Obtenido de Masajes de fortalecimiento e independización para bebés : http://pequespasosblog.blogspot.com/2014/01/masajes-de-fortalecimiento-e_16.html

Marsa, A. (2013). *netmoms*. Obtenido de Masaje para el bebé: brazos: http://www.netmoms.es/revista/bebe/masaje-para-bebe/masaje-para-el-bebe-brazos/?icn=related-articles_inline

Marsal, A. (2013). *netmoms*. Obtenido de Masaje para el bebé: Pies y piernas: http://www.netmoms.es/revista/bebe/masaje-para-bebe/masaje-para-el-bebe-pies-y-piernas/?icn=related-articles_inline

Marsal, A. (2013). *netmoms*. Obtenido de Masaje para el bebé: cabeza y cara: http://www.netmoms.es/revista/bebe/masaje-para-bebe/masaje-para-el-bebe-cabeza-y-cara/?icn=related-articles_inline

Marsal, A. (2013). *netmoms*. Obtenido de Masaje para el bebé: cabeza y cara: http://www.netmoms.es/revista/bebe/masaje-para-bebe/masaje-para-el-bebe-cabeza-y-cara/?icn=related-articles_inline

Riera, A. M. (2013). *Netmoms*. Obtenido de Motricidad gruesa: <http://www.netmoms.es/revista/ninos/desarrollo-infantil/motricidad-gruesa/>

Rocío. (04 de 05 de 2012). *Dando el pecho a mi bebe*. Obtenido de El cojín de Lactancia: un invento maravilloso: <http://dandoelpechoamibebe.blogspot.com/2012/04/el-cojin-de-lactancia-un-invento.html>

Rodrigues, H. (14 de 07 de 2014). *Pediatría para todos*. Obtenido de <http://blogpediatriaparatodos.blogspot.com/2014/07/a-partir-de-que-idade-e-que-se-pode.html>

Salazar, M. (04 de 2012). *Plantilla Watermark*. Obtenido de Estimulación Temprana: <http://marcelasalazar22.blogspot.com/>

Yolanda. (11 de 04 de 2011). *Crece Bebe*. Obtenido de La exterogestación del bebe: <http://www.crecebebe.com/tag/desarrollo-bebe/>

Citas bibliográficas – base de datos UTA

EBRARY: López, B. G., Alva, F. L., & Banda, C. D. (2009). *Estimulación motriz para mejorar la adquisición*. Argentina: El CidEditor| apuntes. Retrieved from. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/detail.action?docID=10328018>

EBRARY: Mila, D. J. (2008). *De profesión psicomotricista* (2a. ed.). Argentina: Miño y Dávila. Retrieved from <http://www.ebrary.com>

EBRARY: Ovejero, H. M. (2013). *Desarrollo cognitivo y motor*. España: Macmillan Iberia, S.A. Retrieved from <http://site.ebrary.com/lib/utasp/detail.action?docID=10820374>

EBRARY: La atención temprana: *un compromiso con la infancia y sus familias*. (2010). España: Editorial UOC. Retrieved from <http://site.ebrary.com/lib/utasp/detail.action?docID=10609822>

ANEXOS
ANEXO 1

Foto N° 1



Fuente: Área de cuidados Neonatales Hospital Nuestra Señora de la Merced, utilizando música para relajación
Responsable: Johanna Flores

Foto N° 2



Fuente: Área de cuidados Neonatales Hospital Nuestra Señora de la Merced, utilizando música para relajación
Responsable: Johanna Flores

Foto N° 3



Fuente: Área de cuidados Neonatales Hospital Nuestra Señora de la Merced, utilizando música para relajación
Responsable: Johanna Flores

Foto N° 4



Fuente: Área de cuidados Neonatales Hospital Nuestra Señora de la Merced, utilizando música para relajación
Responsable: Johanna Flores

Foto N° 5



Fuente: Área de cuidados Neonatales Hospital Nuestra Señora de la Merced, utilizando música para relajación
Responsable: Johanna Flores

Foto N° 6



Fuente: Área de cuidados Neonatales Hospital Nuestra Señora de la Merced, utilizando música para relajación
Responsable: Johanna Flores

Foto N° 7



Fuente: Área de cuidados Neonatales Hospital Nuestra Señora de la Merced, utilizando música para relajación
Responsable: Johanna Flores

Foto N° 8



Fuente: Área de cuidados Neonatales Hospital Nuestra Señora de la Merced, utilizando música para relajación
Responsable: Johanna Flores

Foto N° 9



Fuente: Área de cuidados Neonatales Hospital Nuestra Señora de la Merced, utilizando música para relajación
Responsable: Johanna Flores

Foto N° 10



Fuente: Área de cuidados Neonatales Hospital Nuestra Señora de la Merced, utilizando música para relajación y realizar masajes.
Responsable: Johanna Flores

Foto N° 11



Fuente: Área de cuidados Neonatales Hospital Nuestra Señora de la Merced, utilizando música para relajación y realizar masajes.
Responsable: Johanna Flores

Foto N° 12



Fuente: Hogar del bebé - Masajes
Responsable: Johanna Flores

Foto N° 13



Fuente: Hogar del bebé - Masajes
Responsable: Johanna Flores

Foto N° 14



Fuente: Hogar del bebé – Fortalecimiento de músculos
Responsable: Johanna Flores

Foto N° 15



Fuente: Hogar del bebé – Fortalecimiento de músculos del cuello
Responsable: Johanna Flores

Foto N° 16



Fuente: Hogar del bebé – Fortalecimiento de músculos del cuello
Responsable: Johanna Flores

Foto N° 17



Fuente: Hogar del bebé – Fortalecimiento de músculos del cuello
Responsable: Johanna Flores

Foto N° 18



Fuente: Hogar del bebé – Fortalecimiento de músculos del cuello
Responsable: Johanna Flores

Foto N° 19



Fuente: Hogar del bebé – Ejercicio de volteo
Responsable: Johanna Flores

Foto N° 20



Fuente: Hogar del bebé – Ejercicio de volteo
Responsable: Johanna Flores

Foto N° 21



Fuente: Hogar del bebé – Ejercicio de volteo
Responsable: Johanna Flores

Foto N° 22



Fuente: Hogar del bebé – Ejercicio de volteo
Responsable: Johanna Flores

ANEXO 2

Formato de Historia Clínica

HISTORIA CLINICA

FECHA DE ENTREVISTA:.....

DIAGNOSTICO:.....

1. DATOS DE FILIACIÓN:

NOMBRES Y APELLIDOS:.....

LUGAR / FECHA DE NACIMIENTO:.....

EDAD CORONOLÓGICA:.....EDAD CORREGIDA.....

TELÉFONO:.....

2. DATOS FAMILIARES:

NOMBRE DE LA MADRE.....EDAD.....

OCUPACION:.....

LUGAR DE TRABAJO.....

HABITOS TOXICOS:.....PATOLOGIAS.....

NOMBRE DEL PADRE.....EDAD.....

OCUPACION:.....LUGAR DE TRABAJO.....

HABITOS TOXICOS:.....PATOLOGIAS.....

3. ANTECEDENTES PRENATALES:

PLANIFICADO: SI..... NO.....

Nº DE HERMANOS.....LUGAR QUE OCUPA.....

EDAD DE CONCEPCIÓN (MADRE)..... (PADRE).....

ESTADO NUTRICIONAL.....

COMPLICACIONES: SI..... NO.....

CUAL.....

MOTIVO.....

TRATAMIENTO.....

Nº EMBARAZOS.....VIVOS.....ABORTOS.....

4. ANTECEDENTES NATALES

SEMANAS DE GESTACIÓN:.....

TIPO DE PARTO: NORMAL.....CESAREA.....

MOTIVO:.....

PESO:.....TALLA:.....PC:.....APGAR.....

LORO INMEDIATAMENTE: SI..... NO.....

COMPLICACIONES: SI:..... NO:.....

CUAL.....

MOTIVO:.....

TRATAMIENTO:.....

ENTREVISTADO

ENTREVISTADOR

ANEXO 3

4.1. AREA: MOTRICIDAD GRUESA (A)

ITEM. CONDICIONES DE OBSERVACION:	CRITERIOS DE RESPUESTA
<p>0. Patea vigorosamente</p> <p>Coloque al niño acostado boca-arriba, con las piernas libres. Observe durante algunos segundos su comportamiento espontáneo. Llame su atención con algún juguete.</p>	<p>El niño reacciona moviendo y pateando vigorosamente con ambas piernas.</p>
<p>1. Levanta la cabeza en prona</p> <p>Coloque al niño boca-abajo, observe su comportamiento espontáneo. Llame su atención con algún juguete, o solicite a la madre que lo haga.</p>	<p>El niño levanta la cabeza y la mantiene así por lo menos durante tres segundos. Si además de levantar la cabeza trata de apoyarse en los brazos o levanta un poco el pecho, califique también el ítem 3 como aprobado.</p>
<p>2. Levanta la cabeza y pecho en prona</p> <p>Observe en la misma situación del ítem anterior.</p>	<p>El niño se apoya y hace fuerza con el antebrazo y levanta la cabeza y el pecho, manteniéndose así por lo menos durante tres segundos.</p>
<p>3. Sostiene cabeza al levantarlo de los brazos</p> <p>Coloque al niño acostado boca-arriba, tómelo suavemente de ambas manos y levántelo lentamente unos 20 ó 25 centímetros. Repita dos o tres veces.</p>	<p>Al levantarlo, el niño sostiene el peso de su cabeza, en ningún caso la deja caer hacia atrás</p>

ANEXO 4

ITEM. CONDICIONES DE OBSERVACION:	CRITERIOS DE RESPUESTA
<p>4. Control de cabeza sentado</p> <p>Coloque al niño sentado con ayuda (sosteniéndolo suavemente de la espalda), ya sea sobre la colchoneta o en el regazo de la madre.</p>	<p>El niño tiene control de sus movimientos de cabeza, ésta no cae hacia ningún lado bruscamente.</p>
<p>5. Se voltea de un lado a otro</p> <p>Observe el comportamiento espontáneo del niño mientras está acostado sobre la colchoneta. Llame su atención con algún juguete, o solicite a la madre que lo haga.</p>	<p>El niño puede "dar botes" de un lado a otro, boca – arriba y boca – abajo y viceversa.</p>
<p>6. Intenta sentarse solo</p> <p>Observe el comportamiento espontáneo del niño mientras se encuentra sobre la colchoneta. Mientras está acostado, llame su atención con algún juguete.</p>	<p>El niño intenta sentarse solo, logra erguirse sentado, aunque muy rápido pierde el equilibrio y cae nuevamente. (Observarlo por lo menos en dos ocasiones separadas).</p>
<p>7. Se sostiene sentado con ayuda</p> <p>Coloque al niño sentado con apoyo de un cojín, o pida a la madre que lo sostenga ligeramente de la espalda. Observe por algunos segundos.</p>	<p>El niño puede mantenerse sentado por algunos segundos, sin apoyarse en las manos; aunque pierde el equilibrio y se cae cuando se le retira el apoyo.</p>

ANEXO 5

EDAD EN MESES	ITEM	AREA DE MOTRICIDAD GRUESA	SI / NO
>1	0	Patea vigorosamente	
1 a 3	A	Levanta la cabeza cuando está boca-abajo	
	B	Levanta la cabeza y el pecho cuando está boca-abajo	
	C	Sostiene la cabeza al levantado en brazos	
4 a 6	A	Sostiene la cabeza sentado	
	B	Se voltea de un lado a otro, echado de espaldas	
	C	Intenta sentarse solo	
7 a 9	A	Se sostiene sentado con ayuda	
	B	Se arrastra en posición boca-abajo	
	C	Se sienta sin ayuda	

