

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



**"INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA, EN EL CONTROL DE
CRECIMIENTO, DESARROLLO Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA, EN
NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS, HOSPITAL II JORGE REÁTEGUI
DELGADO ESSALUD, PIURA. 2017 – 2018"**

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

AUTORA Lic. NOELIA SOCORRO FERRER CHÁVEZ

**Callao, 2019
PERÚ**



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

XLIX CICLO TALLER DE TRABAJO ACADÉMICO PARA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

ACTA N° 11-2019

ACTA DE EXPOSICIÓN DE TRABAJO ACADÉMICO

Siendo las 15:00 horas del sábado 22 de junio del año dos mil diecinueve, se reunieron en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud, el Jurado Evaluador para las Exposiciones del XLIX Ciclo Taller de Trabajo Académico para la obtención de Título de Segunda Especialidad Profesional, conformado por los siguientes docentes:

Doctor	FELIX ALFREDO GUERRERO ROLDAN	PRESIDENTE
Lic. Esp.	YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO	SECRETARIA
Doctor	CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA	VOCAL

Con la finalidad de evaluar la exposición del Trabajo Académico, titulado "INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CONTROL DE CRECIMIENTO, DESARROLLO Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS, HOSPITAL II JORGE REATEGUI DELGADO ESSALUD, PIURA 2017 – 2018", presentado por Don(ña) FERRER CHAVEZ NOELIA SOCORRO. Con el quórum establecido según el Art. 102° Inc. a) del Reglamento de Grados y Títulos, aprobado con Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-CU de fecha 30 de octubre de 2018, luego de la exposición, los miembros del Jurado Evaluador formularon las respectivas preguntas, las mismas que fueron absueltas.

En consecuencia, el Jurado Evaluador de Trabajo Académico acordó **APROBAR** con la escala de calificación cualitativa *Bueno* y calificación cuantitativa..... *Cal. T. I. C. E.: (14)* del presente Trabajo Académico, para optar el Título de **Segunda Especialidad Profesional de Enfermería en Crecimiento, Desarrollo del Niño y Estimulación de la Primera Infancia**, de Don(ña) FERRER CHAVEZ NOELIA SOCORRO, conforme al Art. 27° del Reglamento de Grados y Títulos, con lo que se da por concluido el acto de Exposición, siendo las 15:30 horas del mismo día.

Callao, 22 de junio de 2019

Dr. FELIX ALFREDO GUERRERO ROLDÁN
Presidente de Jurado Evaluador

Lic. Esp. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO
Secretaria de Jurado Evaluador

Dr. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA
Vocal de Jurado Evaluador

ÍNDICE

INTRODUCCION	1
CAPITULO I: DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA.....	4
CAPITULO II.MARCO TEORICO.....	6
2.1. ANTECEDENTES	6
2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	6
2.2.2. ANTECEDENTES NACIONALES.....	7
II.2.2. MARCO CONCEPTUAL.....	9.
2.2.1 BASES TEORICAS.....	23
III. PLAN DE INTERVENCION	29
3.1. JUSTIFICACION.....	29
3.2. OBJETIVOS DEL PLAN DE INTERVENCION.....	36
3.3. PROCEDIMIENTOS RALIZADOS.....	36
3.4. PLANIFICACION.....	36
3.5 EJECUCION Y EVALUACION.....	37
CONCLUSIONES	38
RECOMENDACIONES.....	39
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	40
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

La estimulación temprana es una actividad que se realiza para obtener un buen desarrollo del niño. Se da mediante estímulos que hacen niño o niña realice mejores las actividades que han sido estimuladas.

La Organización mundial de la salud (OMS),” refiere *que el 60%de los niños menores de 6 años no se encuentran estimulados, lo cual puede condicionar un retraso en cualquiera de sus tres esferas*”, debido a la educación de sus padres. (1)

De acuerdo a la última Encuesta de Calidad de Vida y Salud, en Chile un 11% de los niños presenta retraso del DSM y un 30% está en riesgo. (2)

El Perú como uno de los países de América Latina. Cumple con estos acuerdos de la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible Una oportunidad para América Latina y el Caribe de aquí a 2030, establece: garantizar el acceso universal (3).

Hay que tener en cuenta que la estimulación es una forma de juego que desafía la mente del bebé a la vez que les produce satisfacción a sus preferencias recientemente descubiertas.

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 futura etapa pre escolar.

Para llevar a cabo el desarrollo de la estimulación se necesita del profesional, de los padres y de las personas que están en contacto con el bebé.

No se trata de que sea una estimulación precoz, es decir antes de que el niño esté biológicamente preparado, sino en el momento adecuado, aprovechando la gran plasticidad cerebral.

Cada nuevo aprendizaje, cada impacto emocional, cada nuevo estímulo genera conexiones cerebrales ya desde la etapa prenatal.

Datos estadísticos del Ministerio de Salud (MINSA) del Perú, reportaron que el 40% de los niños a nivel nacional sufren de retraso en el desarrollo psicomotor, 13% incapacidad y 3% de minusvalía.(4)

Dado que la estimulación temprana es fundamental en este periodo de los 0 a los 3 años y durante toda la infancia, para el correcto desarrollo general del niño, sumado al alto porcentaje de déficit de desarrollo en los mismos, lo que constituye un problema de salud,

El presente trabajo académico, basado en la evidencia laboral y tiene como objetivo: Desarrollar un Plan de Intervención en el Control de Crecimiento y Desarrollo, Estimulación Temprana, Niños Menores De 3 Años, Hospital II Jorge Reátegui Delgado Es salud, Piura, 2017 – 2018.

El presente trabajo académico consta de: Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes, Internacionales, Antecedentes, nacionales, Marco conceptual, bases teóricas, Capítulo III : Desarrollo de Actividades para Plan de mejoramiento en relación a la situación problemática, conclusiones y recomendaciones.

I. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

A nivel mundial, “EL 60% de los niños menores de seis años no se encuentran estimulados, lo cual puede condicionar un retraso en su desarrollo psicomotor; y es que la Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que la primera infancia es el período de desarrollo cerebral más intenso de toda la vida” (5).

La estimulación temprana, es considerada como un pilar básico para el control de crecimiento y desarrollo, que constituye el óptimo desarrollo del cerebro del niño, potenciando sus funciones cerebrales en todos los aspectos (cognitivo, lingüístico, motor y social). En México Según La Guía De Detección Del trastorno específico del desarrollo psicomotor en niños De 0 A 3 Años. Establece que la prevalencia estimada de alteraciones del desarrollo psicomotor es de un 12 a un 16% en países industrializados, cifra que aumenta significativamente cuando se incluyen los problemas de comportamiento y dificultades escolares. De acuerdo a la última Encuesta de Calidad de Vida y Salud, en Chile un 11% de los niños presenta retraso del DSM y un 30% está en riesgo. En México se desconoce la prevalencia del Trastorno Específico del Desarrollo Psicomotor. La identificación temprana de los niños con retraso en el desarrollo es una tarea importante para los médicos de atención primaria. El Trastorno Específico del Desarrollo Psicomotor se debe tener presente durante la evaluación habitual del lactante y del preescolar (2).

El Perú como uno de los países de América Latina. Cumple con estos acuerdos de la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible Una oportunidad para América Latina y el Caribe de aquí a 2030, establece: garantizar el acceso universal (3).

Datos estadísticos del Ministerio de Salud (MINSA) del Perú, reportaron que el 40% de los niños a nivel nacional sufren de retraso en el desarrollo psicomotor, 13% incapacidad y 3% de minusvalía. (4)

como evidencia laboral en estimulación temprana en el hospital II Jorge Reátegui Delgado De Piura, por la gran demanda de niños atendidos por día, es que no se da un servicio de calidad en cuanto a estimulación temprana, aplicándose solo el tés abreviado peruano, del mismo modo no se realiza un seguimiento para evaluar la mejoría de las áreas afectadas, a pesar de tener 70 % de retraso motor; por esta situación es que me motivo a desarrollar el presente trabajo académico.

II. MARCO TEÓRICO

II.1. ANTECEDENTES

II.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

- MENA HERRERA K. (2017), en Ecuador, realizó un trabajo sobre Implementación de un Programa de Estimulación Temprana En Niños y Niñas de 0 A 3 Años de Edad del Centro Infantil del Buen vivir “Caritas Alegres” Del Cantón en el 2017, con el objetivo de Implementar un programa de estimulación temprana con enfoque fisioterapéutico en el Centro Infantil del Buen Vivir “Caritas Alegres” de la provincia de Imbabura, incorporando a la familia como principales agentes de estimulación. metodología: observacional, bibliográfico, estadístico y analítico, El diseño de la presente investigación es cuasi-experimental, de corte longitudinal

El universo de estudio está constituido por 45 y una muestra de 35 niños y niñas en edades de 0 a 3 años.

Concluye: que antes de la implementación del programa de estimulación temprana en los infantes se observó un predominio del nivel Medio en el área de motricidad gruesa, motricidad fina, audición–lenguaje y un nivel Medio Alto en el área personal social. Después de la implementación predominó el nivel Medio en el área de motricidad gruesa, motricidad fina y un nivel Medio Alto en el área de audición-lenguaje y personal social. En la evaluación inicial global del desarrollo psicomotor predominaron equitativamente los niveles Medio y Medio Alto. Posterior a la implementación del programa de estimulación temprana predominó el nivel Medio Alto. La implementación del programa de estimulación temprana fue medianamente efectiva. (7).

- PACHECO GALINDO, D. (2017). En Ecuador en su trabajo de tesis. Prevalencia y Factores Asociados al Retardo del Desarrollo Psicomotor en Niños (as) de 0-5 Años del Centro de Estimulación Temprana del Hospital Moreno Vázquez 2015 - 2016. Con el objetivo fue Determinar la prevalencia y factores asociados al retardo, la metodología, fue un estudio analítico de corte transversal, la muestra fue no probabilístico que valoró a 120 niños de 0-5 años que asisten al centro de estimulación temprana del Hospital Moreno Vázquez y concluye: La prevalencia de retraso en el desarrollo psicomotriz fue de 57,47% y el 43,3% fue normal. Hubo predominio del sexo masculino 61,6% y la edad más frecuente fue 1 a 3 años 42,5%. Los factores asociados fueron: bajo peso al nacer y el parto distócico. (8)
- CAICEDO ORTIZ L. (2017), en Ecuador en su trabajo: Estimulación Temprana y su Incidencia en el Desarrollo del Lenguaje Oral en los Niños y Niñas de 3 Años del Centro Infantil “Santa Teresita” del Cantón Periodo Ecuador. 2016 – 2017” y concluye: que la guía de actividades de estimulación temprana para mejorar el desarrollo del lenguaje oral en los niños de 3 años de edad. (9)

II.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

- FLORES AGUILAR J. (2014). En Trujillo, realizó un trabajo titulado: Efectividad Del Programa de Estimulación Temprana en el Desarrollo Psicomotor En Niños De 0 A 3 Años. Vida’s Centro De La Familia. El objetivo fue: Determinar la efectividad del programa de estimulación temprana en el desarrollo psicomotor de los niños de 0 a 3 años. Vida’s Centro de la Familia. Metodología, es trabajo cuasi Experimental el Grupo Experimental: 50 niños inscritos en el Programa de Estimulación Temprana de la institución Vida’s Centro de la familia.

Grupo Control: 50 niños que acudieron al control pediátrico del Hospital Belén de Trujillo. Concluye que la Escala del Proyecto Memphis reveló un incremento significativo del desarrollo psicomotor, en promedio de aproximadamente 4 meses, en el 54% de los niños, alcanzó la categoría Alto, lo que sugiere la utilidad actual del programa y su necesaria permanencia en el tiempo. El grupo control de niños de 0 a 3 años incrementó su desarrollo psicomotor pero en menor porcentaje que el grupo experimental, el 78% de los niños alcanzó la categoría Normal, lo que confirma que la falta de estimulación conduce a un estancamiento en su desarrollo psicomotor. La aplicación del Programa de Estimulación Temprana de la institución Vida's de Trujillo, es altamente efectivo (10)

A nivel local no se evidencio antecedentes

II.2. MARCO CONCEPTUAL

II.2.1. MARCO CONCEPTUAL

La Estimulación Temprana. Es un tratamiento con bases científicas durante los primeros años de vida, encaminado a potencializar al máximo las posibilidades físicas e intelectuales del niño/a, para que pueda desenvolverse mejor en su vida y resolver sus necesidades e inquietudes. (11). La estimulación se define como un proceso natural que comienza la madre con el niño a través de la repetición de diversos estímulos sensoriales los cuales aumentarán la capacidad de desarrollar destrezas y ampliarán la sensación de seguridad. La estimulación temprana se basa en una intervención a través de un equipo interdisciplinario que brinda una atención priorizándola en niños y niñas en edades alrededor de 0 a 36 meses.

Dicha estimulación es brindada a aquellos niños que necesitan una intervención precoz debido a que en sus evaluaciones se evidenciaron ciertos déficits los cuales requieren un tratamiento para lograr normalizar su desarrollo tanto en el aspecto motor como cognitivo, social y del lenguaje para potenciar etapas futuras, todo esto sin olvidarse que cada niño presenta diferentes necesidades. Las herramientas necesarias para la estimulación temprana en el niño las proporciona el medio que nos rodea y al mismo tiempo las experiencias que brinda cada actividad realizada aumentando el número de nuevos conocimientos. (12)

Crecimiento: Es el proceso de incremento de la masa corporal de un ser vivo que se produce por el aumento en el número de células (hiperplasia) o de su tamaño (hipertrofia). Está regulado por factores nutricionales, socioeconómicos, culturales, emocionales, genéticos y neuroendocrinos entre otros. (13)

Control de crecimiento y Desarrollo: Es el conjunto de actividades periódicas y sistemáticas realizadas por el profesional de la salud, con el Objetivo de vigilar de manera adecuada, oportuna e individual el crecimiento y desarrollo de los niños, con el fin de detectar en forma precoz los riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna para disminuir los casos. Es individual, integral, oportuno, periódico y secuencial. (13)

Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP): Es un instrumento de medición del desarrollo y funciones psicológicas. Evalúa cuatro áreas: Lenguaje, social, coordinación, y motora. El Test se encuentra estandarizado para niños de 0 a 24 meses (13)

El desarrollo. Es el proceso dinámico por el cual los seres vivos logran progresivamente hacer efectiva la capacidad funcional de sus sistemas a través de fenómenos de maduración diferenciación e integración de sus funciones, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, sexual, ecológico, cultural, ético, y social. Se encuentra influenciado por factores genéticos, culturales y ambientales. (13)

Desarrollo infantil temprano. Es un proceso progresivo multidimensional, integral y oportuno durante el cual el niño construye capacidades cada vez más complejas que les permiten ser competente a partir de sus potencialidades, para lograr la autonomía e interacción con su entorno en pleno ejercicio de sus derechos.(13)

Para profundizar la efectividad de la estimulación temprana en el desarrollo psicomotor de los niños de 0 a 3 años, es necesario conocer la Base Celular del Desarrollo psicomotor; iniciando por el área motor grueso y fino, que se ubica en el lóbulo frontal en el área 4 de Brodmann donde asienta el Homúnculo de Penfield, donde está la representación somatotópica del cuerpo humano.

La corteza cerebral contiene 6 capas de neuronas, en el área motora las neuronas de la capa III y V están las neuronas gigantes de Betz que son de gran tamaño que corresponde a la primera neurona motora, la segunda neurona sale de la médula al órgano efector completando la base del movimiento. La estimulación motriz genera movimiento que se traduce como adquisición de funciones psicomotoras. (14)

El área motricidad gruesa. Tiene que ver con los cambios de posición del cuerpo y la capacidad de mantener el equilibrio. La motricidad fina se relaciona con los movimientos finos coordinados entre ojos y manos. 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. (14)

Este desarrollo va en dirección cefalo-caudal es decir primero cuello, continua con el tronco, sigue con la cadera y termina con las piernas. Se considera dentro de los parámetros naturales: El control cefálico a los 2 meses; sedestación a los 6 meses, gateo a los 9 meses, aunque no siempre se gatea antes de andar, bipedestación a los 10 meses, deambulación a los 12 meses (14).

El área del Lenguaje también tiene su asiento en el encéfalo, tiene 4 sub áreas principales y 3 secundarias. Las áreas principales del lenguaje están en el hemisferio izquierdo dominante cercanas al área motora alrededor del Homúnculo de Penfield, el área de Broca en el área 44 del frontal se encarga de la codificación o expresión de la palabra, el área de Wernicke en el área 22 en el temporal para la decodificación o comprensión del lenguaje, el gyrus angular en el área 39 del parietal para la lectoescritura y cálculo,

adicionalmente en el área 6 en el frontal está el centro de Exner para la ejecución de la escritura con la mano. (15).

Las áreas secundarias en la región prefrontal para la integración de las actividades cognitivas complejas, la sustancia reticular activadora (SRA) para mantener la vigilia, con su base neuronal en el tronco encefálico y su conexión con la corteza a través de la corona radiada, el lóbulo de la ínsula para el lenguaje emotivo. Las áreas del lenguaje están entrelazadas a través de una amplia red de comunicación, el fascículo arqueado enlaza las áreas principales del lenguaje, y otra red para los órganos neurosensoriales, visión, audición y órganos periféricos del habla, cavidad oral, faringe y aparato respiratorio. (14).

El desarrollo del lenguaje expresivo y comprensivo, depende de la maduración del sistema nervioso central y periférico (14).

El lenguaje oral o expresivo tiene 2 etapas, a) nivel pre lingüístico, se inicia con llanto al nacer, gorgoreo agú, agú a los 3 meses, sonidos guturales ag, ag a los 5 meses, primeras sílabas ma, pa, ag de 8 meses, 2 sílabas juntas, ma-ma, pa-pa de 10-12 meses, b) El nivel lingüístico al año de edad cuando dice mamá dirigido, frases de 2 palabras a los 2 años, oraciones a los 3 años, lenguaje desarrollado completo a los 6 años.

El lenguaje comprensivo lo aprende por imitación: discrimina voces a 3 meses, comprende palabras a los 10 meses, ejecuta órdenes sencillas a los 18 meses, maduración de conceptos a los 6 años, de principios a los 8 años y resolución de problemas a los 10 años. 3) la escritura, la lectura y cálculo en la etapa preescolar, la escritura máximo nivel lingüístico al inicio de la etapa escolar.

El área cognitivo y perceptual se establece en el gran cuerpo calloso, la mayoría de las fibras del cuerpo calloso interconectan áreas simétricas de la corteza cerebral. Dado que trasfiere información de un hemisferio a otro, el

cuerpo calloso es esencial para la discriminación aprendida, experiencias sensitivas y la memoria. (14)

El área personal- social que es la constitución de la personalidad del individuo, está vinculada con el área prefrontal. Como resultado de las aferencias provenientes de muchos sitios corticales y subcorticales, esta área desempeña de regulador de la profundidad de los sentimientos de una persona. También influye en la determinación de la iniciativa y el juicio del individuo.

Existe un aspecto esencial en el cerebro humano: su plasticidad; se define como la capacidad para crear nuevas conexiones entre las células cerebrales permitiendo que, aunque el número de neuronas permanezca invariable, las conexiones o sinapsis varíen o se incrementen como respuesta a estímulos dados. En el momento de nacer, cada neurona en la corteza cerebral tiene alrededor de 2,500 sinapsis. En los primeros años de vida, dicha capacidad alcanza un desarrollo superlativo, hasta el primer año se forman trillones de conexiones, en diferentes áreas del cerebro y en momentos distintos. A los 2 años se han formado ya las dos terceras partes del cerebro, además, entre el nacimiento y los 3 años de edad, el cerebro crea más sinapsis de las que necesita colocando las pautas que le permiten continuar su aprendizaje. A los 8 meses, el cerebro ya ha desarrollado aproximadamente mil trillones de conexiones sinápticas y a los 2 años llegará a tener el doble de sinapsis que el cerebro adulto. Los niños en edad preescolar tienen una actividad cerebral mucho más activa, conectada y flexible que la de los mayores.

El desarrollo del cerebro en la infancia es un hecho que asombra y sorprende, en especial entre 0 y 3 años de edad. Es la etapa de mayor plasticidad cerebral en la que se conforma y selecciona el proceso de sinapsis o conexiones entre las células nerviosas, formando una compleja red de enlaces de circuitos eléctricos; esta construcción neurológica

posibilita el aprendizaje. Entre 0 y 2 años la actividad del cerebro duplica la del adulto. El niño asimila todos los estímulos del entorno y el aprendizaje es consecuencia de la interacción dinámica entre su potencial genético y las experiencias recibidas. Hecho que determinará las posibilidades que pueda tener para enfrentar el futuro. A los 3 años de edad empieza una estabilización del proceso de construcción sináptica (14).

La neurona cuando muere no es sustituida por otra y se pierde irremisiblemente; la no estimulación apropiada, o la falta de ella, no sólo impide la proliferación de las células nerviosas, sino que hace que su número decrezca progresivamente a pesar de las condiciones tan favorables que tiene la corteza cerebral, por el número de neuronas que posee cuando el niño nace (14).

Existen una variedad de teorías que tratan de explicar este proceso, una de estas es la del modelo transaccional que subraya la importancia de la plasticidad del niño en desarrollo y de su medio ambiente. El niño y su ambiente están continuamente interactuando y provocando cambios el uno en el otro. (14)

Por esta razón, privar a un niño de experiencias vitales que se espera tengan que ocurrir en los primeros años, puede ocasionar una excesiva eliminación de conexiones sinápticas. De ahí la gran preocupación acerca de lo que el cerebro de manera temprana necesita para mantener y desechar, para luego organizarse en forma positiva antes que se cierren los momentos críticos de desarrollo de cada zona cerebral o “ventanas de oportunidad” (Huttenlocher; Schonkoff; Halfon y Thomas, citado por Alegría, 2008).

El término más utilizado y aceptado es “estimulación temprana”, referido al período de desarrollo sobre el que actúan determinadas influencias educacionales de manera sistemática y adecuada al mismo (García, 2006). Es así, que cualquier programa de estimulación, cuyos sujetos de investigación son seres humanos, los niños y sus familias, debe adecuarse a

las diferencias culturales del grupo, manteniendo los aspectos básicos de la ejercitación de las funciones cognitivas y biológicas. (14)

Retraso: Acción y efecto de retrasar o retrasarse. Hecho o circunstancia que algo ocurra en un tiempo posterior o debido.

En medicina, el desarrollo diferido o lento de un proceso

Retardo: Acción y efecto de retardar. Sinónimo de retraso, demora, detención (15). Desarrollo incompleto o inferior en una persona (15).

Desarrollo Psicomotor.

El desarrollo psicomotor ha sido identificado como un proceso continuo que va desde la concepción a la madurez, en el cual el niño adquiere habilidades motoras, en el lenguaje, manipulativas y sociales, que le permiten una progresiva independencia y adaptación al medio, que depende de la maduración correcta del sistema nervioso central (SNC), de los órganos de los sentidos y de un entorno psico-afectivo adecuado y estable (15)

Desarrollo Psicomotor y sus definiciones

El vocablo desarrollo psicomotor (DPM) se atribuye al neuropsiquiatra alemán Carl Wernicke, quien lo utilizó para referirse al fenómeno evolutivo de adquisición continua y progresiva de habilidades a lo largo de la infancia. Las habilidades mencionadas comprenden la comunicación, el comportamiento y la motricidad del niño. (15)

Definen el desarrollo psicomotor como la madurez psicológica y motora que tiene un niño en relación a tres áreas básicas:

Coordinación visomotora, lenguaje y motricidad, relacionada a otros aspectos que hacen más complejo dicho desarrollo para la praxis en la vida diaria (15)

CON PROGRAMA de Estimulación Temprana: Proceso que implica un conjunto de medios, técnicas y actividades con base científica, aplicada en forma sistemática, organizada y secuencial según la edad en meses en un tiempo determinado.

SIN PROGRAMA de Estimulación Temprana: No se realiza ningún tipo de estimulación dirigido por profesionales especialistas.

La Efectividad, es la capacidad de lograr un efecto deseado, esperado o anhelado.

Para efectos del estudio se conceptualizó como la capacidad o habilidad que puede demostrar el niño al alcanzar en un promedio de 3 meses a más a su edad cronológica sobre el desarrollo psicomotor en el tiempo de aplicación del programa de estimulación temprana.

Se utilizó la siguiente clasificación para evaluar la efectividad:

BAJO: El niño está debajo de los 3 meses en su edad cronológica de su desarrollo psicomotor.

NORMAL: El niño alcanza hasta 3 meses encima o debajo de su edad cronológica de su desarrollo psicomotor.

ALTO: El niño está por encima de 3 meses en su edad cronológica de su desarrollo psicomotor.

Para obtener la clasificación, al niño se le evaluó con la Escala de Evaluación del Desarrollo de Memphis. Por ejemplo, un niño de 15 meses al ser evaluado con la escala obtiene un puntaje de 11 meses (4 meses de atraso), esto quiere decir, que lo ubica en la clasificación: Bajo en su desarrollo psicomotor. Pasado 6 meses, se evaluó nuevamente y este niño que ya tiene 21 meses, obtiene 19 meses (2 meses de atraso) con lo cual se ubica en la clasificación: normal en su desarrollo psicomotor. (15)

2 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), un factor de riesgo es toda característica o circunstancia de una persona o grupo que está asociada a una probabilidad mayor de aparición de un proceso patológico o de evolución especialmente desfavorable de ese proceso. Las alteraciones del crecimiento y desarrollo pueden ser resultantes de una serie de factores causales tanto de orden biológico como psico-social y ambiental, encadenados entre sí pueden producir una o varias alteraciones o trastornos determinados, aunque no siempre se logre relacionar los trastornos con factores de riesgo (14)

2.2.1 Factores biológicos.

Factores donde hay una gran carga genética, presentándose una baja maduración nerviosa, como consecuencia de alteraciones en dos de sus principales estructuras: la médula y el cerebro (encéfalo). El desarrollo del cerebro es sumamente importante para construir una base física de los procesos psíquicos. Cualquiera de estos periodos que podrían alterar el proceso madurativo, como prematuridad, bajo peso al nacer, infecciones del sistema nervioso entre otros afectarán el normal desarrollo psicomotor del niño. (15).

En el periodo prenatal: Incluye los factores genéticos y congénitos.

En el periodo perinatal: Incluye el periodo que comprende desde las 22 semanas de gestación hasta el término de las primeras 4 semanas de vida neonatal (28 días). Teniendo importancia el tipo de parto y si al momento presenta daños de tipo neurológico o inadecuada oxigenación, si es parto prematuro o postmaduro (16).

El recién nacido a término: es el que nace entre las 37 y 41 semanas cumplidas de gestación, mientras que el peso medio al nacer es de 3.250 gr, en las niñas y 3.500 gr en niños. Los niños que nacen con menos de 37

semanas son prematuros y los que tienen un peso de nacimiento inferior al percentil 10, según su edad gestacional, se consideran de bajo peso (16).

En el periodo postnatal: Si existe presencia de traumatismos o lesiones posteriores al nacimiento (16).

Lactante: Período que comprende el primer año de vida desde 0-11m, 29d.

Caracterizado fundamentalmente por un predominio del desarrollo sensorial y motriz y en los inicios del desarrollo del lenguaje (16)

Edad Temprana. Período que comprende desde 1-3 años.

Caracterizado fundamentalmente por un intento por hacer las cosas de forma independiente y una estrecha vinculación con el medio, fundamentalmente con los objetos y el mundo natural que le rodean, mediante acciones concretas. Continúa extendiendo un predominio de lo afectivo sobre lo regulativo (16)

Edad Prescolar. Período que comprende desde 4-5 años.

Caracterizado por predominio de la memoria, el pensamiento y el lenguaje en los procesos cognoscitivos con mayor desarrollo de la imaginación (16)

Factores ambientales o psicosociales.

Los principales agentes nocivos relacionados con los agentes sociales son: falta de cuidados o de interacciones con sus padres, familia, maltrato, negligencias, abusos, entre otros y se dividen en:

Estimulación que condiciona variaciones de lo normal y también causa alteraciones del desarrollo, el desarrollo específico de un niño está determinado por factores culturales que generan mayor estímulo en ciertos aspectos.

La afectividad y el vínculo: estos son imputables en el desarrollo equilibrado, en sus aspectos emocionales, sociales y laborales.

Las normas de crianza donde se desarrolla hábitos, interacción con cada miembro de la familia, grado de independencia y autonomía.

Las condiciones socioeconómicas y culturales que determinan en el niño modelos conductuales específicos, valores sociales y religiosos, determina así oportunidades de educación, estimulación y valores.

Riesgos psicosociales como, tipo de familia, monoparental, nuclear, extendida, migración de padres, tipo de cuidador del niño o niña, falta de cuidados, mala atención de salud (17).

Tipo de Familia

La familia tiene como función principal asegurar la supervivencia y garantizar la protección, el afecto y la identidad de sus seres, que puede o no potenciar el desarrollo del niño o niña dependiendo de cómo está estructurada y de cómo ejecuta sus funciones, que ofrece la satisfacción de sus necesidades, potencia su desarrollo, mientras que una familia con conflictos se convierte en un elemento de riesgo (17).

Familia monoparental: conformada por el o los hijos el padre o la madre, asumiendo jefatura masculina o femenina. La ausencia de uno de los dos progenitores puede ser total o parcial debido a separación, divorcio, abandono, viudez, alejamiento por motivos forzados (17)

Familia biparental: Es familia nuclear (padres biológicos o sustitutos y hermanos) unidos por lazos sanguíneos imperecederos.

Familia Nuclear: Constituida por el hombre, la mujer y los hijos, unidos por lazos de consanguinidad; conviven bajo el mismo techo y desarrollan sentimientos de afecto, intimidad e identificación.

Familia extendida: Integrada por miembros de más de dos generaciones, donde los abuelos, los tíos y otros parientes comparten la vivienda y participan al funcionamiento familiar (17).

DIMENSIONES DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

Motricidad: es considerada como la acción del sistema nervioso central sobre los músculos que motiva sus contracciones, está relacionada al movimiento y control del cuerpo o partes del cuerpo. Las percepciones y los movimientos, al establecer relación con el medio exterior, elaboran la función simbólica que genera el lenguaje y éste último dará origen a la representación ya del pensamiento.

Coordinación: está dada por el óptimo trabajo y la interacción que se da entre el sistema nervioso central y la musculatura, en donde la armonía en los movimientos es eficaz, estética, rítmica y sincronizada. (17)

Lenguaje: es una de las funciones psicológicas que más roles desempeña en el desarrollo psíquico del ser humano; permite comunicar información, significados, intenciones, pensamientos y peticiones, así como expresar sus emociones, interviniendo en procesos cognoscitivos: pensamiento, memoria, razonamiento, solución de problemas (18).

Sociabilidad: Adquieren autonomía haciendo cosas por sí mismo. Les brindara seguridad y reportara beneficios en su autoestima.

2.4 ELEMENTOS DEL BALANCE PSICOMOTOR

Estos elementos son los siguientes: esquema corporal, lateralidad, tono muscular, independencia motriz, coordinación, control respiratorio, equilibrio, estructuración espacial, estructuración temporal. Las habilidades motoras gruesas, son las de los amplios movimientos corporales como correr, saltar, en tanto las habilidades motoras finas consisten en el uso perfeccionado de la mano, el pulgar y los dedos opuestos. Son capacidades sensomotrices consolidadas del rendimiento de la persona, que se aplican conscientemente en la dirección de movimientos, componentes de una acción motriz con una finalidad determinada (17).

2.5 TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR.

Los trastornos del desarrollo motor son alteraciones que ponen de manifiesto un aspecto anormal en el proceso evolutivo de este. La noción de retraso psicomotor implica, como diagnóstico provisional, que los logros de un niño durante sus primeros años de vida aparecen con una secuencia lenta para su edad y/o cualitativamente alterada, deficiencias que si no se identifican ni tratan a tiempo, podrán alterar la calidad de vida del niño, su aprendizaje y relación con los demás (17).

2.6 CRITERIOS PARA LA EVALUACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR.

En la literatura se precisan los criterios que se deben tener en cuenta al evaluar el desarrollo psicomotor, a saber (17)

Cuando el niño (a) no se sienta hábil y cómodo en el uso y en la relación que establece con su cuerpo.

No logra movimientos que lo satisfagan frente a sus desafíos de crecimiento y aprendizaje.

Cuando existen secuelas de traumatismos o experiencias de internación hospitalaria prolongada, enfermedades neuromusculares o degenerativas

Cuando un trastorno psicomotor limita las posibilidades normales de desarrollo. (17)

TEST DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO

En 1944 y 1946 en Francia, Irene Lezine y Odette Brunet publicaron la Escala de desarrollo Psicomotor de la primera infancia.

Se realizó una revisión obteniendo actualmente resultados de coeficiente de desarrollo más elevado que los que se obtenían en las tipificaciones

antiguas, por lo que se necesitó de una revisión actual en la que presenta los siguientes cambios (18).

- La evaluación de los prematuros estaba sobreestimada y se corrige con la revisión.
- Se han eliminado los elementos de 1 mes.
- Se modificó los niveles de edad (18).

2.7.1 Proceso de revisión

Se ha mantenido una parte del contenido original.

- Una situación de observación del niño estandarizada.
- Una aplicación simple y rápida.
- Utilización de un material que suscita interés al niño.
- La reducción al máximo de la influencia del examinador.
- El reparto de las pruebas en cuatro campos, postural, coordinación visomotora, lenguaje (comprensión y expresión) y social.(18)

Desarrollo psicomotor: evolución de las competencias de un individuo desde su nacimiento hasta la edad adulta. El desarrollo psicomotor es particularmente importante en los niños que adquieren rápidamente las capacidades motrices pero también psicológicas, cognitivas (intelectuales) y sociales. (18)

Retrasos de desarrollo: es una descripción que se aplica a los niños cuyo aumento de peso corriente está significativamente por debajo de las tasas correspondientes a otros niños de su misma edad y sexo (22).

Balance psicomotor: permite establecer el perfil del paciente, considerando la diversidad de sus funcionamientos: neurológico, emocional, relacional y

cognitivo, ya que la alteración psicomotriz no es una expresión unívoca y estable de una lesión o de una disfunción circunscrita. (18)

II.2.2. BASES TEORICAS

Como sostiene Cirilo López Miguel, sobre la filosofía de Rene Descartes parís 1977. Para teorizar sobre el desarrollo infantil, sin remitirse a una franja etaria específica, donde se pueda vislumbrar la implicancia de lo biológico, lo cognitivo, lo sociocultural y lo afectivo en el desarrollo. (19)

El primer principio de la filosofía Racionalista, plantea que un yo que piensa como punto de partida y se siente como el punto de enlace de la mente y el cuerpo. Ese punto de confluencia en el que nos experimentamos simultáneamente como activos (acción) y pacientes (pasión) es el yo como sujeto del cogito cartesiano.

Porque entendemos que no hay nada en la mente, así considerada, que no sea pensamiento o dependiente del pensamiento. Como, por ejemplo, el movimiento de un brazo.

Por Lo cual no dudo de que la mente, tan pronto como es infundida en el cuerpo de un niño, empieza a pensar y es al mismo tiempo consiente de su pensamiento. El autor de estas objeciones conjeturaba que, en consecuencia, la mente debe pensar también siempre en los niños. (20)

En el caso del hombre, Descartes sostiene que la Glándula (H) o la glándula pineal o la hipófisis es el Centro de gobierno todo el cuerpo Humano, desde donde ejerce sus funciones, recibe Impresiones o imágenes procedentes de los órganos de los sentidos, a través de músculos, y provoca el movimiento del cuerpo. el (deseo, tristeza, alegría, admiración, odio...) que Descartes explica en tono racionalista y mecanicista. (21)

La dopamina es el neurotransmisor catecolaminérgico más importante del Sistema Nervioso Central (SNC) de los mamíferos y participa en la regulación de diversas funciones como la conducta motora, la emotividad y la afectividad así como en la comunicación neuroendócrina.(22)

La teoría de Piaget.

Sostiene que el desarrollo cognitivo implica que las estructuras cognitivas se organizan sobre la base de invariantes funcionales que operan en toda la materia viva. El mismo puede ser entendido como un proceso de equilibración, donde se pasa del equilibrio al desequilibrio para luego reequilibrarse. Para poder construir ese equilibrio son necesarias las invariantes funcionales con las que cuenta el organismo, las mismas son la asimilación y la acomodación. (Flavell, 1979) La adaptación es cuando el organismo cambia en su relación con el medio y ese cambio es favorable a su conservación. Para que se dé la misma es necesario que se cumplan los procesos de asimilación y acomodación, siendo el primero, la capacidad de incorporar nuevos elementos a la estructura preexistente, y la acomodación como la posibilidad de ajustar esos esquemas preexistentes a las propiedades de lo que se busca asimilar. (Flavell, 1979) Piaget (1949) también plantea una teoría de los estadios, donde diferencia las conductas inteligentes de las no inteligentes, estas últimas serían las reflejas y de carácter instintivo. Las conductas inteligentes están formadas por varios estadios, donde aparecen la inteligencia sensorio motriz, que está basada en percepciones y en la acción práctica, y la inteligencia representativa, donde la actividad intelectual está dada por representaciones dejando lugar a la aparición del pensamiento. Para llegar al pensamiento propiamente dicho antes es necesario atravesar un período preoperatorio, donde las operaciones no son reversibles y se caracteriza por el egocentrismo del pequeño infante, llegando luego, al período operatorio concreto donde el niño ya es capaz de identificar lo reversible al momento de resolver situaciones. El período que comprende desde el nacimiento hasta la adquisición del lenguaje está dado por un gran desarrollo mental que es decisivo para la continuación de la evolución psíquica del sujeto, en este periodo se da la conquista del mundo práctico que rodea al pequeño, mediante sus percepciones y movimientos. (23)

Piaget va a distinguir tres fases en este período donde no hay lenguaje: la fase de los reflejos, la de la organización de las percepciones y la de la inteligencia sensorio motriz propiamente. Lo reflejo lo liga a lo instintivo, donde de una manera hereditaria se coordina lo sensorial y motriz para satisfacer las necesidades, reflejos que conducirán a “discriminaciones o reconocimientos prácticos difíciles de discernir” que luego serán generalizados. De esta forma la succión que comienza siendo en el pecho materno, se va a trasladar a otros momentos, aun cuando no esté mamando el recién nacido succionará el vacío, y luego cuando coordine sus movimientos se succionará su propio dedo y los demás objetos que se le presenten a su alcance. (23)

Posteriormente el universo que podía ser chupado “se convertirá también en una realidad que pueda ser mirada, o escuchada y, cuando se lo permitan sus propios movimientos, zarandeada”. La siguiente fase sería la asimilación de las percepciones organizadas, donde se sistematizan los reflejos, pudiendo captar lo que lo rodea, se demuestra una capacidad de prensión y manipulación que le va a permitir generar nuevos hábitos. Desde el comienzo están los actos reflejos, luego de la reiteración de los mismos se van incorporando nuevos elementos, con los que se constituyen totalidades organizadas más amplias. La tercera y última fase descrita por el autor, en este período, es la de la inteligencia práctica o sensorio motriz. Es necesario entender que la inteligencia aparece antes que el lenguaje y el pensamiento interior del niño que supone la utilización del lenguaje, pero esta inteligencia es práctica, permite la manipulación de los objetos a través de las percepciones y los movimientos que son organizados en esquemas de acciones. (23)

Mediante la multiplicación y la diferenciación de las conductas el niño adquiere la agilidad que le permite registrar los resultados de la experiencia de esa conducta. Es por esto que no alcanza con repetir los movimientos y gestos que lo han acercado a resultados interesantes sino que es necesario ir cambiándolos intencionalmente para ir estudiando los resultados de esas variaciones. Antes de la asimilación sensorio-motriz del mundo exterior por parte del niño, se dan otros procesos que influyen para que se logre esta adquisición, en la cual el niño podrá reconocerse a sí mismo como distinto de los demás, reconociendo lo que está fuera de él como exterior. Desde el punto de partida del desarrollo mental, no existe ninguna diferenciación del yo con el resto del universo, lo que el niño percibe está indisociado, no reconociéndose lo externo ni lo interno, y todo estará ubicado en un camino intermedio entre estos dos lugares. Al comienzo todo está centrado en la actividad propia que se realice, estando el yo en el centro de la realidad, todo está centrado sobre la actividad propia, “el mundo exterior se objetivará en la medida en que el yo se construirá como actividad subjetiva o interior”. (23)

La neurociencia es una de las ciencias más actuales que está conformada por varias disciplinas para poder estudiar el sistema nervioso desde un enfoque multidisciplinario. Se propone describir el funcionamiento y la organización del cerebro humano, determinar la construcción de este y trabajar en la prevención y cura de posibles afecciones a nivel neuronal.

(Campos, 2010) Es necesario poder conocer las particularidades del sistema nervioso para comprender el desarrollo y la importancia de la estimulación como influyente de este proceso, como se desarrolló en el capítulo anterior la importancia de un contexto propiciador del desarrollo es igual de necesario que la herencia biológica con la que se llega a la vida. Anna Lucia Campos ha escrito variedad de artículos y seminarios donde desarrolla los conceptos de neurociencias, aprendizaje y educación, con una mirada integradora. Se interesa por describir los procesos del sistema nervioso entendiendo que logrando una mayor comprensión del funcionamiento cerebral es posible crear nuevas estrategias de educación que vayan en pro del enriquecimiento del desarrollo. (Campos, 2010) Siguiendo a esta autora, en cuanto a las características del cerebro se puede decir que está ubicado bajo el cráneo actuando éste como escudo protector, tiene forma ovoide y llega a pesar 1300 gramos en un adulto. Está dividido en dos hemisferios que mantienen diferencias funcionales, el hemisferio derecho es la parte creativa del cerebro, desarrolla funciones globales, priorizando la emoción; el hemisferio izquierdo es el encargado de las habilidades en relación a la palabra y los números, es más racional, lineal y analítico. Consta de cuatro lóbulos, el frontal es el responsable de la elaboración del pensamiento y el lugar donde se aloja la memoria a corto plazo; el lóbulo parietal responsable de las sensaciones del tacto, gusto, dolor, presión, y se relaciona con la lógica; el lóbulo temporal, encargado del sentido de la audición, elaboración y percepción del lenguaje y el lóbulo occipital encargado del procesamiento de la información visual.(23)

Interesa describir las etapas básicas del desarrollo que van hasta la primera infancia, siendo este el periodo del desarrollo en el que se enmarca el trabajo, para dicha descripción se toman en cuenta los desarrollos planteados por Anna Lucía Campos (2010) La etapa prenatal estaría conformada por tres fases, la germinal que abarca el período de fertilización hasta la implantación donde se da la segunda fase denominada embrionaria que da lugar a un rápido crecimiento y se comienzan a distinguir los diferentes sistemas y organismos que conforman al cuerpo, dando lugar por último a la fase fetal que continua con el desarrollo de la fase dos y se extiende hasta el nacimiento. La etapa perinatal involucra el trabajo de parto, donde una vez que el bebé culminó con la fase tres de la etapa prenatal está preparado para nacer y la madre debe hacer fuerza para impulsar esta salida, se rompen las membranas y luego se expulsa la placenta. La etapa postnatal está dada por la violencia que afronta el bebé al salir del vientre materno, partiendo de la salida angosta que tiene para salir, la luz fuerte que le llega a sus ojos, el aire que entra a sus pulmones por vez primera, los

ruidos, así como otros factores que hacen a la vida fuera del vientre materno, esta etapa es uno de los momentos más drásticos a los que se debe enfrentar en toda la vida. Primera infancia, es el período más significativo en la formación del sujeto, ya que aquí se estructuran las bases de la personalidad y la cognición sobre las que las sucesivas etapas se perfeccionarán. Las estructuras biológicas y psicológicas están en pleno proceso de formación y maduración y la cantidad y calidad de influencias del entorno que reciban las determinará casi definitivamente. Para que la estimulación de los adultos en el desarrollo del niño sea productiva y explote todas las potencialidades características de estas etapas es necesario plantearse un accionar que no sobrecargue el funcionamiento neuronal y que mire al pequeño en desarrollo como un ser en construcción que cuenta con diversas capacidades distribuidas en grados y combinaciones distintas.(23)

Aporte de la teoría de las inteligencias múltiples

La teoría de las inteligencias múltiples desarrollada por Howard Gardner (1984) propone ampliar el término inteligencia sosteniendo la idea de que existen muchas capacidades. Desarrolla en sus estudios siete tipos de inteligencia con las cuales todos contamos en un cierto grado variable y con combinaciones distintas, dos de estas inteligencias son las reconocidas en la enseñanza tradicional, la lingüística y la lógico-matemática, sumando tres tipos de inteligencias ligadas a lo artístico: la inteligencia musical, corporal-cenestésica y espacial y dos inteligencias relacionadas a lo personal: inteligencia interpersonal e intrapersonal.(23)

Internalización: la historia del desarrollo del gesto indicativo. Cuando un niño pequeño intenta tomar un objeto, la naturaleza comunicativa de su movimiento corporal es significada por su medio social. Esto es, su movimiento de asir es interpretado (y, por lo tanto, dotado de significado) por parte de las personas que interactúan con él, producto de lo cual ese movimiento se transforma en un signo que, en virtud de esa transformación, pasa a formar parte del espacio interpsicológico. Una vez significado este movimiento –es decir, transformado en signo-, se desarrolla lo que en sentido estricto es el proceso de internalización (Rosas & Sebastián, 2001). Tras un primer momento en que la relación entre movimiento frustrado y acción de otros es fortuita (ya que el niño no usa el movimiento para lograr su objetivo a través de los otros, es decir, no lo controla voluntariamente), deviene un momento posterior en que el niño emplea voluntariamente el gesto indicativo como tal, ya no atendiendo al objeto material que desea

alcanzar, sino que buscando ahora la reacción de la persona que tiene cerca. Es precisamente en este momento en el que se ha establecido un plano comunicativo, ya que el movimiento de asir se ha transformado en gesto con significado para las personas en interacción, aun cuando este significado sea compartido sólo en parte por ellas. El funcionamiento intrapsíquico del niño ha cambiado, ya que al adquirir el gesto ha adquirido también una forma básica de control voluntario sobre un signo del plano interpsicológico, en cuyo proceso dicho signo se ha abreviado. (24)

TEORÍA DE ENFERMERÍA

Ramona Mercer, con su teoría de adopción del rol maternal habla sobre la necesidad de que los profesionales de Enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción del rol. El cual se desarrollará a través de un proceso evolutivo donde la madre involucra la transformación dinámica y una evolución de la persona - mujer y de esta forma va sintiendo el vínculo con su hijo, experimentando placer y gratificación dentro del mismo. Asimismo la madre experimenta sensaciones de armonía, intimidad y competencia, constituyendo el punto final de la adopción del rol maternal, es decir la identidad materna.

El modelo de adopción del rol materno, se centra en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner:

- **Microsistema:** Entorno inmediato donde se produce la adopción del rol maternal, incluyendo a la familia y factores del funcionamiento familiar, relaciones entre padre y madre, apoyo social y el estrés. Mercer, destaca la importancia del padre en la adopción del rol ya que este ayuda a “difuminar la tensión en la dualidad madre - niño”. Por medio del microsistema la adopción del rol maternal se consigue a través de interacciones de la madre, el padre y el niño.
- **Mesosistema:** Agrupa, influye e interactúa con las personas del microsistema. Las interacciones de este sistema influyen en el desarrollo del rol y el niño. Incluyen el cuidado diario, la escuela, el trabajo y otras entidades que se encuentran en la comunidad más inmediata.
- **Macrosistema:** Influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas. Este sistema es originado por el entorno actual del cuidado de la salud y el impacto del actual sistema del cuidado de la salud sobre la

adopción del rol maternal. También hacen parte las leyes nacionales respecto a las mujeres y a los niños y las prioridades sanitarias que influyen en la adopción del rol maternal.(25)

III. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

III.1 JUSTIFICACIÓN

La UNICEF refiere que CUBA, ha Alcanzado al cierre del 2017, volvió a alcanzar la tasa de mortalidad infantil más baja de su historia, con 4,0 por cada mil nacidos vivos. Y que cuenta con un sistema integrado, que promueve la protección, atención y desarrollo de la primera infancia. Muestra de ello de los más de 855 mil niños y niñas de 0 a 6 años de edad, el 99,5 %, asiste a un programa o una institución de educación temprana. Rol de la familia y la comunidad en la implementación del programa cubano. (26)

En el Perú con el objetivo de alcanzar el bienestar de todos los niños y niñas de manera particular aquellos que aún viven en la extrema pobreza es un reto y compromisos de implementación con la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en especial el programa de estimulación temprana en niños de 0 a 3 años es importante.

El Perú a través del Ministerio de Salud (MINSA), como ente rector de sector salud, cuenta con normas establecidas a través de la resolución Ministerial N^o 537-2017/MINSA. En las disposiciones generales inciso b. la 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 5 años de edad para facilitar su mejor crecimiento y desarrollo. (27)(28)

En la región de Piura, el Hospital II Jorge Reátegui Delgado se rige con esta norma del MINSA como ente rector para la intervención de enfermería, en el control de crecimiento y desarrollo, siendo muy importante la estimulación temprana, niños menores de 3 años no

solo para facilitar su mejor crecimiento y desarrollo en este grupo etario sino también para implementar este vacío en la atención de salud.

El Hospital II Jorge Reátegui Delgado, cuenta con el servicio de control de crecimiento y desarrollo, el cual se brinda junto con el servicio de estimulación temprana para lo cual se aplica el test abreviado peruano, en donde se puede detectar los déficit de desarrollo en las diferentes áreas estimuladas; tanto psicomotora, social y del lenguaje; sin embargo no se hace un seguimiento o potencia las mismas, por lo tanto tomando como punto de partida esto, cabe señalar que todas las actuaciones positivas que llevemos a cabo en materia de estimulación con los niños y niñas en edades tempranas favorecerán su posterior desarrollo a distintos niveles y contribuirán a que alcancen una mayor autonomía personal; ya que la estimulación temprana favorece a los niños desde pequeños, en diversos aspectos emocionales, físicos y de la misma inteligencia.

En nuestro Hospital no contamos con un análisis de datos de los niños con Déficit en el desarrollo que requiera la intervención con la estimulación temprana para lo cual enfoco este trabajo académico.

El presente informe tiene relevancia científica al evidenciar los datos científicos a partir de los resultados y dar aportes a otras investigaciones y motivar con los incentivos económicos por el logro de la especialidad en nuestro hospital.

La relevancia profesional que presento en este informe permite proponerme nuevos conocimientos científicos en la práctica laboral para la profesión.

La relevancia personal que planteo en este trabajo académico es porque me permite la satisfacción personal. Por los incentivos económicos por lograr la Especialidad.

Este trabajo permite reflexionar sobre las teorías de la estimulación temprana e menores de 3 años.

III.2 OBJETIVOS

III.2.1 OBJETIVO GENERAL:

- Desarrollar un plan de Intervención de Enfermería, en el Control de Crecimiento y Desarrollo, Estimulación Temprana, en niños menores de 3 años. Hospital II Jorge Reátegui Delgado Es salud, Piura, 2017-2018.

III.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFCOS:

- Sensibilizar a las madres sobre la importancia de la Estimulación Temprana.
- Coordinar con el personal del servicio para la realización del presente plan de intervención.
- Lograr el desarrollo psicomotor máximo en 5 niños de 8 meses de edad.
- Promover un plan de ejercicios de estimulación psicomotora sencillos para que las madres puedan realizar es casa.

III.3 METAS

- Al culminar el plan de estimulación se alcanzará un 90% de mejoría en el desarrollo de los niños estimulados.

III.4 PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
Sensibilización a las madres acerca de la importancia de la estimulación temprana en sus niños.	Charlas educativas Sesiones demostrativas	3 charlas educativas 2 sesiones demostrativas	El 100% de las madres logra comprender la importancia de la estimulación temprana	45 minutos cada charla Mes 28 de octubre 2 horas demostrativas	Lic. Noelia Ferrer Chávez Tec. Enfer. Libeth Ojeda garcia

Capacitación al personal del servicio acerca del plan de intervención en el Control de Crecimiento y Desarrollo y Estimulación Temprana.	Charla educativa	1 Charla educativa	El 100% del personal del servicio conoce acerca del plan de intervención en el Control de Crecimiento y Desarrollo y Estimulación Temprana.	45 minutos 10 de noviembre-18	Lic. Noelia Ferrer Chávez
Ejercicios para estimulación de área motriz gruesa	Sesiones demostrativas	16 sesiones demostrativas	El 90% asiste a las sesiones demostrativas	1 hora por sesión Noviembre y diciembre 2 por semana	Lic. Noelia Ferrer Chávez
Ejercicios para estimulación de área motriz fina.	Sesiones demostrativas	16 sesiones demostrativas	El 90% asiste a las sesiones demostrativas	1 hora por sesión Noviembre y diciembre 2 por semana	Lic. Noelia Ferrer Chávez
Elaboración de material sencillo con ejercicios simples de estimulación para realizar en casa.	Trípticos o dípticos	5 trípticos y dípticos respectivamente	El 100% de las madres obtiene la información respectiva.	5 de enero 2019	Lic. Noelia Ferrer Chávez

III.5 RECURSOS:

III.5.1 MATERIALES

DESCRIPCION	CANTIDAD
Juguetes	05

Sonajas, campanillas	05 y 02 respectivamente
Rodetes	05
Piso micro-poroso	01
Colchonetas	03
Radio con música	01

III.5.2 HUMANOS

- Enfermera
- Técnica de enfermería

III.6 EJECUCIÓN

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO	RESULTADO NOC	INTERVENCION NIC	FUNDAMENTO	EVALUACION
00112. Retraso en desarrollo motor R/C deficiencia orgánica del aparato motor o su funcionamiento, que afecta al sistema óseo, articular, nervioso E/P dificultad para	Estimulación motora	Terapia del desarrollo motor grueso y fino, estimular para el niño pueda sentarse momentáneamente y coger su biberón	El área motora gruesa se relaciona con la postura del bebé, los cambios de posición de su cuerpo, al control que tiene sobre éste y a su habilidad para mantenerse en equilibrio. El área motora fina, se relaciona con la coordinación de sus	Los niños intervenidos se sientan solos, cogen objetos con ambas manos. Gatean se paran con apoyo, hacen pinza trípode sacando objetos, sacan y meten objetos de un recipiente, son capaz de aplaudir

sentarse momentáneamente, dificultad			manos y de grupos musculares.	
Para sostener el biberón				

EJECUCIÓN

Dominio 13 crecimiento y desarrollo

00112. Retraso en desarrollo motor R/C deficiencia orgánica del aparato motor o su funcionamiento, que afecta al sistema óseo, articular, nervioso E/P dificultad para sentarse momentáneamente, dificultad para sostener el biberón

- Valoración, evaluación y monitoreo del desarrollo motor

EVALUACIÓN

Los niños intervenidos se sientan solos, cogen objetos con ambas manos. Gatean se paran con apoyo, hacen pinza trípode sacando objetos, sacan y meten objetos de un recipiente, son capaz de aplaudir.

BASE DE DATOS

Tabla N° 01. Estimulación de 05 Pacientes con déficit motor de 06 Meses de edad, en el Hospital II Jorge Reátegui Delgado Es Salud – Piura

ESTIMULACION TEMPRANA	CANTIDAD CON DEFICIT	LOGRO DEL DESARROLLO	%
DEFICIT MOTOR	05	04	90%
DEFICIT MOTOR EN PROCESO	04	01	10%

Fuente: base de datos propia información.

III.2 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME

La enfermería se ocupa de atender a la persona en diversas situaciones relativas a su salud. De modo que vinculamos la medicina con la curación del paciente, y la enfermería con los cuidados que recibe. Su labor es fundamental para la comunicación con el paciente, su apoyo emocional y la minimización de los efectos secundarios.

La profesión de enfermería a través del tiempo y las épocas se ha caracterizado por ser una profesión de servicio y cuidado al paciente. Es por esto que el profesional de la salud debe mostrar un alto sentido de compromiso, lealtad, valores y humanismo en la aplicación del cuidado a todo ser humano que así lo requiera. Este cuidado debe estar segmentado en el método científico efectivizándose el en PCE, aquí agregamos también las guías de intervención, los protocolos de procedimientos que toda entidad debe tener y que nos ayudan para brindar cuidados estandarizados.

Aportes e innovaciones técnico administrativas:

- Diseñé en coordinación con las colegas de enfermería del Servicio control de crecimiento y Desarrollo las Guías de Intervención sobre estimulación temprana en niños de 0 a 3 años la cual está para su revisión y aprobación en la unidad de capacitación.
- Se actualizó en coordinación con las colegas del de control y crecimiento y desarrollo, los Protocolos de Procedimientos Año 2018, la cual está para su revisión y aprobación en la unidad de capacitación.

III.7 EVALUACIÓN

- Se logró sensibilizar a las madres sobre la importancia de la Estimulación Temprana. Al 90 % de madres
- Se coordinó al 100% con el personal del servicio para la realización del presente plan de intervención.
- Lograr la estimulación del desarrollo psicomotor de 4 niños constituyente el 90% de lo programado.
- Se logra implementar un plan de ejercicios de estimulación psicomotora sencillos para que las madres puedan realizar es casa.

V.CONCLUSION.

1. En la intervención de enfermería se logró sensibilizar a las madres en cuanto a la importancia de la estimulación temprana en sus niños.
2. Se logró estimular el área motora gruesa y fina en un 90% de los niños intervenidos.
3. Se logró comprometer a las madres para realizar la estimulación de sus hijos con estas alteraciones en el desarrollo.

VI. RECOMENDACIONES

1. Que la especialización de enfermería es la piedra del desarrollo profesional y satisfacción personal que repercute en la calidad de atención del paciente y familia y que la institución apoye dando facilidades para estos estudios de post grado. Y continuar con la sensibilización para lograr el 100% de las madres.
2. Funciones del enfermero como administración, docencia e investigación, permite socializar las intervenciones de enfermería con mejor visión. Y fomentar el trabajo en equipo Lograr la estimulación del desarrollo de 100% de lo programado.
3. Que la aplicación de un plan de trabajo sea una guía de implementación y mejora constante en el servicio de cirugía de la Institución y satisfacción de recuperación del paciente.
Se logra implementar un plan de ejercicios de estimulación psicomotora sencillos para que las madres puedan realizar es casa.

VII. REFERENCIALES

1. Machuca L, Oyola A, Ramos D . Efectividad De Un Programa Educativo De Estimulación Temprana en Niños de 0 A 3 Años, en el Nivel de Conocimiento de las Madres Primíparas. Lima 2017, [tesis]. para optar título profesional de Lic. En enfermería, Universidad Peruana Cayetano Heredia 2107.
2. Instituto mexicano del seguro social dirección de prestaciones médicas. guía de Detección del Trastorno Específico Del Desarrollo Psicomotor En Niños De 0 A 3 Años. [Internet 2014; citado diciembre 2018]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/734GRR.pdf>.
3. Bárcena A, Prado A. Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible Una oportunidad para América Latina y el Caribe. Naciones Unidas, mayo de 2016 [Internet 2016; citado diciembre 2018]. Disponible en: <http://www.sela.org/media/2262361/agenda-2030-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible.pdf>
4. Machuca L, Oyola A, Ramos D. Efectividad De Un Programa Educativo De Estimulación Temprana en Niños de 0 A 3 Años, en el Nivel de Conocimiento de las Madres Primíparas. Lima 2017, [tesis]. para optar título profesional de Lic. En enfermería, Universidad Peruana Cayetano Heredia 2107.
5. Machuca L, Oyola A, Ramos D . Efectividad De Un Programa Educativo De Estimulación Temprana en Niños de 0 A 3 Años, en el Nivel de Conocimiento de las Madres Primíparas. Lima 2017, [tesis]. para optar título profesional de Lic. En enfermería, Universidad Peruana Cayetano Heredia 2107.

6. Instituto mexicano del seguro social dirección de prestaciones médicas. guía de Detección del Trastorno Específico Del Desarrollo Psicomotor En Niños De 0 A 3 Años. [Internet 2014; citado diciembre 2018]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/734GRR.pdf>.
- 7 Bárcena A, Prado A. Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible Una oportunidad para América Latina y el Caribe. Naciones Unidas, mayo de 2016 [Internet 2016; citado diciembre 2018]. Disponible en: <http://www.sela.org/media/2262361/agenda-2030-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible.pdf>
8. Machuca L, Oyola A, Ramos D. Efectividad De Un Programa Educativo De Estimulación Temprana en Niños de 0 A 3 Años, en el Nivel de Conocimiento de las Madres Primíparas. Lima 2017, [tesis]. para optar título profesional de Lic. En enfermería, Universidad Peruana Cayetano Heredia 2107.
9. Declaracion de la republica de cuba ante las naciones unidad 2017, disponible en: http://www.minrex.gob.cu/sites/default/files/ficheros/declaracion_de_la_republica_de_cuba_ante_naciones_unidas.pdf
10. Ministerio de Salud (MINSa), Resolución Ministerial N° 537-2017/MINSa. disposiciones generales inciso b. 2017, disponible en: http://www.redsaludcce.gob.pe/Modernidad/archivos/dais/ppan/norma_st/CRED.pdf
11. MENA K. Implementación de un Programa de Estimulación Temprana En Niños y Niñas de 0 A 3 Años de Edad del Centro Infantil Del Buen Vivir “Caritas Alegres” Del Cantón [tesis]. para optar título profesional de Lic. en terapia física Medica, Ecuador-2017.

12. Pacheco, D. Prevalencia Y Factores Asociados al Retardo del Desarrollo Psicomotor En Niños (As)de 0-5 Años del Centro de Estimulación Temprana del Hospital Moreno Vázquez de, Cantón [Tesis]. Para Optar Título Profesional de título de Médico, Universidad Católica De Cuenca Ecuador 2015 - 2016.
- 13 Caicedo Ortiz L. Estimulación Temprana y su Incidencia en el Desarrollo del Lenguaje Oral en los Niños y Niñas de 3 Años del Centro Infantil “Santa Teresita” del Cantón Periodo Ecuador. [Tesis]. Para Optar Título Profesional de título de Lic. De docencia en Educación, Universidad Católica De Cuenca Ecuador 2015 - 2016. 2016 – 2017.
14. Flores J. Efectividad Del Programa de Estimulación Temprana en el Desarrollo Psicomotor En Niños De 0 A 3 Años. Vida’s Centro De La Familia. [Tesis]. para optar el Grado de Doctor en Planificación y Gestión Universidad Nacional de Trujillo Perú 2014.
15. Caicedo L. Estimulación Temprana y su Incidencia en el Desarrollo del Lenguaje Oral en los Niños y Niñas de 3 Años del Centro Infantil “Santa Teresita” del Cantón Periodo Ecuador. [Tesis]. Para Optar Título Profesional de título de Lic. De docencia en Educación, Universidad Católica De Cuenca Ecuador 2015 - 2016. 2016 – 2017.
16. MENA K. Implementación de un Programa de Estimulación Temprana En Niños y Niñas de 0 A 3 Años de Edad del Centro Infantil Del Buen Vivir “Caritas Alegres” Del Cantón [tesis]. para optar título profesional de Lic. en terapia física Medica, Ecuador-2017.
17. Ministerio de Salud (MINSA), Resolución Ministerial Nª 537-2017/MINSA. disposiciones generales inciso b. 2017, disponible en:

<http://www.redsaludcce.gob.pe/Modernidad/archivos/dais/ppan/normast/CRED.pdf>

18. Flores J. Efectividad Del Programa de Estimulación Temprana en el Desarrollo Psicomotor En Niños De 0 A 3 Años. Vida's Centro De La Familia. [Tesis]. para optar el Grado de Doctor en Planificación y Gestión Universidad Nacional de Trujillo Perú 2014.

19. Flores J. Efectividad Del Programa de Estimulación Temprana en el Desarrollo Psicomotor En Niños De 0 A 3 Años. Vida's Centro De La Familia. [Tesis]. para optar el Grado de Doctor en Planificación y Gestión Universidad Nacional de Trujillo Perú 2014.

20. Pacheco, D. Prevalencia Y Factores Asociados al Retardo del Desarrollo Psicomotor En Niños (As)de 0-5 Años del Centro de Estimulación Temprana del Hospital Moreno Vázquez de, Cantón [Tesis]. Para Optar Título Profesional de título de Médico, Universidad Católica De Cuenca Ecuador 2015 - 2016

21. Pacheco, D. Prevalencia Y Factores Asociados al Retardo del Desarrollo Psicomotor En Niños (As)de 0-5 Años del Centro de Estimulación Temprana del Hospital Moreno Vázquez de, Cantón [Tesis]. Para Optar Título Profesional de título de Médico, Universidad Católica De Cuenca Ecuador 2015 - 2016

22. Pacheco, D. Prevalencia Y Factores Asociados al Retardo del Desarrollo Psicomotor En Niños (As)de 0-5 Años del Centro de Estimulación Temprana del Hospital Moreno Vázquez de, Cantón [Tesis]. Para Optar Título Profesional de título de Médico, Universidad Católica De Cuenca Ecuador 2015 - 2016

23. Martinez B. Estimulación e hiperestimulación en el desarrollo infantil, Uruguay. 2015

24. Álvarez A, Balmaceda C. El concepto dialéctico de internalización en

Vygotski: aproximaciones a un debate, Instituto de Psicología Universidad Austral de Chile y Pontificia Universidad Católica de Chile, Enero 2018

25. Cirilo M. Rene Descarte tratado del Hombre, 1977.

26. Trujillo R, Flores G, Montañó J, Dopamina: síntesis, liberación y receptores en el Sistema Nervioso Central. Departamento de Fisiología, Biofísica y Neurociencias, Centro de Investigación y de Estudios Avanzados, México, 2000.

27. Martínez B. Estimulación e hiperestimulación en el desarrollo infantil, Uruguay. 2015

28. Álvarez A, Balmaceda C. El concepto dialéctico de internalización en Vygotski: aproximaciones a un debate, Instituto de Psicología Universidad Austral de Chile y Pontificia Universidad Católica de Chile, Enero 2018

Anexos

Cuadro N° 01. Atendidos por meses de 0 a 3 años durante el 2018, En el Hospital II Jorge Reátegui Delgado Es salud, Piura

Atendidos por meses de 0 a 3 años durante el 2018	
MESES	CANTIDAD
Enero 2018	1518
Febrero 2018	1416
Marzo 2018	1435
Abril 2018	810
Mayo 2018	1279
Junio 2018	1181
Julio 2018	1230
Agosto 2018	1185
Setiembre 2018	1146
Octubre 2018	1019
Noviembre 2018	1200
Diciembre 2018	1230
TOTAL	14,649

Fuente: base de datos propia información.

ANEXOS

Test abreviado peruano



TEST PERUANO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DEL NIÑO

ACTIVIDAD	1 MES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	7 MESES	8 MESES	9 MESES	10 MESES	11 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	21 MESES	24 MESES	30 MESES			
CONTROL DE CABEZA Y TRONCO SENTADO								FISIOLOG. LOGRADOS												
CONTROL DE CABEZA Y TRONCO ROTACIONES							CONDUCTA LOGRADA													
CONTROL DE CABEZA Y TRONCO EN MARCHA																				
USO DEL BRAZO Y MANO																				
VISION																				
AUDICION																				
LENGUAJE COMPRENSIVO																				
LENGUAJE EXPRESIVO																				
COMPROMISO SOCIAL																				
ALBERTACION VESTIDO E HIGIENE																				
JUEGO																				
INTELIGENCIA GRAMATICAL																				
ACTIVIDAD	1 MES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	7 MESES	8 MESES	9 MESES	10 MESES	11 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	21 MESES	24 MESES	30 MESES			