

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
CRECIMIENTO, DESARROLLO DEL NIÑO Y
ESTIMULACIÓN DE LA PRIMERA INFANCIA**

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN LA
ATENCIÓN TEMPRANA DEL DESARROLLO
EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES CON
FACTORES DE RIESGO EN EL
DESARROLLO, DEL ESTABLECIMIENTO DE
SALUD I-2 JUZGARA, DISTRITO
HUANCABAMBA, 2018**

LIC. ENF. YNGRID VANESSA CUSTODIO BALLENA

Callao, 2019

PERÚ

DEDICATORIA

A Dios, por haberme dado la vida y la fortaleza de continuar cuando más débil me he sentido y por haberme permitido llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi Madre por ser el apoyo incondicional y el pilar más importante de mi vida y porque sé que mis logros también son suyos.

A mi Padre, porque sé que aun con tus imperfecciones este momento es tan especial para tí como lo es para mí.

A mis hermanos por su apoyo incondicional y su confianza en que voy a lograr todo lo que me propongo en esta vida.

A mis sobrinos porque me inspiración a ser mejor cada día.

AGRADECIMIENTO

En cada momento de mi vida, en cada segundo de mi existir he sentido tu maravillosa presencia, tu protección y lo maravilloso de tu amor, y aunque sé que muchas de las bendiciones que tengo no las merezco sé que son la muestra de tu infinito Amor y misericordia hacia mí, por eso y por mí cosas más gracias mi amado Padre Dios.

Eres una mujer que simplemente me hace llenar de orgullo, te amo y no va haber manera de devolverte tanto que me has ofrecido empezando por haberme dado la vida. Este trabajo es un logro más que llevo a cabo, y sin lugar a dudas ha sido en gran parte gracias a ti; no sé en donde me encontraría de no ser por tu ayuda, tu compañía, y tu amor. Te doy mis sinceras gracias, amada Madre.

INDICE

I. INTRODUCCION	5
II. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	7
III. MARCO TEÓRICO	9
3.1. ANTECEDENTES	9
3.2. MARCO CONCEPTUAL	11
A. ASPECTOS TEÓRICOS CONCEPTUALES	11
B. PRINCIPIOS BÁSICOS DE ATENCIÓN TEMPRANA.	17
C. OBJETIVOS DE ATENCIÓN TEMPRANA.	19
D. EL SUJETO DE LA ATENCION TEMPRANA	19
E. FACTORES DE RIESGO EN LA INFANCIA	22
IV. PLAN DE INTERVENCIÓN	25
4.1. JUSTIFICACIÓN	25
4.2. OBJETIVOS	27
4.3. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES	28
V. EJECUCIÓN	30
PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DE INFORME	30
VI. RESULTADOS	32
VII. CONCLUSIONES	38
VIII. RECOMENDACIONES	39
IX. BIBLIOGRAFIA	40
ANEXOS	41

I. INTRODUCCIÓN

Los primeros años de vida es trascendental en todo individuo, pues en ésta etapa se da la explosión de sinapsis para la estructuración significativa de una compleja red neuronal, lo que paralelamente va permitiendo el despertar de muchas habilidades perceptivas, motoras, cognitivas, sociales y emocionales que formaran las bases de todo el desarrollo posterior del individuo.

En los países en vía de desarrollo se encuentran en pleno combate con la pobreza y Desnutrición, se debe abordar con gran fuerza la atención temprana del desarrollo infantil, pues un alto porcentaje de los niños se enfrentan a múltiples factores que ponen en riesgo su adecuado y completo desarrollo. Se sabe que los niños que presentan un adecuado ambiente familiar y reciben una adecuada y completa atención de desarrollo, tendrán algo más que beneficios de "productividad", tendrán más posibilidades de ser mejores padres y ciudadanos más responsables, también, al ser buenos ejemplos, ayudarán a sus hermanos y pares.

El Establecimiento de Salud I-2 Juzgara se encuentra en el distrito de Huancabamba, Provincia de Huancabamba, Departamento de Piura, a 1933 msnm. Entre los datos demográficos más resaltantes de la provincia tenemos que el 75,5 % de su población se encuentra en condiciones de pobreza y el 40,7% en condiciones de extrema pobreza. Asimismo, la provincia tiene un escaso desarrollo humano que la ubica en el puesto 191 de las provincias del país, de un total de 195 provincias. El analfabetismo tiene un porcentaje del 30.3%, y el 4,5% de hogares tiene niños de 6 a 12 años que no asisten a la escuela, El 38.2 % de viviendas no tiene acceso a servicio de agua y el 100 % de pozos de agua no cumple con estándar de calidad de agua. El 12,3% vive en viviendas inadecuadas, y el 35,3% de los hogares cuentan con muy baja capacidad económica, entre otros factores. Todo esto pone al niño en un riesgo social que no le permitirá un adecuado y oportuno desarrollo infantil temprano.

La experiencia vivida en el E.S I-2 Juzgara, (período 2009-2018), en donde se observó de manera directa todos estos problemas sociales, me motivó a trabajar un plan de intervenciones de enfermería en la Atención temprana del desarrollo infantil. A lo largo del año 2018 he podido constatar considerables mejoras en el desarrollo cognitivo y socio - afectivo, tanto en los niños “normales” como en los que presentan cierto retraso en el desarrollo, pero también he detectado, en los padres y/o cuidadores, mejoras y cambios positivos en las habilidades parentales relacionadas con: el desempeño y rol de ser padres y habilidades asociadas al conocimiento y relación con el hijo/a, habilidades de autonomía y búsqueda de apoyo y habilidades para educar a los hijos/as.

El objetivo del presente trabajo es Desarrollar una propuesta de intervención de enfermería en: atención temprana del desarrollo infantil en niños de 0 a 36 meses con factores de riesgo del E.S. I-2 Juzgara y a su vez evidenciar la necesidad de ayuda que presentan las familias en riesgo social: mientras más temprano se intervenga en la atención del niño/a y más temprano se dé el apoyo a la familia, se estará haciendo un trabajo preventivo que significará bienestar para las familias y un ahorro para la sociedad y el estado.

II. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El E.S. I-2 Juzgara, se encuentra en el distrito y provincia de Huancabamba, la cual se encuentra en la sierra norte del Perú, dentro del departamento de Piura, con una altitud de 1933 msnm. En el análisis de los aspectos socio – demográficos tomaremos en cuenta los datos INEI de la provincia de Huancabamba así tenemos:

- La población según INEI, para los caseríos del E.S. I-2 Juzgara es de 2951 hab. siendo su crecimiento poblacional de 1.3%, la provincia de Huancabamba es predominantemente rural en donde el 89.3 % es zona rural, los caseríos que pertenecen a la jurisdicción del E.S. I-2 Juzgara se encuentran en zona 100% rural.
- El 75, 5% de su población se encuentra en condiciones de pobreza y el 40,7% en condiciones de extrema pobreza. Asimismo, la provincia tiene un escaso desarrollo humano que la ubica en el puesto 191 de las provincias del país, de un total de 195 provincias.
- La distribución de la PEA muestra un predominio del 90 % de actividades agrícolas y ganaderas.
- Las tasas de analfabetismo son del 30.3% y el 4,5% de hogares tiene niños de 6 a 12 años que no asisten a la escuela.
- El 38.2 % de viviendas no tiene acceso a servicio de agua, y el 100 % de pozos de agua no cumple con estándar de calidad de agua.
- El 12,3% vive en viviendas inadecuadas, y el 35,3% de los hogares cuentan con muy baja capacidad económica.
- Población con alto porcentaje de creencias místicas (Huancabamba cuna del curanderismo y esoterismo)

En julio del 2017, la normativa de Crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años (N.T. N°137- MINSa 2017) cambia dando mayor realce al Desarrollo Infantil Temprano y también a la atención temprana del desarrollo para guiar las actividades en el primer nivel de atención. Así a fines del año 2017 se analiza la relación que existe entre las coberturas de

servicios brindados, enfermedades prevalentes de la infancia y los índices de normo desarrollo en el niño. Encontrando los siguientes datos:

- Familias con conocimientos de para el cuidado infantil alcanza una cobertura de 40.5 %.
- Niños con vacuna completa alcanza un 83.5 %.
- Niños con control de crecimiento y desarrollo completo para su edad con 90.3 %.
- Niños con suplementación de hierro con un 27.0%.
- La prevalencia de enfermedades respiratorias alcanza un 71.3 %
- La prevalencia de enfermedades diarreicas alcanza un 77.6 %
- La prevalencia de Desnutrición Crónica infantil es de 52.3 %.
- La prevalencia de Anemia es de 42.0 %.
- El porcentaje de niños con normo desarrollo es de 68.8 %.
- El porcentaje de niños con riesgo en el desarrollo es de 15.2 %.
- El porcentaje de niños con retraso en su desarrollo es de 16 %

Toda esta data nos permite decir que las actividades preventivas promocionales para el cuidado infantil que brinda el personal de salud se encuentran por debajo del 95% no alcanzando una cobertura óptima, a su vez observamos la alta prevalencia de enfermedades respiratorias y diarreicas en los niños. Así como un porcentaje de normo desarrollo de un 68.8%, Ahora por ultimo debemos añadir los factores de riesgo sociales, ambientales, culturales y económicos que se presentan en la zona. Todo esto nos muestra, que el niño de la zona de Huancabamba, se encuentra en un alto riesgo de no alcanzar su máximo potencial de desarrollo y a su vez de presentar problemas en él mismo. .

Es por esta razón que se hace necesario establecer ciertas estrategias que nos permitan superar y mejorar el ambiente y medio de desarrollo del niño.

III. MARCO TEÓRICO

3.1.- ANTECEDENTES

Nivel Internacional:

TOASA, BARRAZUETA (ECUADOR, 2015), realizó un estudio titulado “la importancia de la estimulación temprana en el desarrollo Psicomotriz de los niños y niñas de 0 a 5 años que acuden a la consulta de pediatría en el Hospital General Puyo”. El objetivo fue determinar la importancia de la Estimulación Temprana de la muestra en estudio. La muestra estuvo conformada por 60 niños (as) de 0 a 5 años, 30 del grupo experimental y 30 del grupo control, el instrumento utilizado fue el test de Nelson Ortiz. En cuanto a los resultados con aplicación de las sesiones de estimulación temprana evidenciaron que tiene un efecto positivo en su desarrollo psicomotor aumentando y mejorando el nivel, mientras que el grupo control mantiene el nivel que obtuvo en la primera evaluación.

GARZÓN, M. (ECUADOR, 2013), en su estudio "Estimulación Temprana en el Desarrollo Psicomotriz en niños de 0 a 24 meses control de crecimiento y desarrollo en el Hospital Asdrúbal de la Torre-Cota cachi", tuvo como objetivo determinar el impacto de la puesta en ejecución del conocimiento de las madres sobre la estimulación temprana en el desarrollo psicomotriz de los niños menores de 2 años, la muestra estuvo conformada por 36 madres de niños menores de 2 años, los resultados fueron que el 38,9% de las madres presentaron conocimiento medio y el 36,1% presentaron conocimiento bajo, mientras que el 25% de las madres presentaron conocimiento alto; lo que significa que las madres de familia no están preparadas para estimular adecuadamente a sus hijos/as quienes estarían en riesgo a un retraso en su desarrollo normal.

BAKER HENNINGHAM, HELEN Y LOPEZ BOO,(FLORENCIA, 2013)

realizaron un estudio titulado “Intervenciones de Estimulación Infantil Temprana en los países en vías de desarrollo: Lo que funciona, para qué y para quien”, cuyo objetivo fue revisar la efectividad de 33 intervenciones de estimulación infantil temprana en niños de 0 a 3 años en los países en vías de desarrollo con la finalidad de explorar bajo qué condiciones funcionan estos programas, porque y para que poblaciones presentan mayor efectividad. El estudio fue descriptivo, la cual utilizo como metodología la revisión a profundidad. La conclusión entre otras fue: Las intervenciones de estimulación temprana de más alta calidad, mayor intensidad y más larga duración son las más eficaces. Además, estas intervenciones para ser más efectivas debe centrarse en los niños más pequeños así como los mas desfavorecidos, y también buscar activamente la participación de las familias y los cuidadores

A NIVEL NACIONAL:

CHAMORRO, VALENTIN (CERRO DE PASCO, 2015), desarrollaron un estudio descriptivo, prospectivo, transversal y observacional titulado “Factores socioculturales maternos que influyen en la práctica de estimulación temprana y desarrollo psicomotor en lactantes-Centro de Salud de Champamarca-Pasco 2015”; cuyo objetivo fue determinar la influencia de los factores socioculturales maternos en la práctica de estimulación temprana y desarrollo psicomotor en lactantes. La población muestra fueron 80 madres con lactantes de 1 a 6 meses, seleccionados no probabilísticamente. A las madres les aplicaron una guía de entrevista y a los lactantes dos escalas (estimulación temprana y desarrollo psicomotor). La conclusión entre otras fue: que los factores socioculturales maternos influyen solo en la práctica de estimulación temprana en lactantes-Centro de salud de Champamarca-Pasco.

VELA PAREJA, CLESI YRIS, 2007, realizó un estudio titulado: “Efectividad de la consejería de enfermería sobre estimulación temprana en madres primerizas con lactantes de 0-6 meses del Centro de Salud Mi Perú, ventanilla”, cuyo objetivo fue determinar la Efectividad de la Consejería de Enfermería sobre Estimulación Temprana en madres primerizas con lactantes de 0-6 meses. El estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método cuasi experimental de corte longitudinal. La muestra estuvo conformada por 15 madres primerizas con lactantes de 0-6 meses obtenida por muestreo no probabilístico de tipo intencionado. La técnica fue la entrevista y el instrumento fue el cuestionario y el EEDP. La conclusión entre otras fue: El nivel de conocimientos de las madres primerizas sobre estimulación temprana antes de la aplicación de la consejería, la mayoría tenía un nivel de conocimientos bajo, seguido de medio sobre la estimulación temprana relacionado a estimulación en el área motora, lenguaje, participación de la madre en la estimulación y su importancia, concepto y actividades de estimulación temprana, después de la consejería de enfermería, la mayoría tuvo un conocimiento alto seguido de medio referido a concepto, importancia, actividades, participación de la madre en la estimulación temprana.

2.2.- MARCO CONCEPTUAL

A. ASPECTOS TEÓRICOS CONCEPTUALES SOBRE LA ATENCION TEMPRANA DEL DESARROLLO

El inicio de la Atención Temprana, se sitúa en cuantos programas organizados se sitúa a finales de los años 60 y sobre todo a partir de los 70 en USA. En España, se suele hacer coincidir el inicio oficial con la celebración de las I Jornadas Internacionales de Estimulación Precoz, celebradas en Madrid en junio de 1979.

La estimulación precoz, en un principio, hace referencia al estudio, diagnóstico y programación de actividades centradas en el

niño con alguna patología que llevara a la alteración de algún área del desarrollo (motor, lenguaje, cognitivo, coordinación y social). En aquel tiempo se elaboraban programas de actividades educativas. Programas que pretendían desarrollar y potenciar las áreas deficitarias. Así el niño se define en función del nivel de maduración alcanzado en las distintas áreas: Motora, Cognitiva, del Lenguaje y de Autonomía Personal.

La aparición progresiva de dos fenómenos que se dan paralelamente: la disminución de la mortalidad infantil y el aumento de la morbilidad infantil. Fenómenos de origen multifactorial, pero que debemos atribuir parte de su responsabilidad, en cuanto al descenso de la mortalidad infantil al buen hacer de los profesionales de la salud. Origina un proceso por el cual desde los ámbitos hospitalarios se solicita la intervención en estos niños de riesgo o de alto riesgo. Evidentemente, aquellos equipos que venían trabajando con niños con patologías instauradas eran los más indicados para ampliar su campo de actuación e intervenir ante esta nueva demanda.

El modelo de intervención también ha sufrido una evolución. Si bien en un principio el peso recaía fundamentalmente en el área de rehabilitación, basado en el niño como único sujeto de intervención, siempre ha habido equipos que han trabajado con una visión más amplia. En un primer momento había profesionales que entendían la estimulación precoz como centrada en la banda de edad de cero a dos años. Esto a causa de una visión parcial y reduccionista del niño. Al niño se le considera un ser fundamentalmente biológico, que despliega su desarrollo programado y que a partir de un diseño de Estímulos-Respuestas se podía mejorar su desarrollo. Unido a la convicción de que los dos primeros años de vida son a nivel de maduración del sistema nervioso central, los años cuantitativamente más importantes. Ya

que en estos dos primeros años el aumento de peso del encéfalo es mucho mayor que en el resto de la vida de cada individuo, que es el periodo en que se establecen un mayor número de sinapsis interneuronales y que se da la parte más importante del proceso de mielinización. Estos hechos biológicos, importantes sin duda cabe, facilitaron una visión sesgada y mecanicista. Que llevada a un extremo reducía la Atención Temprana a la Rehabilitación Motora, importantísima en aquellos casos que lo requieren. Pero que en el conjunto de la población susceptible de Atención Temprana es un aspecto fundamental más a tener en consideración.

Afortunadamente a finales de la década de los noventa ya ningún profesional que tuviera una formación completa en Atención Temprana podía defender esta concepción parcial que reducía la intervención solo al niño de cero a dos años. Así mismo era reduccionista considerar que el esquema Estímulos–Respuestas era suficiente para plantear un programa de intervención, sin considerar las otras dos dimensiones: la familia y el entorno.

El problema se centraba en saber elegir los estímulos adecuados al momento madurativo del niño, repetirlos el suficiente número de veces y a partir de aquí obtendríamos las respuestas adecuadas. Todo esto edulcorado con una serie de registros, frecuencias, porcentajes y con el establecimiento de una serie de recompensas en función de la presencia o ausencia de la respuesta esperada. En algunos se añadía una ración de “cariñoterapia”, aunque formalmente se negara su utilización. El término “precoz” ha devenido en confuso, ya que por una parte hacía referencia a la intervención inmediata una vez detectada la necesidad de intervención en Atención Temprana; por otra parte el término “precoz” es desechado por entender que significaba “antes de” y ello planteaba una injerencia en el desarrollo propio de cada sujeto. Injerencia que se puede considerar totalmente innecesaria ya que

hasta que las estructuras neuromotoras no estén maduras no pueden ejercer la función específica para las que están programadas genéticamente. Incluso esta injerencia puede resultar perjudicial si actúa como una sobre estimulación o altera las relaciones interpersonales del niño.

Así pues aparecen las relaciones interpersonales, la familia, como nuevo elemento de atención. Aportaciones teóricas, que se añaden, definen el modelo ecológico, que hace hincapié en la influencia decisiva de las condiciones físicas y sociales del entorno en el desarrollo del niño.

Al modelo ecológico se le considera como un modelo estructural que no permite comprender que es lo que ocurre y la causa de que ocurra, dentro de un contexto determinado. Para suplir esta deficiencia se define el modelo ecocultural. Que incluye en su campo de estudio las características del niño, las condiciones materiales de la familia e incorporan el sistema de valores, creencias y metas de la familia. Y que afirma, que es la cultura propia de cada familia la que condiciona la percepción de sus problemas, la que indica que es lo que hay que hacer y la que prioriza lo que hay que hacer. En las rutinas diarias aparecen reflejadas las creencias, los valores y las metas de cada familia, así como sus propias limitaciones y las limitaciones de los recursos materiales y personales de que dispone. Son estas rutinas en las que se encuentra inmerso el niño, las que influirán en su desarrollo por medio de las experiencias significativas en las que participa.

El modelo a presentar lo ha desarrollado Guralnik. Es un modelo que mantiene un paralelismo con el modelo eco cultural, pero que pretende definir un modelo más completo que sea capaz de explicar el desarrollo de los niños con normo desarrollo, con trastornos o riesgos de padecerlo y al mismo tiempo que permita una intervención de calidad, en cada caso en concreto. Basa su

teoría en los llamados Patrones de Interacción Familiar. Parte de la cualidad de las transacciones padres-hijo. Para conocerla señala que hay que considerar: la capacidad de una respuesta contingente, la reciprocidad de la relación, la posibilidad de aparición de interacciones afectuosas y no intrusivas, la estructuración de las situaciones, la organización lógica del entorno, las verbalizaciones al niño y el desarrollo de un patrón interactivo cuidador-niño basado en las necesidades del niño.

Continúa considerando las experiencias que en el entorno físico y social ofrecen los demás miembros de la familia al niño. Así analiza la diversidad de materiales y juguetes, su adaptación al momento evolutivo del niño, el tipo de relaciones con otros niños o adultos, su frecuencia, su naturaleza y también valora la participación escolar y/o en actividades lúdicas o de ocio. Y, finalmente, considera los hábitos de la familia que aseguran la salud y la seguridad del niño. Aspectos como la nutrición, la atención sanitaria, la ausencia de violencia, etcétera.

Estos patrones de interacción con el niño de una forma indirecta vienen determinados por las características de la familia. Por una parte, las características personales de los padres y, por otra, las características de la familia, anteriores a la situación de presencia de un niño de riesgo o discapacidad, y que hacen referencia a las relaciones internas de la familia y sus relaciones con el entorno.

A continuación, presentamos un cuadro sobre la evolución que ha tenido el concepto de Atención Temprana, desde sus principios:

Estimulación Precoz Años 70-80	Intervención Temprana Años 80-90	Atención Temprana Años 90-00
Niño	Niño-Familia	Niño-Familia-Entorno
Minusvalías	Minusvalías (0-6)	Población general
Prevención 3°	Prevención 3° y 2°	Prevención 1°, 2° y 3°

Una vez hecha esta breve reseña histórica y para no entrar en polémicas estériles, queremos constatar nuestro convencimiento de que muchos profesionales que han utilizado uno de estos términos para definir sus quehaceres y sus objetivos de intervención. Se encontrarán con que, en la clasificación del cuadro anterior, en un aspecto u otro, han intervenido según la definición más amplia. Lo que puede generar ciertas incomodidades. A pesar de esta dificultad, lo hemos incluido porque nos parecía de interés didáctico para los neófitos en la materia. Y, sobre todo, porque la ampliación de la población diana y de los ámbitos de intervención, ha de tener repercusión en la organización presente y futura de la Atención Temprana. Utilizaremos la definición de Atención Temprana que se ha presentado en la norma técnica NTS 137 – 2017,

“Atención temprana del desarrollo: es el conjunto de acciones que promueve el desarrollo infantil temprano y está orientado a potenciar las capacidades y las condiciones del ambiente donde interactúan la niña y el niño desde su nacimiento hasta los cinco años de edad, para facilitar su mejor crecimiento y desarrollo”

B. PRINCIPIOS BÁSICOS DE ATENCIÓN TEMPRANA.

Los principios básicos de Atención Temprana son los siguientes:

1. *Diálogo, integración y participación*

El respeto a la condición de sujeto activo del niño, es fundamental para la integración familiar, escolar y comunitaria. La Atención Temprana debe facilitar el conocimiento social del niño y estimular la expresión de sus necesidades. Implica un modelo en el que participan y colaboran las partes implicadas: la familia, la sociedad y los profesionales.

Según la Agencia Europea, *“es necesario realizar el esfuerzo necesario para que los servicios lleguen a las familias y los niños y dar respuestas a sus necesidades. (...) Los profesionales deben iniciar la cooperación y tener una actitud abierta y respetuosa hacia la familia, para entender sus necesidades y expectativas y evitar cualquier conflicto que surja sobre las distintas perspectivas de las necesidades y prioridades, sin imponer sus puntos de vista”*. (Agencia Europea, 2005)

2. *Gratuidad, universalidad e igualdad de oportunidades, responsabilidad pública.*

Es necesario que la Atención Temprana sea un servicio público, universal y gratuito para todos aquellos niños y familias que lo precisen, más allá de su nacionalidad, condición social política y económica. La misma actúa para la prevención y/o evitación de riesgos facilitando así la igualdad de oportunidades en los distintos contextos de la vida social.

Según la Agencia Europea, *“los servicios se costean por los fondos públicos sanitarios, sociales o educativos, o por medio de compañías de seguros y asociaciones sin ánimo de lucro. Estas opciones pueden coexistir e incluso puede haber otras. Además, en un pequeño número de países, también*

existen los servicios privados- no subvencionados por fondos públicos ni privados y que son costeados totalmente por las familias". (Agencia Europea, 2005).

3. Interdisciplinariedad y alta cualificación profesional.

El concepto de interdisciplinariedad va más allá de la suma paralela de distintas disciplinas. La preparación de los profesionales que participan en la Atención Temprana implica tanto la formación en una disciplina específica como en un marco conceptual común a todas ellas que debe tener su propio espacio de desarrollo a través de la reflexión y el trabajo en equipo. Una formación y experiencia suficientes sobre el trabajo en equipo, dinámicas de grupos, distribución de roles, estrategias de toma de decisiones, etc.

Por lo tanto, según la Agencia Europea, *"los profesionales, para conseguir un trabajo en equipo cooperativo, deben realizar algún tipo de formación común, añadiéndolo al conocimiento adquirido durante su formación inicial"* (Agencia Europea, 2005).

4. Coordinación.

Corresponde a los servicios de Atención Temprana promover el trabajo en redes locales organizadas, que se complementen y utilicen los recursos humanos y económicos óptimamente, facilitando así, la calidad de vida del niño, la familia y comunidad.

Por ello, la Agencia Europea (2005) afirma: *"los equipos y/o profesionales de Atención Temprana (...) necesitan compartir principios, objetivos y estrategias de trabajo. Deben integrarse y coordinarse los diferentes enfoques, reforzando el comprensivo y holístico, más que uno compartamentalizado(...)"*.

5. *Descentralización.*

Existe la necesidad de limitar el campo de actuación, garantizando de esta manera un equilibrio entre proximidad y conocimiento de la comunidad y el hábitat, calidad y funcionalidad de los equipos y volumen suficiente de la demanda; para facilitar la inclusión de los servicios sanitarios, educativos y sociales en el área en la que el niño desarrolla su vida.

6. *Sectorización.*

La sectorización hace referencia a la necesidad de limitar el campo de actuación de los servicios para garantizar una correlación equilibrada entre proximidad y conocimiento de la comunidad y el hábitat, funcionalidad y calidad operativa de los equipos y volumen suficiente de la demanda a efectos de que se facilite la inclusión de todo tipo de servicios sanitarios, educativos o sociales en el área de referencia que se constituya.

C. OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN TEMPRANA.

El principal objetivo de la Atención Temprana es “que los niños reciban, todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, posibilitando de la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal”. (Libro Blanco, 2000).

D. EL SUJETO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA DEL DESARROLLO

Al bebé, niño/ña, que llega a ATDI, como sujeto en construcción, lo situamos necesariamente, en un plano singular y complejo. ¿Por qué?:

- **Singular:** porque cada uno de los/as niños/as presenta características que le son propias y dentro de una estructura de desarrollo que se conforma históricamente de acuerdo a las experiencias vividas, en su entorno. No hay dos niños/as idénticos o iguales. Esta concepción fundamenta y da inicio a la intervención.
- **Complejo:** porque el sujeto es producto de un continuo de causalidad. Múltiples factores se relacionan entre sí, para que el niño/ña se construya como tal. Es necesario por lo tanto conceptualizar, en cómo el protoinfante: sujeto de intervención, se va conformando como tal.

Hay tres conceptos que a veces se utilizan como sinónimos, pero que si bien guardan estrecha relación, suponen procesos diferenciados, pero que se van presentando de modo simultáneo. Estos son:

Crecimiento – Maduración – Desarrollo.

- **Crecimiento:** El crecimiento físico, es un proceso altamente organizado. Las cosas ocurren de acuerdo con cierta secuencia y siguiendo un calendario madurativo. Se da de manera continua y paulatina. El crecimiento humano tiene controles genéticos que hacen que cuando ocurre alguna desviación de su trayectoria haya una tendencia hacia su recuperación. Es medible y cuantificable y está influenciado por factores de dos tipos:
Exógenos: provenientes del entorno: alimentación, forma de crianza, prevención.
Endógenos: ligados a las características genéticas.
- **Maduración:** La maduración es un proceso biológico determinado por el código genético que cumple el papel de la estructura mientras que el aprendizaje desempeña el rol de la

evolución de dichas estructuras bajo la influencia del ambiente. Se rige por las Leyes Céfaló caudal (toda maduración procede desde arriba hacia abajo) y próximo distal (del centro a la periferia).

- **Desarrollo:** Es la forma singular en la que cada niña/o despliega sus potencialidades hasta alcanzar un estado óptimo, atravesando los procesos madurativos en relación al medio y los otros.

El proceso de desarrollo incluye al crecimiento y a la maduración, pero se estructura de modo particular, de acuerdo con las características históricas, afectivas y culturales. Desarrollo no es la suma de crecimiento y maduración. No es un proceso lineal, tiene picos y mesetas. Es un proceso continuo, salvo que se produzca algún trastorno. Tiene momentos silenciosos, aquellos en los que parece que nada está ocurriendo. Estos momentos son muy importantes porque constituyen la preparación para un nuevo hito, para un nuevo punto de llegada.

El desarrollo presenta variaciones intra y extra individuales que constituyen la característica singular del mismo. Cada niña/o tiene un tiempo y un ritmo particular de desarrollo que debe ser respetado y aceptado. Si se desconoce la función de la Atención temprana del desarrollo, si no cuidamos la infancia, si no sabemos las variables de riesgos psicológicas, emocionales, biológicas, sociales y ambientales; a los que están expuestos, difícilmente podremos intervenir en el momento oportuno, con la intención de mejorar la calidad de vida del niño/a y su entorno familiar y social, ofreciéndole las herramientas necesarias, para un desarrollo saludable. También considerándolos como ciudadanos con plenos derechos, dentro una sociedad democrática e inclusiva.

E. FACTORES DE RIESGO EN LA INFANCIA

La socialización es el resultado de un proceso de interacción social y aprendizaje que se prolonga a lo largo de toda la vida de la persona, siendo la infancia la etapa esencial en el desarrollo. Así, cuando existen factores de riesgo, ya sea de índole individual, social o cultural, que obstaculizan el desarrollo normal del niño, nos encontramos ante situaciones de dificultad que hacen necesarias intervenciones específicas adaptadas a cada situación.

Se han realizado numerosos estudios tratando de determinar cuáles pueden ser los factores de riesgo social que interfieren en el desarrollo normalizado del niño. Aunque existen diversas teorías, se ha alcanzado, actualmente, un consenso en considerar que los factores de riesgo interactúan conjuntamente, siendo, por lo general, la conjunción de varios de ellos (individuales, familiares y sociales) mantenidos en el tiempo, los desencadenantes de situaciones de dificultad. Teniendo en cuenta lo anterior, cabe señalar una serie de factores de riesgo:

Factores de riesgo en los niños.

Los niños en riesgo son los que tienen unas características personales determinadas, que sin tener por sí mismas la condición de factor de riesgo, llegan a convertirse en tales cuando se vive en el seno de una familia con dificultades. Entre estas características se pueden destacar:

- Niños no deseados por su padres
- Niños nacidos de una unión anterior, rechazados por el nuevo cónyuge.
- Niños que han estado separados de sus padres, sobre todo en los primeros años de vida.

- Niños que presentan algún déficit (psíquico, físico o sensorial).
- Niños que padezcan algún tipo de enfermedad crónica.
- Niños con problemas de conducta, hiperactivos, etc.

Factores De Riesgo En La Familia.

Las familias de riesgo serían aquellas que presentan unas características formales y/o sociales de inestabilidad, desestructuración y falta de seguridad que facilitan una inasistencia en las necesidades de los menores que conviven con ellas. Entre éstas se destacarían los factores siguientes:

- Familias desestructuradas (por separación, abandono, muerte, etc.)
- Familias monoparentales con cargas económicas y responsabilidades familiares no compartidas.
- Conflictividad permanente en el hogar (riñas, peleas)
- Conducta anómala en algunos de los miembros de la familia (alcoholismo, drogadicción, delincuencia, prostitución, etc.)
- Presencia de enfermedades mentales o crónicas en la familia.
- Falta de competencia y habilidades sociales de los padres para la crianza y educación de sus hijos.
- Excesivo número de hijos, o hijos no queridos.
- Falta de recursos económicos y culturales para hacer frente a las necesidades básicas de la familia.
- Inmadurez, familias muy jóvenes (madres adolescentes).
- Aislamiento social, falta de relaciones sociales y redes de apoyo.
- Historia personal de maltrato o abandono infantil.

Factores de riesgo del contexto.

Serían aquellas contingencias desfavorables del medio que hacen aumentar la probabilidad de que se produzca una situación de desprotección en aquellos niños que se encuentran inmersos en dicho contexto. Podrían destacarse entre otras:

- Insuficiencia de recursos.
- Falta de vivienda
- Hacinamiento y deficientes condiciones de habitabilidad.
- Inmigración o cambios de residencia.
- Internamientos prolongados y/o repetidos (hospitalización, encarcelamiento, etc.)

IV. PLAN DE INTERVENCIÓN

JUSTIFICACIÓN

En el ámbito del riesgo socio demográfico, (realidad en que se desarrolla el niño (a) de Huancabamba), parece ser que la mejor forma de contrarrestar el problema de retraso o posible rezago en el desarrollo psicomotor del menor es mediante una intervención doble, proporcionando al niño un ambiente estimulante y educando a la familia (padre-madre y/ o cuidador principalmente) para que ésta ayude a sus hijos en su desarrollo. Los pocos datos que se disponen al respecto parecen confirmar la idea que las actividades tempranas con esta población pueden llegar a ser una cierta “vacuna” contra el fracaso posterior.

La Atención Temprana del Desarrollo es básica y clave en casos con alteraciones y minusvalías identificadas, no se puede olvidar que en niños con alto riesgo social (entendiendo por ello situaciones sociales negativas que pueden afectar igualmente su desarrollo) la detección temprana e intervención sobre los factores desencadenantes es fundamental para impedir que se produzcan deficiencias.

El valor del trabajo preventivo que realiza la enfermera en el primer nivel de atención es una gran oportunidad para trabajar los diferentes factores de riesgo que puede presentar los niños, pues se trabaja por un lado con niños/as en edad clave de su desarrollo y, por otro se puede trabajar directamente con los padres. En el caso de poblaciones que presentan factores de riesgo, sobre todo socio - ambientales, hace que el trabajo preventivo multiplica su importancia, pues las carencias por las que pasa un niño que crece en situación de riesgo social se ponen en evidencia durante la escolarización, cuando se denotan los primeros “fracasos” en cuanto a calificaciones, capacidad de comprensión y/o concentración para seguir una clase.

En este período ya es mucho más difícil recuperar funciones cerebrales que, con una atención adecuada en etapas previas de desarrollo, no se hubieran perdido. Una labor de prevención en todos estos sujetos evita la aparición de discapacidades y problemas educativos que, después, son muy difíciles de tratar y erradicar.

Los padres y madres (en adelante “padres”) tienen el rol principal de educadores, guías y protectores del desarrollo del niño, pero muchas veces no son conscientes de dicha responsabilidad. Es por esto que los profesionales que laboramos en el área de crecimiento y desarrollo debemos comenzar por ayudarlos a integrar y hacer conscientes de sus responsabilidades y capacidades, para luego dedicar tiempo a actividades y procedimientos concretos de formación y capacitación. Todo esto respetando el modo de vida de las familias y entablando una relación basada en el respeto, la confianza, la escucha y el conocimiento de las vivencias compartidas.

La importancia de fortalecer el rol de los padres como primeros educadores de sus hijos, ayudándolos a que confíen en sí mismos y a que aprendan a pedir ayuda, conlleva a disminuir los factores de riesgo que se pueden presentar durante el desarrollo del niño, pues existe una serie de iniciativas y redes de apoyo, a nivel de políticas públicas que, muchas veces por ignorancia, no son usadas por las familias.

Las líneas que se siguen en el presente informe pretenden evidenciar la adquisición y mejora de las “habilidades parentales” que pueden conseguir los padres que participan en este tipo de programas pues, no solo confirmamos los efectos positivos que se producen en los niños/as, sino que además comprobamos la evolución positiva que se produce en los padres.

Finalmente, como señala Jaime Frenes (1999) “el niño y la niña, no son una especie de semilla que simplemente crece, de acuerdo con un modelo pre-condicionado. Son sujetos activos, que

descubren, se adaptan y construyen. Su desarrollo está condicionado de una forma u otra en función de si encuentran, en su entorno, elementos positivos para esa actividad constructora”.

OBJETIVOS

- OBJETIVO GENERAL

Desarrollar una propuesta de intervención de enfermería en la atención temprana del desarrollo en niños menores de 36 meses con factores de riesgo en el desarrollo, del Establecimiento de Salud I-2 Juzgara, Distrito Huancabamba, 2018.

- OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer los factores de riesgo que presentan los niños menores de 36 meses que se atienden del Establecimiento de Salud
- Demostrar el valor que tiene la familia y la influencia del entorno en el desarrollo del niño (a).
- Comprobar la efectividad que tiene las actividades de cuidado en la atención temprana en el desarrollo del niño.
- Fortalecer las capacidades del niño y la familia a través de sesiones de atención temprana individualizada.
- Disminuir las barreras que el entorno presenta para responder a las necesidades que presenta el niño.
- Identificar las áreas de desarrollo que presentan mayor riesgo.

PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
- Realizar la evaluación de los niños menores de 36 meses e identificar los niños con factores de riesgo.	Niños evaluados que presentan factores de riesgo	% de niños evaluados.	100% de niños menores de 36 meses	Enero	Equipo multidisciplinario del Establecimiento de Salud I-2 Juzgara
- Realizar el reforzamiento de las capacidades del personal en la atención integral del niño.	Personal capacitado.	% de personal capacitado.	100% de personal.	Enero	
- Realizar el fortalecimiento del registro de la evaluación del desarrollo del niño por personal de salud.	Personal capacitado.	% de personal capacitado.	100% de personal	Enero	
- Realizar coordinaciones multisectoriales para la realización de actividades de sensibilización.	Sectores invitados	% de sectores invitados asistentes	100% de asistencia de sectores invitados	Enero a Diciembre	
- Realizar reuniones de sensibilización con los padres de los niños de los diferentes caseríos que presentan factores de riesgo con el tema de la Atención Temprana del Desarrollo Infantil.	Padres asistentes	% de padres asistentes a reuniones.	100% de asistencia de padres invitados	Enero a Diciembre	
- Implementación de las sesiones individuales, para los niños con riesgo en el desarrollo, con horarios diferenciados, que permitan la participación de ambos padres.	Niños con riesgo	% de niños con factores de riesgo en el desarrollo que acuden a las	100% de niños con factores de riesgo.	Enero a Diciembre	

<ul style="list-style-type: none"> - Realizar trabajo intersectorial con los programas sociales JUNTOS y CUNAMAS, para la implementación de sesiones de juego en casa en niños con factores de riesgo. 	Niños con riesgo	sesiones individuales.	100% de niños con factores de riesgo.	Enero a Diciembre	
<ul style="list-style-type: none"> - Realizar sesiones educativas y demostrativas a los padres de los niños menores de 36 meses con factores de riesgo en medidas de cuidado del niño. 	Padres con niños que presentan factores de riesgo.	% de niños con factores de riesgo que reciben sesiones de juego en casa.	100% de padres con niños que presentan factores de riesgo	Enero a Diciembre	
<ul style="list-style-type: none"> - Realizar talleres con los padres para la creación de juguetes interactivos según la edad del niño. 	Padres invitados	% de padres con niños con factores de riesgo que asisten a sesiones educativas y demostrativas.	100% de padres invitados	Enero a Diciembre	Equipo d multidisciplinario del Establecimiento de Salud I-2 Juzgara
<ul style="list-style-type: none"> - Realizar ferias informativas en temas de cuidado en la atención temprana del desarrollo. 	Ferias educativas programadas.	% de padres invitados que acuden a sesiones realizadas.	100% de ferias educativas programadas	Enero a Diciembre.	
<ul style="list-style-type: none"> - Formación de grupos de apoyo en el cuidado del Niño. 	Grupos de apoyo programados	% de ferias educativas realizadas.	100% de grupos de apoyo programados	Marzo a diciembre	
		% de grupos de apoyo conformados			

V. EJECUCIÓN

PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DE INFORME

1. Limitaciones para el Desempeño Profesional

En la realización e implementación del plan de intervención en la atención temprana de niños menores de 36 meses con factores de riesgo se encontraron los siguientes inconvenientes y limitaciones:

- El grado de instrucción de los padres ha sido muy limitada lo cual se convierte en un obstáculo, puesto que no le dan la prioridad que debe al sistema de Salud, acuden a él en su mayoría solo cuando están enfermos.
- Las creencias sobre el cuidado del niño se convierte en un limitante a la hora de brindar la atención temprana y oportuna en el desarrollo del niño.
- La idiosincrasia de los padres fue un gran limitante para la asistencia de sesiones personalizadas en niños con riesgo en el desarrollo.
- Implementación limitada por parte del Ministerio de salud, lo que es una falencia permanente, ya que por años se vienen modificando las normas de atención sin su debida implementación para brindar el paquete completo al usuario.
- Falta de capacitación del recurso humano por parte de la Red, Diresa y Minsa, lo que conlleva a que el personal se capacite de manera particular lo cual no es tan factible cuando se labora en zona rural.
- Los contratos que brinda el estado de modalidad CAS, evalúa la función del recurso en base producción, lo que limita dar un tiempo de calidad a la hora de atender y brindar una atención de calidad.
- No registro adecuado en el formato HIS de los niños con alteraciones del desarrollo.

RECURSOS:

MATERIALES

- Papel boom
- Lapiceros
- Proyector multimedia
- Trípticos
- Plumones
- Kit de sesión demostrativa de lavado de manos y de preparación de almientos
- Piso flex
- Mantas
- Colchonetas
- Impresiones
- Rotafolios
- Títeres
- Laminas plastificadas.
- Kit del buen crecimiento
- Otros

HUMANOS

- 06 recursos que laboran en el E.S.I -2 Juzgara.

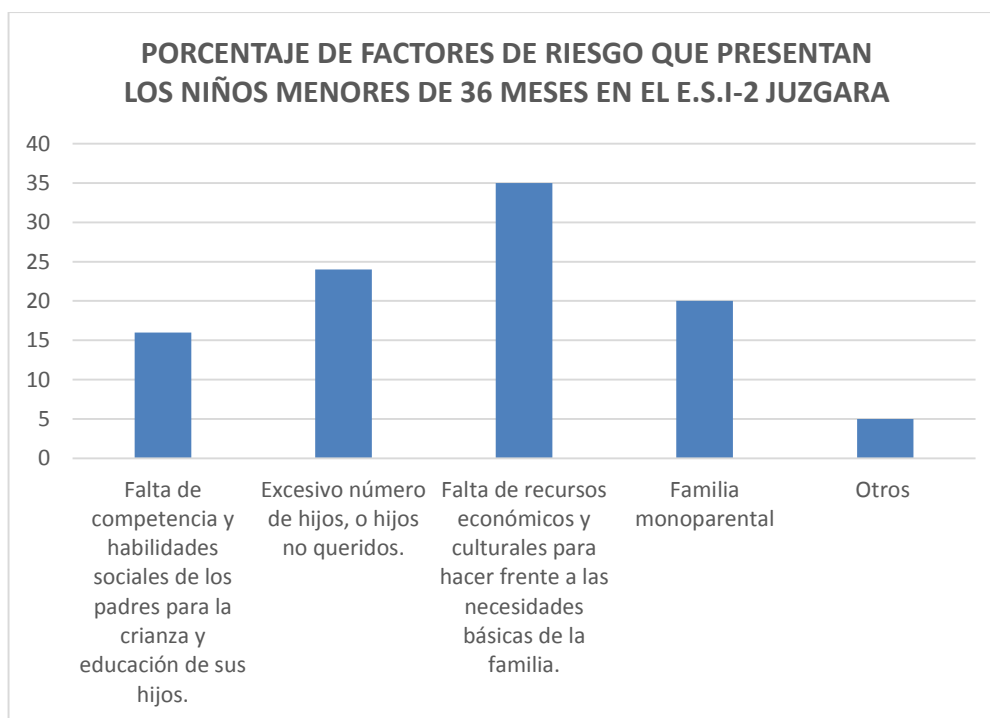
VI. RESULTADOS

TABLA 01.
PORCENTAJE DE FACTORES DE RIESGO QUE PRESENTAN LOS NIÑOS MENORES DE 36 MESES EN EL E.S.I-2 JUZGARA

FACTORES DE RIESGO	%
Falta de competencia y habilidades sociales de los padres para la crianza y educación de sus hijos.	16
Excesivo número de hijos, o hijos no queridos.	24
Falta de recursos económicos y culturales para hacer frente a las necesidades básicas de la familia.	35
Familia monoparental	20
Otros	5

FUENTE: HISTORIA CLINICA DE NIÑOS

GRAFICO 01



FUENTE: HISTORIA CLINICA DE NIÑOS

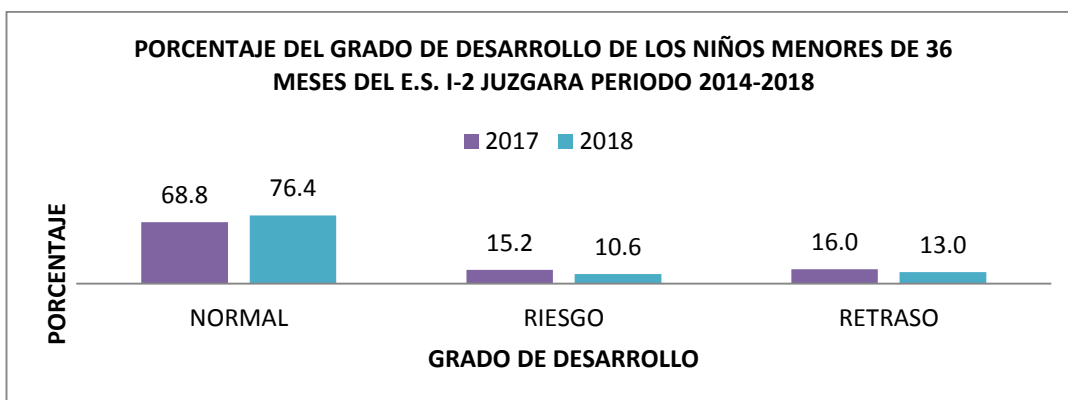
En la tabla 4.1 podemos observar que el factor de riesgo más común en las familias de niños menores de 36 meses, es la falta de recursos económicos y culturales para hacer frente a las necesidades básicas de la familia, seguido del excesivo número de hijos o hijos no queridos.

TABLA 02.
PORCENTAJE SEGÚN EL GRADO DE DESARROLLO DE NIÑOS MENORES
DE 36 MESES EN EL E.S. I-2 JUZGARA, PERIODO 2017- 2018.

DX DESARROLLO	2017		2018	
	F	%	F	%
NORMAL	86	68.8	94	76.4
RIESGO	19	15.2	13	10.6
RETRASO	20	16.0	16	13.0
TOTAL	125	100.0	123	100.0

FUENTE: BASE HIS - OFICINA DE ESTADISTICA, 2018

GRAFICA N°02



FUENTE: BASE HIS - OFICINA DE ESTADISTICA, 2018

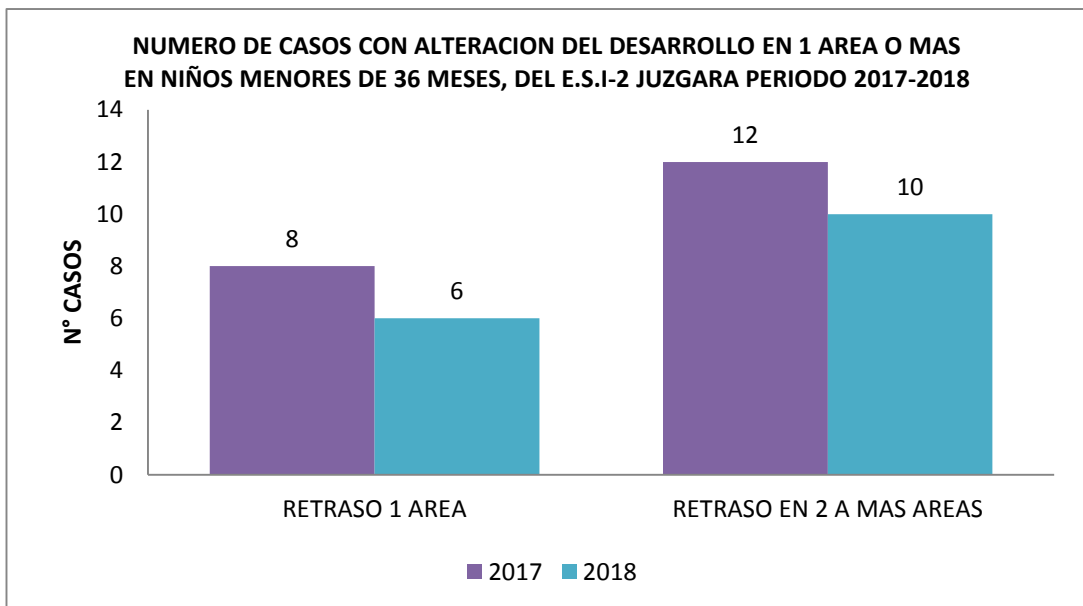
La Tabla 02 nos muestra las variación del grado de desarrollo de los niños menores de 36 meses, lo cual se hace más evidente en el Grafico N°02 en donde vemos que en el año 2017 el porcentaje de normalidad fue de 68.8 %, y en el año 2018 alcanzó el 76.4% observándose un aumento del 7.6 %, también podemos observar la disminución de casos de niños con riesgo en el desarrollo el cual en 2017 fue del 15.2% disminuyendo al 10.6% para el 2018; observamos también que los niños con retraso en el desarrollo en el 2017 fue de 16% y para el 2018 solo se tiene un 13%, habiendo disminuido en 3.0%

TABLA 03
PORCENTAJE DE NIÑOS QUE PRESENTARON RETRASO DEL
DESARROLLO EN UNA O MAS AREAS DEL DESARROLLO, EN EL
E.S. I-2 JUZGARA, PERIODO 2017 – 2018

ALTERACION DESARROLLO	2017		2018	
	F	%	F	%
RETRASO. 1 AREA	8	40.0	6	37.5
RETRASO EN 2 A MAS AREAS	12	60.0	10	62.5
TOTAL	20	100.0	16	100.0

FUENTE: BASE HIS - OFICINA DE ESTADISTICA, 2018

GRAFICO N°03



FUENTE: BASE HIS - OFICINA DE ESTADISTICA, 2018

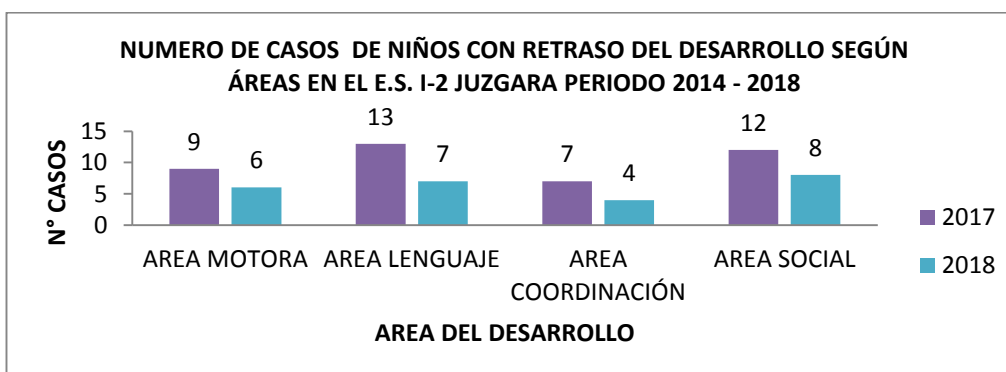
En la tabla 03 observamos que el retraso del desarrollo se presentan con mayor prevalencia en más de 1 área del desarrollo, así también en el grafico N° 03 observamos que en el 2017 se tuvo el 8 casos de niños con alteración en el desarrollo en 1 sola área, y en el 2018 disminuyo a solo 6 casos, mientras que las alteraciones de más de 1 área disminuyeron en 12 casos.

TABLA 04
DISTRIBUCION DE NIÑOS CON RETRASO DEL DESARROLLO
SEGÚN ÁREA DEL DESARROLLO EN EL E.S. I-2 JUZGARA, EN EL
PERIODO 2017-2018

AREA DEL DESARROLLO	2017		2018	
	F	%	F	%
AREA MOTORA	9	45.0	6	37.5
AREA LENGUAJE	13	65.0	7	43.8
AREA COORDINACIÓN	7	35.0	4	25.0
AREA SOCIAL	12	60.0	8	50.0

FUENTE: BASE HIS - OFICINA DE ESTADISTICA, 2018

GRAFICO N° 04



FUENTE: BASE HIS - OFICINA DE ESTADISTICA, 2018

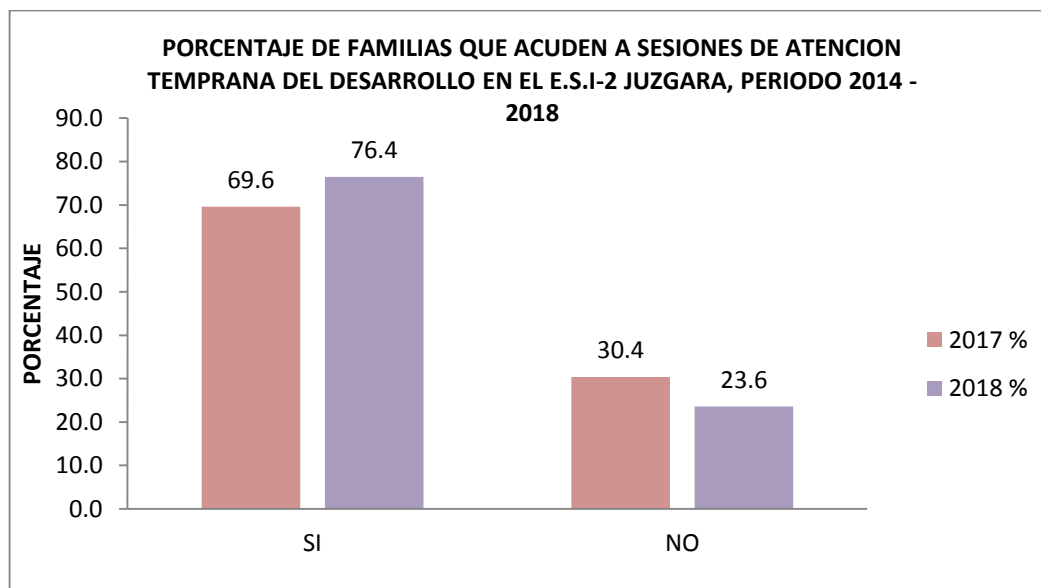
En la tabla 04 observamos que las áreas con mayor prevalencia en el retraso del desarrollo son el área lenguaje y social con un 65% y 60% en el 2017 y un 43.8% y 50% respectivamente en el 2018. En el Grafico N °04 podemos observar la disminución que se ha logrado en la prevalencia de casos en las diversas áreas del desarrollo así en el área motora se disminuyó en 6 casos, en el área de lenguaje de 13 casos se disminuyó a 7 casos siendo el área de mayor mejora, en el área de coordinación se obtuvo una disminución de 3 casos y en el área social de 12 casos se disminuyó a 8.

TABLA 05
NÚMERO DE FAMILIAS CON NIÑOS MENORES DE 36 MESES QUE
ACUDEN A SESIONES DE ATENCION TEMPRANA DEL
DESARROLLO EN EL E.S.I-2 JUZGARA PERIODO 2014-2018

ACUDE A SESIONES DE ATENCION TEMPRANA	2017		2018	
	F	%	F	%
SI	87	69.6	94	76.4
NO	38	30.4	29	23.6
TOTAL	125	100.0	123	100.0

FUENTE: BASE SIEN, HIS - OFICINA DE ESTADISTICA, 2017

GRAFICO N° 05



FUENTE: BASE SIEN, HIS - OFICINA DE ESTADISTICA, 2017

En la tabla 05 y en el grafico N°05 observamos que en el año 2017 la asistencia a las sesiones de atención temprana era el 69.6 % y para el año 2018 la asistencia se incrementó al 76.4%, mostrándose un aumento del 6.8 % y la inasistencia en el 2014 era de 30.4% disminuyó a 23.6%.

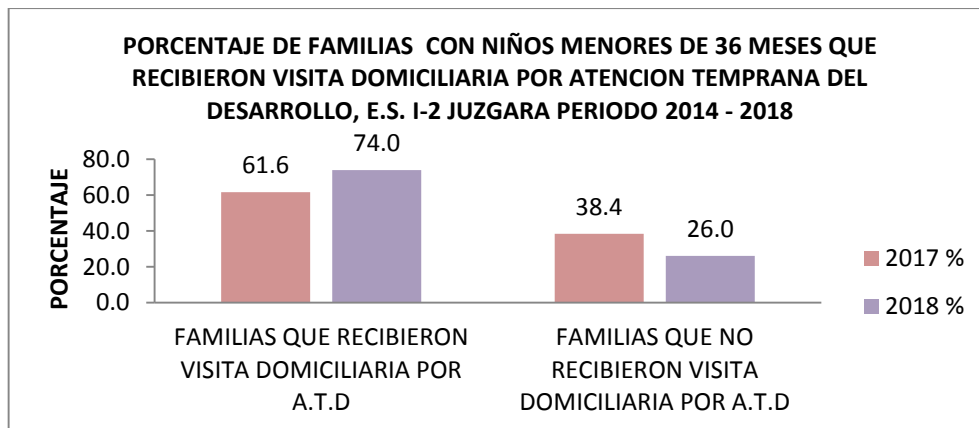
TABLA 06

NÚMERO DE FAMILIAS CON NIÑOS DE 6 A 36 QUE RECIBIERON VISITA DOMICILIARIA POR ATENCION TEMPRANA DEL DESARROLLO EN EL E.S. I-2 JUZGARA, PERIODO 2014 - 2018.

VISITAS DOMICILIARIAS A FAMILIAS CON NIÑOS MENORES DE 36 MESES	2017		2018	
	F	%	F	%
Familias que recibieron visita domiciliaria por A.T.D	77	61.6	91	74.0
Familias que no recibieron visita domiciliaria por A.T.D	48	38.4	32	26.0
TOTAL	125	100.0	123	100.0

FUENTE: BASE SIEN, HIS - OFICINA DE ESTADISTICA, 2017

GRAFICO N° 06



FUENTE: BASE SIEN, HIS - OFICINA DE ESTADISTICA, 2017

En la tabla 4.5 se observa que en el año 2017 el porcentaje de familias que recibieron visita domiciliaria fue de 61.6% y en el 2018 el 74% de las familias han recibido visita domiciliaria, mostrando un aumento del 12.4%.

VII. CONCLUSIONES

- Los factores de riesgo más comunes en los niños menores de 36 meses en el Establecimiento de Salud I-2 Juzgara fueron: familias monoparentales, Falta de competencia y habilidades sociales de los padres para la crianza y educación de sus hijos. Excesivo número de hijos, o hijos no queridos y la falta de recursos económicos y culturales para hacer frente a las necesidades básicas de la familia.
- Se pudo observar que participan todos los miembros de la familia el niño logra un normo desarrollo e incluso logra dominios de sus diferentes áreas del desarrollo, antes dela edad promedio .
- El tiempo adecuado para estimular al niño y lograr mejores resultados depende mucho de la necesidad particular de cada infante, por lo que es necesario un acompañamiento personalizado para obtener un mayor beneficio
- Con la aplicación de las sesiones de atención temprana en niños menores de 36 meses con factores de riesgo se puede evidenciar que tiene un efecto positivo en su desarrollo psicomotriz, aumentando y mejorando el nivel de todos los niños que recibieron las sesiones dentro de la evaluación del Desarrollo.
- El nivel de estimulación temprana en el ambiente familiar de los niños menores de 36 a través de la visita domiciliaria, es una gran herramienta para poder disminuir los factores de riesgo en el desarrollo del niño y de esa manera se disminuye las barreras que presenta el entorno.
- Respecto al perfil de desarrollo psicomotor en niños en estudio, se halló que casi las áreas del desarrollo motor y lenguaje son las que presenta mayor prevalencia en retraso del desarrollo.

VIII. RECOMENDACIONES

- Que los establecimientos de salud orientados al primer nivel de atención implementen, mejoren y/o complementen un Programa de intervención de Enfermería sobre atención temprana utilizando metodologías innovadoras que contribuyan a favorecer un aprendizaje significativo en las madres u otros cuidadores, a fin de seguir propiciando un adecuado desarrollo en el niño.
- Trabajar en conjunto con padres de familia del área rural a través de talleres que den a conocer las diferentes áreas del desarrollo del niño y aprender a identificarlas, haciendo énfasis en las que necesiten fortalecerse, tales como el lenguaje, ya que es una de las áreas que debe desarrollar por completo un infante, y en la cual se ha observado que el niño presenta mayor retraso.
- Es necesario que se capacite al personal de enfermería sobre las generalidades de la atención temprana del desarrollo, beneficios, aplicación, etc. De esta manera se puede evitar atrasos en el desarrollo psicomotriz, y de la misma manera se puede ayudar a padres de familia que tengan dudas acerca del crecimiento de sus niños (as).
- Desarrollar sesiones de enseñanza a los padres sobre atención temprana del desarrollo en el ambiente familiar, con juguetes diseñados por los mismos padres.
- Capacitar a los promotores de salud en el área de atención temprana del desarrollo, de acuerdo a la edad de niño

IX. BIBLIOGRAFIA

- BELDA, J. C., 2000. **El Desarrollo Infantil Y La Atención Temprana**
-
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitaciontemprana/cdiat_parte_1.pdf 10-08-2018.
- ALTAMIRANO, D., L. 2004. **¿Se Puede Hablar de Estimulación Temprana en el Perú?**. UMBRAL. Revista de Educación, Cultura y Sociedad. FACHSE (UNPRG). Lambayeque. Año IV N° 6 Mayo. http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualdata/publicaciones/umbral/v04_n06/a20.pdf 14-03-2013
- APOLINARIO, C., KRIETTE, K., RAMOS, A. 2012. **Centros de Estimulación Temprana, para Niños y Niñas de 0 a 3 Años de Edad y Estimulación Prenatal para Madres Gestantes-** Piced http://www.slideshare.net/fiorela_apc/piced-marco-teorico_01_-06-2013.
- ALEGRIA, A. G. 2008. **Modelo de Entrega de Servicios de Estimulación Temprana Diseñado Hacia la Universalización de la Atención para Fortalecer el Desarrollo del Potencial Intelectual de Niños de 0 a 3 años de Edad**. Tesis para optar grado de Doctor en Educación. Universidad Nacional de Trujillo.
- ARANDA, E.R. 2001. **La Estimulación Temprana**. Enciclopedia Guía para el Desarrollo Integral del Niño Tomo # 1, Edit. Gráficas Mármol S.L. Madrid España.
- AVARIA, M. A. 1999. **“Desarrollo psicomotor”**. Revista Chilena de Pediatría. 70(2): 162-167.

ANEXOS

Coordinación multisectorial con el logro de alianzas sostenibles para un trabajo continuo



Capacitación al Personal de Salud



Sesiones Individuales De Atención Temprana Del Desarrollo



Actividades Educativas, demostrativas y visita domiciliaria



**Activación De Los Grupos De Apoyo A La Lactancia Materna Exitosa Y
Alimentación Complementaria**

