



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SALTA

LIC. KINESIOLOGIA Y FISIOTERAPIA



TRABAJO FINAL DE
GRADUACION

IMPORTANCIA DE LA ESTIMULACION TEMPRANA PARA
EL DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS NACIDOS
PREMATUROS



Pezzini Aparicio Camila

Poma Villar Candelaria

Agradecimientos

Primeramente, damos gracias a Dios y a la Virgen por permitirnos haber tenido tan buena experiencia en estos cinco años de carrera, gracias a la universidad por permitir que hoy nos convirtamos en profesionales de lo que tanto nos apasiona, gracias a cada profesor que constituyo parte de este proceso integral de formación, gracias a ellos por enseñarnos sobre todo a amar el arte de la salud y reconocer la importancia de nuestro rol en la sociedad

Finalmente agradecemos a nuestras familias y amigos, quienes estuvieron siempre presente en este largo y hermoso camino, y a nuestros compañeros, que siempre nos ayudaron e impulsaron a seguir para adelante.

INDICE

Resumen	4
Abstract	5
Objetivos	6
Objetivo General	6
Objetivos Específicos	6
Hipótesis	6
Introducción	7
Neurodesarrollo	10
<i>Neurodesarrollo normal</i>	12
<i>Desarrollo psicomotriz</i>	13
<i>La meta del desarrollo Psicomotor</i>	15
<i>Principios básicos del desarrollo psicomotor</i>	15
Estimulación temprana	17
<i>Cerebro humano</i>	18
<i>Cómo se lleva a cabo</i>	18
<i>Plan de estimulación temprana</i>	19
<i>Carácter integral de la estimulación, áreas del desarrollo</i>	19
Áreas de la estimulación temprana	20
<i>Lenguaje</i>	20
<i>Área socio-afectiva</i>	21
<i>Área Motora</i>	22
<i>Área cognoscitiva</i>	23
Estrategias de tratamiento	24
Escala Nelson Ortiz	30
<i>Motricidad gruesa</i>	31
<i>Motricidad fina</i>	31
<i>Audición y lenguaje</i>	31
<i>Personal social</i>	32
<i>Calificación y registro de los datos</i>	32
Materiales y métodos	34
Criterios de inclusión	34
Criterios de exclusión	34
Análisis y recolección de datos	35
Análisis e interpretación de resultados	82

Resumen de las áreas de evaluación	85
Discusión	96
Conclusión	97
Referencias bibliográficas	98
Anexo	101

Resumen

La estimulación temprana consiste en prevenir los probables déficits en el desarrollo psicomotor del nacido prematuro hospitalizado, busca crear un ambiente estimulante adaptado a las capacidades de respuestas inmediatas del prematuro.

Está indicada como forma de rehabilitación o para seguimiento evolutivo y la misma no presiona ni acelera ningún proceso de desarrollo humano.

Este trabajo pretende registrar los cambios provocados por esta terapia por lo que se evaluará a 20 prematuros del HPMI. Se hará una investigación no experimental descriptiva longitudinal, teniendo un enfoque cuantitativo.

Abstract

Early childhood stimulation consists in preventing probable deficits in the psychomotor development of the hospitalized premature infant, it seeks to create a stimulating environment adapted to the immediate response capacities of the premature infant.

It is indicated as a form of rehabilitation or for evolutionary monitoring and it does not pressure or accelerate any process of human development.

This work aims to record the changes caused by this therapy, which is why 20 premature infants will be evaluated for HPMI. A longitudinal descriptive non-experimental research will be carried out, taking a quantitative approach.

Objetivos

Objetivo General

- Registrar y evaluar los cambios psicomotrices que se producen por medio de la estimulación temprana en niños que nacieron antes de las 37 semanas de gestación.

Objetivos Específicos

- Evaluar el nivel de desarrollo del nacido prematuro a través de la Escala de Nelson Ortiz.
- Registrar el perfil de desarrollo del recién nacido prematuro.
- Describir las técnicas kinésicas de Estimulación Temprana para niños prematuros.
- Evaluar el impacto de las técnicas de Estimulación Temprana en los nacidos prematuros en el Hospital Materno Infantil.

Hipótesis

La estimulación temprana produce cambios importantes en el desarrollo integral del prematuro, específicamente en el desarrollo psicomotriz, evitando la aparición de diferentes problemas que podrían repercutir en las etapas siguientes del crecimiento.

Introducción

De acuerdo a cifras vertidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el mundo nacen unos quince millones de bebés prematuros por año, es decir, en periodo previo a las 37 semanas gestacionales, provocando una serie de problemáticas que se han convertido en la principal causa de mortalidad en pequeños menores de 5 años.

En esa línea, se estima que hacia el 2017 alrededor de 2,5 millones de bebés fallecieron durante el primer mes de nacimiento, es decir un promedio de siete mil neonatos por día, un millón durante el primer día de nacimiento y otro millón aproximado dentro de los seis días posteriores a su nacimiento.

Estas alarmantes cifras colocan a la muerte por prematuridad en el primer lugar de las causas de mortalidad en neonatos, estableciéndose como una preocupante problemática en el ámbito de la de salud pública que requiere ser atendida para reducir los niveles de mortalidad y el impacto que puede producir en el desarrollo neuromotor.

A pesar de ello, durante los últimos veinte años, los significativos avances médicos y tecnológicos, han permitido que la atención de los recién nacidos de alto riesgo tenga una mayor posibilidad de sobrevivencia.

Pero esto no es suficiente, pues los bebés prematuros que sobreviven pueden presentar una serie de problemáticas emocionales, conductuales, enfermedades físicas y deficiencias en el desarrollo de diversas funciones cognitivas, generando desventajas significativas en el neurodesarrollo a largo plazo.

Para revertir esta situación, es necesario establecer diversas acciones que conlleven al adecuado cuidado del niño prematuro para que culmine el proceso formativo sin complicaciones que pongan en riesgo su vida y el normal desarrollo de sus facultades. Desde esta perspectiva, las estrategias de estimulación temprana se han expandido notablemente y cada vez existe más evidencia sobre la necesidad de su aplicación.

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

“Está pensada para mejorar o prevenir los probables déficits en el desarrollo psicomotor de niños con riesgo de padecerlos tanto por causas orgánicas como biológicas o ambientales, por lo tanto, consiste en crear un ambiente estimulante, adaptado a las capacidades de respuestas inmediatas del niño para que estas vayan aumentando progresivamente y su evolución sea lo más parecida a la de un niño normal” (González Zúñiga, 2007). La estimulación temprana en el recién nacido prematuro es una de las indicaciones principales, ya sea como una forma de seguimiento evolutivo o como elemento de rehabilitación, debido a que la prematuridad y el bajo peso al nacer son factores de riesgo en sí mismos y además lo es la hospitalización prolongada que estas circunstancias conllevan (Doménech et. al., 2002) (Bejarano Cervantes & Camacho Rodríguez, 2010)

Uno de los objetivos principales consiste en estimular y fomentar el desarrollo sensorio-motor, emocional, social e intelectual del niño, para que participe activamente en la vida social de la forma más autónoma posible mediante la estimulación regulada y continuada llevada a cabo en todas las áreas sensoriales, pero sin forzar en ningún sentido el curso lógico de la maduración del sistema nervioso central.

Es importante tener en cuenta que el crecimiento total de un individuo se lleva a cabo por medio de la interrelación del desarrollo físico, mental, emocional y social, y la Estimulación Temprana producirá impacto en el crecimiento total del bebé, sin presionar ni acelerar ningún proceso de desarrollo. Simplemente, lo que busca es optimizar las capacidades del niño, en todas las áreas. Además, cabe mencionar que la estimulación es muy sencilla de aplicar y que le va a proporcionar al niño las herramientas que necesita para el desarrollo de sus habilidades y un mejor desempeño en su futuro (González Zúñiga, 2007) (Bejarano Cervantes & Camacho Rodríguez, 2010).

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

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

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

En los programas de Estimulación Temprana, las áreas junto con los objetivos que se trabajan son aquellas que tienen que ver con su avance en el lenguaje, en los sentidos, en los movimientos y en lo que se conoce como inteligencia emocional. Desde el área de kinesiología y fisioterapia se evaluará: tono muscular, postura y movimiento, área de motricidad gruesa, motricidad fina y percepción, nivel cognitivo, social-emocional y cuidado propio, funciones de coordinación viso-manual, coordinación dinámica, control postural y organización perceptiva. También se puede evaluar la necesidad de equipamiento adaptativo: según la problemática de cada niño se indican ortesis, andadores, bastones, bipedestador, silla de ruedas, etc. para lograr mayor independencia con un adecuado control postural.

Hughes y colaboradores mencionan que parece existir un efecto positivo de la intervención sobre las habilidades motoras hasta los 24 meses de edad corregida. Existe alguna evidencia a los 3 meses de que las intervenciones con componentes motores específicos son más efectivas. Ortega, J., y Núñez, C analizan la mejor evidencia científica disponible respecto de las estrategias de estimulación temprana aplicadas por enfermería a los recién nacidos pre término hospitalizados, que han sido útiles para reducir o evitar alteraciones leves o graves en el neurodesarrollo.

Intervenir tempranamente entonces, le permitirá al recién nacido adaptarse al medio con mayor facilidad, potenciar sus habilidades y reducir las complicaciones que pudiesen presentarse.

Neurodesarrollo

Según (Caicedo López, 2012,). El desarrollo del cerebro es el resultado de la reproducción de billones de neuronas, la neurogénesis, y la formación de trillones de conexiones sinápticas, la sinaptogénesis. En los fetos humanos hay una sobreproducción de neuronas en los primeros meses y alcanza su mayor concentración hacia los seis meses de gestación, período en el cual el cerebro crece en volumen y peso para que luego el exceso de neuronas decrezca mediante un proceso natural de selección hasta una etapa en que el cerebro está dotado de las neuronas suficientes para asegurar la estructura normal y el desempeño de las funciones que le corresponden al cerebro humano y para que luego al nacer tenga el suficiente tejido nervioso que le permita construir las redes neuronales que lo capaciten para adaptarse y aprender.

El ser humano nace con casi todas las células cerebrales que puede tener en su edad adulta con excepción del cerebelo y una parte del cerebro interno, el hipocampo, en donde el número de células crece significativamente después del nacimiento. El desarrollo posterior del cerebro se concreta más en el cambio de conexiones sinápticas tanto en el número de estas como en su alcance a neuronas próximas o más alejadas o más profundas en capas neuronales internas.

En edades tempranas el crecimiento de estas conexiones es espectacular, aumenta muchísimo la densidad sináptica (número de sinapsis por unidad de volumen) para luego desembocar en un periodo de reducción sináptica o poda sináptica, que ocurre según el principio, las que se usan se refuerzan y las que no se eliminan. Esta reducción ocurre hasta que se obtiene los niveles de densidad sináptica.

Es por esta razón que se dice que la estimulación temprana es mucho mejor si se la brinda a tempranas edades, ya que el cerebro está en plena maduración cerebral y por ende posee posibilidades de interiorizar aprendizajes, y más aún si se trata mediante estímulos brindados por medio o por profesionales de la salud. Mientras el niño tenga menor edad, mayor será la plasticidad cerebral.

Al nacer los circuitos neuronales que se iniciaron en el útero siguen formándose y así mismo prosigue el proceso de mielinización en áreas muy críticas para la actividad vital y de supervivencia, como en el tálamo, las áreas sensoriales y motoras y parte del cerebelo que capacita al neonato entre otras, para respirar, dormir, reconocer voces y caras y movimientos básicos de su cuerpo y extremidades.

A medida que procede el desarrollo neurológico se refinan estas actividades básicas y su proceso de aprendizaje, su capacidad de atención, de movimientos, de habla y de representación de ideas usando diferentes formas y en ciertos aspectos actúan en forma similar a los adultos (Peid, et, al, 2007). A la edad de 8 meses los infantes procesan algunos aspectos de los movimientos de los adultos así no tengan la habilidad para realizarlos.

Según (Moreno, 2011) El neurodesarrollo es la progresiva adquisición de funciones como el control postural, la autonomía de desplazamiento, la comunicación, el lenguaje verbal, y la interacción social. Esta evolución está estrechamente ligada al proceso de maduración del sistema nervioso y a la organización emocional y mental.

Mientras el niño crece el cerebro va madurando y es importante que se aproveche la plasticidad cerebral para que el desarrollo sea óptimo y no exista ningún retraso. Conforme pasa el tiempo, el proceso de maduración cerebral junto con la adquisición de funciones va avanzando para que el niño logre un desarrollo neuronal el cual ayude a las actividades diarias.

El retardo del neurodesarrollo debe considerarse como la desviación significativa de su curso, como consecuencia de acontecimientos de salud o de relación que comprometen la evolución biológica, psicológica y social.

Neurodesarrollo normal

EDAD	LENGUAJE	SOCIAL	COORDINACIÓN	MOTORA
De 0-3 meses	Llora, ríe, emite sonidos	Mira a la cara, sonríe de manera espontánea	-Sigue con la mirada objetos móviles. -Busca con la mirada la fuente del sonido -Mueve la cabeza y los ojos, en busca del sonido	-Boca abajo, levanta 45° la cabeza -Tracciona hasta sentarse -Mantiene erguida y firme la cabeza
De 4-6 meses	Balbucea (da-da, ma-ma)	-Atiende con interés el sonido -Busca con la mirada la fuente del sonido -Sonríe de forma espontánea	-Intenta la presión de objetos -Presión global a mano plena (barrido)	-Eleva el tronco y la cabeza, apoyándose en manos y antebrazos -Mantiene erguida y firme la cabeza -Se mantiene sentado, con apoyo -Se mantiene sentado, sin apoyo
De 7-9 meses	Lalea (da-da, ma-ma, agu), usa consonantes	-Encuentra objetos que se le ocultan bajo el pañal -Es en un inicio tímido con los extraños	-Presión entre la base del pulgar y el meñique -Presión entre el pulgar y la base del dedo índice -Presión en pinza fina. Opone el índice con el pulgar.	-Se sienta solo, sin apoyo -Consigue pararse, apoyándose en muebles -Gatea. Camina apoyado en muebles
De 10-12 meses	Dadá, mamá. Pan, agua, oso	-Bebe de la taza -Juega "palmitas", "tortillitas" -Detiene la acción a la orden de ¡NO!	Presión en pinza fina. Opone el índice con el pulgar.	Camina tomado de la mano
De 13-18 meses	Utiliza más palabras	-Se alimenta con cuchara derramando parte del contenido -Se viste con ayuda -Juega solo	-Construye torres de tres cubos -Introduce objetos grandes en otros -Introduce objetos pequeños en frascos o botellas	-Sube escaleras, gateando -Camina bien solo, sin ayuda
De 19 a 24 meses	-Señala alguna parte del cuerpo -Cumple ordenes simples	-Se alimenta con cuchara derramando parte del contenido -Ayuda en tareas simples de la casa -Juega en paralelo (imitando)	-Construye torres de tres cubos -Construye torres de cuatro cubos -Construye torres de cinco cubos	-Patea la pelota -Salta. Lanza la pelota. -Sube escaleras, con ayuda -Sube escaleras, tomando el pasamanos

Desarrollo psicomotriz

Según (Delgado, 2007), Puede entenderse como el proceso en el que se manifiesta las dimensiones psíquicas, motriz-sensorial, social y afectiva y por lo tanto se refiere a la ontogenia. El curso del desarrollo típico es un indicador de la integridad estructural y funcional del sistema nervioso y los efectores, y sigue patrones que se mantienen más o menos estables dentro de la deriva natural de la especie humana, con una fuerte interacción entre bases genéticas y ambiente, que en el caso de los primeros años de vida son bastante críticos.

En las concepciones actuales sobre el desarrollo, las consideraciones sobre el ambiente no ponen énfasis en la simple exposición a ambientes “más estimulantes”, sino principalmente al componente motivacional, que mueve al niño a conocer e influir en su entorno cercano físico y social desde las etapas más tempranas.

Sin embargo, está claro que ambientes carenciados que imponen una derivación mantenida afectan negativamente el desarrollo global, siendo un factor de riesgo para el desarrollo posterior del niño. A este aspecto es importante considerar como un elemento que influye; pero no condiciona; el acceso al bienestar, la salud y las condiciones de la vida que se dan entre distintos estratos socioeconómicos.

Organización progresiva del desarrollo psicomotor

Según (Palau, 2004,) Las bases del desarrollo y organización psicomotores, o sea, el progresivo dominio del control postural, se ajustan a dos leyes fundamentales:

- La organización céfalo-caudal, la cual nos indica que se irán controlando antes aquellas partes del cuerpo más próximas a la cabeza. Progresivamente, el control se ejercerá hacia la pelvis. De ahí que el niño mueva la cabeza y el cuello antes de sentarse.
- La organización próxima-distal, por la que se desarrollará y controlarán antes aquellas partes más próximas al eje corporal, que divide imaginariamente el cuerpo en dos partes simétricas, de arriba abajo. Esta segunda ley permite explicar el paso de la llamada psicomotricidad gruesa a otra, llamada psicomotricidad fina, a través de la cual el niño, al integrar y controlar mayor número de grupos, consigue que su movimiento sea más preciso, más fino, especializado y complejo.

Los procesos madurativos que se ajustan a las citadas leyes, el crecimiento y la evolución del cerebro y la estimulación física y psicológica que el niño recibe, irán forjando el

llamado control postural. Este control es de capital importancia, pues se trata del primer posicionamiento del niño frente al mundo, a su conocimiento, a su comprensión y a su representación.

El equipo sensorial se activa progresivamente y recoge cada vez más información sobre el contexto físico-visual, olfativo y auditivo- que se traduce en respuestas motrices cada vez más complejas y controladas.

Dentro del desarrollo psicomotriz existen hitos los cuales se dan conforme vaya creciendo el niño, estos hitos no siempre se desarrollan a la misma edad en todos los niños, algunos los desarrollan después de lo establecido y otros antes, pero esto depende de cómo sea el crecimiento el niño, por ejemplo en niños prematuros estos hitos se tardarán más tiempo por el mismo hecho de ser prematuro, lo que la estimulación pretende es que este niño se desarrolle al mismo ritmo que los niños nacidos a término.

HITOS DEL DESARROLLO

Control de la cabeza	<ul style="list-style-type: none"> • En principio, entre los 3 y 4 meses, el niño ya será capaz de girar la cabeza de un lado a otro, de levantarla al estar tumbado y de sustentarla como prolongación de tronco.
Coordinación óculo-manual	<ul style="list-style-type: none"> • La fijación y guiado visual de la mano hacia un objeto de interés, también queda bien establecida durante el mismo período.
Capacidad de sentarse	<ul style="list-style-type: none"> • Entre el 4to y el 5to mes, el niño será capaz de sentarse con apoyo o ayuda. Entre el 6to y el 7mo, sin ella.
La marcha	<ul style="list-style-type: none"> * Los movimientos y desplazamientos que anteceden la alternativamente acción de caminar (reptar, gatear, ponerse de pie y avanzar los pies alternativamente con ayuda) se dan sobre el 8vo mes.

Cabe señalar que las diferencias en el desarrollo de este control entre distintos niños no se ven necesariamente correspondidas con ningún aspecto concreto del desarrollo intelectual o cognitivo. El desarrollo psicomotor se producirá por la doble influencia de la maduración biológica y la estimulación social recibida (en su aceptación más amplia). Sin maduración no hay progreso. Pero la maduración física, biológica por sí sola no

garantiza un desarrollo pleno de las capacidades psicomotoras. El niño precisa actividades que estimulen el aprendizaje de determinadas habilidades.

La meta del desarrollo Psicomotor

Según (Mesonero, 1995), La meta del desarrollo psicomotor es el control del propio cuerpo hasta ser capaz de sacar de él todas las posibilidades de acción y expresión. Ello quiere decir que tal desarrollo implica:

- a) Un comportamiento externo o práxico (la acción)
- b) Un componente interno simbólico (la representación del cuerpo y sus posibilidades de acción).

Entendemos por “desarrollo psicomotor”: el nivel de desarrollo evolutivo alcanzado en los aspectos corporales y musculares (conocimiento del cuerpo y control muscular).

El desarrollo psicomotor se realiza impulsado por un doble estímulo:

- 1) La maduración biológica inherente al proceso de crecimiento calendario madurativo prescrito por los genes o lógica biológica).
- 2) La estimulación social (la intervención del medio, ofreciendo oportunidades de carácter social de dicho desarrollo; relación con la parte abierta del código genético).

Ello indica que, sin maduración biológica, no hay progreso. Pero, la maduración por sí misma no da lugar a desarrollo y menos cuanto más complejas se van haciendo las adquisiciones. La sucesión de las etapas del desarrollo motor depende de la maduración progresiva y de la organización del córtex.

Principios básicos del desarrollo psicomotor

Según (Rodríguez, 1994), manifiesta que:

1. El desarrollo es un proceso continuo que depende básicamente de la maduración del sistema nervioso. La falta de estimulación puede retardarlo. Es inútil intentar con un programa especial de estimulación que un niño comience a andar a los 6 meses o a hablar a los 3 meses porque su sistema nervioso no está preparado.
2. El desarrollo se hace siempre en dirección céfalo-caudal. Lo primero que se adquiere es el control de la cabeza, y el niño aprende a utilizar las manos mucho antes de comenzar a andar.

3. La secuencia del desarrollo es la misma en todos los niños, pero la velocidad varía de unos a otros. Todos aprenden a sentarse antes que andar, pero la edad a la que adquieren estas u otras funciones es variable.

4. Al principio, los estímulos provocan respuestas masivas, que van siendo sustituidas progresivamente por respuestas más específicas e individualizadas. Por ejemplo, el lactante de 4 o 6 meses, cuando ve un objeto que le gusta, da patadas, mueve el tronco, y agita los brazos: en cambio, el niño mayor simplemente sonríe e intenta cogerlo.

5. Algunos de los reflejos primitivos tienen que desaparecer antes de que se adquieran los correspondientes movimientos voluntarios, como sucede, por ejemplo, con la marcha automática y el reflejo de prensión palmar.

Estos principios son importantes al momento de trabajar con un niño, porque son claros y precisos y nos brinda una pauta al momento de diagnosticar algún retraso y a la vez nos ayuda al momento de programar un plan de estimulación temprana. El fin de la estimulación temprana es que el niño disfrute de la etapa en la que se encuentra, mediante juegos, actividades, mas no se trata de acelerar el proceso normal del desarrollo del niño.

Estimulación temprana

Arango de Narváez, 1998, define la estimulación temprana como un proceso natural, que pone en práctica su relación diaria con él bebe, a través de este proceso, el niño irá ejerciendo mayor control sobre el mundo que le rodea, al tiempo que sentirá gran satisfacción al descubrir que puede hacer las cosas por sí mismo.

La estimulación tiene lugar mediante la repetición útil de diferentes eventos sensoriales que aumentan, por una parte, el control emocional, proporcionando al niño una sensación de seguridad y goce; y por la otra, amplía la habilidad mental, que le facilita el aprendizaje, ya que desarrolla destrezas para estimularse a sí mismo a través del juego libre y del ejercicio de la curiosidad, la explotación y la imaginación.

Según (Stein, 2012) estudios científicos, los primeros años de vida son el mejor momento para que las neuronas sean activadas o estimuladas. Es durante los años iniciales de existencia de un ser humano cuando el cuerpo es especialmente receptivo a nuevas experiencias y está particularmente capacitado para aprovecharlas. Más tarde, aún será posible perfeccionar esas conexiones entre neuronas y esos circuitos, pero resultará más difícil, y las más de las veces imposible, crear conexiones. La información navegará por los circuitos creados, pero no se generarán otros nuevos. Por eso, el desarrollo intelectual de una persona depende en gran medida de los circuitos establecidos durante la etapa más adecuada de su vida para hacerlo, es decir durante los primeros años.

Desde que el niño se encuentra en el útero hasta los ocho años aproximadamente, el enriquecimiento del cerebro es consecuencia directa de las conexiones que se efectúan entre las neuronas. Los cinco sentidos (vista, oído, tacto, gusto y olfato) sirven de canal o de vía de entrada para que los estímulos lleguen a las neuronas y descarguen en ellas pequeñas dosis de carga positiva.

Ante esos estímulos, las neuronas reaccionan creando circuitos por los que canalizar esas informaciones. De esa manera, aunque el cerebro aun no pueda entender los mensajes, se prepara para hacerlo más tarde de manera más eficaz.

Es importante que el niño reciba estimulación temprana en sus primeros años de vida, ya que el cerebro se desarrolla un 80% en este tiempo, y es por esa razón que existe la plasticidad cerebral, que no es otra cosa que la capacidad de captar e interiorizar los estímulos brindados del medio, lo cual es importante para el proceso de conexiones sinápticas dentro del sistema nervioso del niño.

Cerebro humano

Según (Stein, 2012) Los seres humanos dependen de los padres durante mucho más tiempo que el resto de animales. El motivo básico reside en el cerebro, cuya maduración es mucho más lenta que el de la mayoría de las especies. Todos hemos visto imágenes de animales que, una vez expulsados del cuerpo materno, se incorporan con cierta dificultad sólo segundos después de haber nacido y, a las pocas horas, ya caminan al lado de sus madres sin aparente dificultad.

Un recién nacido sólo muestra un conjunto extremadamente limitado de capacidades si las comparamos con las que irá adquiriendo con el transcurso de los años. La mayoría de esas habilidades (íntimamente relacionadas con los reflejos) que posee durante sus primeros días, semanas y meses de vida están claramente dirigidas a la supervivencia: succionar con su boca para poder alimentarse, llorar para atraer la atención de su madre o cerrar las manos para intentar aferrarse a aquello que las toca.

Cómo se lleva a cabo

Siguiendo con la explicación anterior (Stein, 2012) La estimulación temprana se basa en la repetición de láminas o unidades de información. Al igual que todos los niños aprenden a hablar por sí mismos (como consecuencia de oír diariamente las palabras que profieren quienes lo rodean), su cerebro es capaz de adquirir toda otra serie de conocimientos mediante la repetición sistemática de estímulos o ejercicios simples. Es, justamente, mediante esa reiteración que se consigue reforzar las áreas neuronales de interés.

Esa repetición útil de diferentes eventos sensoriales tiene múltiples efectos que se potencian mutuamente. Por un lado, amplían su habilidad mental, lo que le facilita el aprendizaje, ya que desarrolla destrezas para estimularse a sí mismo a través del juego libre y del ejercicio de la curiosidad, la explotación y la imaginación. Por otro lado, aumentan el control emocional, proporcionándole al niño una sensación de seguridad y placer.

La estimulación temprana se basa en la repetición de ejercicios que se brinda al niño, porque de esta manera el cerebro del niño va interiorizando esta información y al pasar el tiempo el cerebro del niño reconocerá el ejercicio y lo realizará de manera correcta.

Plan de estimulación temprana

Según (Medina y Posada, 2004,) Es a través de la presencia amorosa, del vínculo afectivo y del mundo contacto, que cobra sentido el llevar a cabo un plan de estimulación temprana con el niño.

Si bien es cierto que los seres humanos poseen un potencial de aprendizaje casi limitado, la finalidad no es ofrecer un programa sistemático de ejercicio que se ejecuten en forma indiscriminada, que aceleren el desarrollo del niño, para involucrarlo tempranamente en una carrera competitiva de aprendizaje. Tampoco pretende llenar a los padres de mandatos unilaterales con la idea de darles el secreto de “cómo educar a su hijo”, diciéndoles qué deben o qué no deben hacer, lo que de alguna manera puede alejarlos de su propia sabiduría.

Sin embargo, muchas nociones prácticas, surgidas de la investigación y de la experiencia como profesionales y madres, que enriquezcan la tarea más delicada y trascendental del mundo “la de ser padre”, son inmensamente valiosas. La relación con un hijo es tan profunda y definitiva, que no puede tomarse con ligereza, ni dejarle todo al azar.

Es importante que el profesional que realice estimulación temprana desarrolle un plan de intervención el cual debe realizarse acorde a las necesidades de cada uno de los niños, es decir, el plan de estimulación temprana debe ser individualizado, ya que cada niño posee deficiencias en distintas áreas del desarrollo, por lo cual es necesario aplicar un test del desarrollo para poder identificar el área que requiere de más trabajo a comparación de las demás.

Carácter integral de la estimulación, áreas del desarrollo.

Según (Medina y Posada, 2004,) Existen en el ser humano distintas dimensiones que evolucionan a lo largo de la vida, cubriendo diferentes etapas, hasta alcanzar la madurez. Estas dimensiones encajan en áreas del desarrollo, las cuales es imposible considerar aisladamente; cada una incide en las demás, afirmando la condición integral del ser humano.

Es fundamental tener en cuenta las diferentes áreas que integran el desarrollo humano, de manera que todas sean estimuladas de acuerdo con las características propias de cada etapa. Estas son:

Áreas de la estimulación temprana

Lenguaje

Según (Arango de Narváez y otros, 2006) El lenguaje es una característica que distingue al ser humano de los animales. El lenguaje infantil es un proceso estrechamente relacionado con el desarrollo total del niño, y su evolución, parece simple, pero resulta ser más complicada y menos lógica de lo que estimamos. A siguiente, una síntesis de la manera en que el niño con el transcurso de los años va alcanzando cada vez más una mayor complejidad en la evolución del mismo.

En los meses iniciales de vida del niño se dice que se encuentra en la etapa de pre-lenguaje, ya que durante los primeros meses solo se comunica con los adultos por medio de lo que se ha denominado el primer grito, el cual convierte en lenguaje, gracias a que los padres lo toman como un signo de las necesidades de bebé. Pasa luego a balbuceo, el cual puede aparecer desde el primer mes de vida y constituye respuestas a estímulos o del todo específico, llegando a reproducir todos los sonidos imaginables; poco a poco va reduciendo todos estos sonidos, mientras la emisión de otros nuevos se toma cada vez más intencional.

Aproximadamente desde el primer año hasta el segundo año y medio se presenta en el infante lo que se ha llamado el primer lenguaje, en el cual el aporte de los padres es indispensable, ya que en el niño el lenguaje se crea copiando, aunque la imitación a esta edad no sea una copia fiel (ya que él produce un desvío creador, eliminando algunas de las partes de la conversación o modificándolas ampliamente).

Es entonces a partir de los tres años cuando se habla de que el niño tiene en sí el lenguaje, se destaca aquí nuevamente el papel importante del adulto para ayudarlo a salir de su primer lenguaje; una de las manifestaciones evidentes de evolución en el lenguaje es el cambio de actitudes que el niño tiene frente al lenguaje adulto, expresadas, por ejemplo, en el gusto por las historias que le relatan; la insistencia en su continuación o repetición.

Entre los tres y cinco años y medio el niño debe dominar alrededor de 1.500 palabras, utilizando en muchos casos vocablos sin antes haber determinado claramente su sentido.

Es normal que el lenguaje del niño evolucione escandalosamente, encontrando que a periodos de adquisición intensa les suceden etapas de titubeos, de búsqueda y a veces inclusive de mutismo. Por esto es importante estimular directamente y en todas las etapas del lenguaje hablado, para que el niño se enfrente a estas dificultades de lenguaje con

seguridad y logre superarlas con rapidez. Es conveniente reconocer en el niño su individualidad en el aprendizaje del lenguaje, no existe reglas que determinen a qué edad deben los niños decir sus primeras palabras; pero sí se sabe con certeza que la riqueza en el vocabulario de un niño está influenciada por los estímulos familiares y ambientales que le rodean.

Así mismo es importante aclarar que el lenguaje y el desarrollo cognoscitivo están estrechamente relacionados, y vemos entonces cómo el pensamiento se realiza en el lenguaje; así, cuanto más preciso sea el lenguaje, tanto más elevado será el nivel mental y tanto mejores la cognición y la actividad creadora en los niños.

El lenguaje del niño entonces, se desarrolla apenas nace, el cual se hace presente mediante el llanto, el niño tiene un llanto específico para cada necesidad: hambre, sueño, dolor. Conforme pasan los meses, el niño ya tiende a hacer gorjeos, balbuceos. Estos se perfeccionan con los años y aparecen las primeras palabras del niño, logrando tener una mejor comunicación con las personas que cuidan de él.

Área socio-afectiva

Es mediante el juego como el niño expresa sus sentimientos y sus conflictos, y escogiendo juegos en los que le sea necesaria la cooperación de niños de su misma edad, logra llenar sus necesidades socio-afectivas.

Esta es una función social importante, ya que gracias a él se realizan los ideales de convivencia en comunidad. Su influencia emocional es vital porque ayudará a que el niño adquiera confianza y seguridad en sí mismo, descargue sus emociones y dé así escapatoria a su agresividad y a sus temores.

Influye también en la capacidad afectiva, el cariño por las demás personas, el reconocimiento y la gratitud, aprende a callar para dejar que otro hable; a aceptar posiciones diferentes y a defender las propias, ya que en él se realizan todo tipo de actividades que comparten la colaboración, y el diálogo y el encuentro en comunidad.

El juego influye en el desarrollo ya que es una práctica basada en reglas y leyes, en el respeto por el otro, la credibilidad y la confianza, permitiéndole entrar en contacto consigo mismo y con la dinámica de los valores sociales desde muy temprana edad. La aceptación de estas por parte del niño constituye una escuela para la formación de la voluntad.

El juego es el campo de acción en el cual el niño aprende a dirigir su conducta, porque es un sistema en extremo complejo de reglas y código legal propio. Tales reglas aparecen gradualmente en los juegos de los niños y reflejan los primeros intentos de organización de los hábitos emocionales, mentales y sociales. Así, por ejemplo: el gusto por los juegos repetitivos es el esbozo de un orden, tan necesario en los primeros años de vida.

El ordenamiento de las cosas supone también orden en las acciones, dejando en ello su sello personal. A su vez este genera gusto por las reglas y dominio de su conducta, ya que por medio de estas reglas es como el niño manifiesta su permanencia, su voluntad y su autonomía.

El desarrollo del área afectiva es importante en la vida de un niño, ya que depende de esta área el desarrollo de la personalidad y de la formación del carácter sentimental del niño, es por esta razón que se recomienda que se trabaje en el vínculo afectivo desde la etapa pre-natal del niño por medio de masajes, caricias, canciones y el hablar directamente con él. El afecto que brinda la mamá a su hijo es importante para el desarrollo del niño, es por esto que es una de las áreas más importantes en la que interviene la estimulación temprana.

Área Motora

Según (Medina y Posada, 2004.), Este aspecto contempla todo lo relacionado con el movimiento. Las primeras reacciones del recién nacido tienen un carácter motor y son evidentes a través de sus reflejos. Éstos son respuestas automáticas e inconscientes, que con los meses irán perdiendo al carácter de tales, para convertirse en respuestas o conductas deliberadas.

Poco a poco y por efecto de la maduración gradual del sistema nervioso, los movimientos y ajustes del cuerpo en el espacio logran un objetivo exploratorio, y es a través de ellos que el niño empieza a tener mayor información sobre sí mismo y sobre el mundo que le rodea. De este modo, el movimiento se constituye en un gran pilar de aprendizaje, de la efectividad y del desarrollo intelectual.

Dentro de la motricidad se encuentran dos subdivisiones: la motricidad fina, abarca todos los movimientos que tienen que ver con las manos, es decir movimientos finos y precisos, como: pinza digital; la motricidad gruesa, abarca todos los movimientos que realizan las extremidades tanto superiores como inferiores, como: control cefálico, gateo, sedestación, bipedestación, etc.

El desarrollo motriz del niño es importante para la movilidad del mismo, por lo cual la estimulación temprana trabaja con una serie de ejercicios que brindan estímulos para el desarrollo tanto de la motricidad gruesa, (que corresponde a movimientos de extremidades), como de la motricidad fina (movimientos precisos y finos).

Área cognoscitiva

Este aspecto que contempla el desarrollo intelectual, hace referencia a la forma como el niño conoce el medio que lo rodea, respondiendo y actuando sobre él. Durante los primeros meses este conocimiento del mundo se realiza a través de los sentidos, que, con el movimiento, edifican el desarrollo del pensamiento. A medida que pasan los meses, el niño va asociando la información que recibe por los diferentes canales sensoriales (“une” lo que ve, con lo que oye, siente o huele) para lograr destrezas más complejas, anticipar las situaciones o respuestas del medio y así mismo ajustar sus acciones.

Dado que los niños aprenden a través de los sentidos, es fundamental proporcionar experiencias en las que se contemplan todos los canales de información:

El tacto: la piel es una de las principales fuentes de “alimento” afectivo para el ser humano. Es el toque físico la mayor forma de reconocimiento humano y es el que establece los primeros cimientos de sus relaciones afectivas. Pero es también por medio del tacto, que el niño experimenta la forma, textura, tamaño y otras características de los objetos. Es uno de los más valiosos medios de que dispone para explorar el mundo y aprender.

La visión: es a través de este sentido que el bebé descubre la luz, percibe las formas y colores, los rostros humanos, el movimiento de los objetos. Logra también con sus ojos, percibir la profundidad o las distancias en el espacio. Aunque muchas de las funciones visuales son estructuradas en el periodo prenatal, es evidente que la estimulación ambiental es fundamental en el desarrollo anatómico y funcional del sistema visual.

La audición: Este sentido le proporciona al organismo un medio para localizar y discriminar el sonido. El desarrollo del oído está estrechamente relacionado con el desarrollo del lenguaje y es el primer sentido en desarrollarse completamente. Desde la vida intrauterina, el bebé percibe ruidos del cuerpo de su madre, como también la música u otros sonidos del medio. Desde el nacimiento es sensible al ritmo y a los sonidos de baja frecuencia. Las habilidades auditivas que va adquiriendo, son fundamentales en el

reconocimiento de las personas y precursores de la identificación de sonidos fonéticos para la futura entonación y estructuración del lenguaje.

El olfato: es uno de los sentidos más desarrollados al nacer; el pequeño distingue el olor de su madre de los demás olores y lo prefiere, pues lo asocia con situaciones placenteras de alimentación, abrigo o caricias. El sentido del olfato está relacionado con la memoria y las emociones y estas conexiones empiezan a formarse desde las primeras semanas de vida.

El gusto: al nacer el niño posee ya una sensibilidad gustativa, pues en su lengua y paladar blando existen miles de receptores (papilas) que responden en forma especializada a los sabores dulce, salado, amargo y ácido. Las experiencias que se le ofrezcan, le permitirán posteriormente, reconocer y discriminar, preferir o rechazar determinados sabores.

El sentido vestibular: este sistema ayuda a responder a los movimientos del cuerpo en el espacio y experimentar los cambios de posición, necesarios para mantener el equilibrio y la postura. Coordina los movimientos de los ojos, la cabeza y el cuerpo, para orientarlos con relación al espacio.

El sentido propioceptivo: posee receptores en los músculos y articulaciones que informan al cerebro acerca de la ubicación de las partes del cuerpo y su movimiento. Este sentido hace posible que una persona guíe los movimientos de sus brazos y piernas sin tener que observar cada acción y ajuste su postura para actuar en forma coordinada.

Estrategias de tratamiento

1 A 3 MESES

Motricidad gruesa

Objetivos

- Reforzar los músculos del cuerpo
- Desarrollar distintas posiciones posturales
- Desarrollar la percepción sensorial

Actividades

- Colocar al paciente en posición supina sobre la colchoneta, realizar flexiones y movimientos circulares con las piernas y brazos.

- Colocar al paciente en posición supina sobre la colchoneta, motivarlo a que agarra los dedos pulgares del terapeuta, y levantarlo suavemente por poca altura.
- Colocar al paciente en posición supina sobre una colchoneta, cogerlo de sus manos, luego separar sus manos hacia el lado correspondiente.
- Colocar al paciente en posición prono sobre la colchoneta, estimulando el control cefálico.
- Cambiar de posición al paciente de supino a prono sobre una colchoneta, estimulando el control cefálico.
- Colocar al niño (a) sobre una pelota fitness, en posiciones alternadas: prono, supino. Mover al niño (a) de izquierda-derecha, adelante-atrás.
- Colocar al niño (a) sobre un rodillo, moverlo de adelante hacia atrás.
- Acostar al niño (a) en posición supina sobre la colchoneta, pasar sobre el cuerpo del paciente varias texturas.

Motricidad fina

Objetivos

- Estimular movimientos en manos
- Reforzar el agarre

Actividades

- El terapeuta debe colocar sus dedos pulgares en las manos del niño (a), a fin de que los agarre fuerte.
- Colocar sobre el niño (a) un móvil de juguetes con colores para que intente llevar sus manos a su línea media
- Colocar en las palmas de las manos del niño (a) sonajeros que tengan el mango largo y un poco grueso, para que los agarre.
- Dar masajes en las palmas de las manos del niño (a), para estimular el agarre.
- Colocar juguetes en una silla, luego sentarnos con el niño (a) y hacer que intente agarrarlos. Cada vez ir acercándonos más hasta que lo agarre.
- Colocar al niño (a) en posición supina, luego indicarle un juguete a la altura de su línea media, para que sus manos vayan a la misma.

- Poner en las manos del niño (a) tiras de esponja: finas y gruesas. Para que el paciente los agarre.
- Colocar diferentes texturas sobre las manos del niño (a).

4 A 6 MESES

Motricidad gruesa

Objetivos

- Reforzar músculos de piernas y brazos
- Estimular la sedestación
- Realizar giros

Actividades

- Colocar el niño (a) en posición supina sobre una colchoneta, realizar ejercicios de flexión y extensión en piernas y brazos.
- Tomar al niño (a) de las caderas, luego alzarlo y moverlo suavemente de derecha a izquierda, para tonificar músculos de espalda y piernas.
- Colocar al niño (a) en posición supina sobre la colchoneta, extender sus piernas una por vez, hacia el extremo contrario. La derecha hacia arriba a la izquierda y la pierna izquierda hacia arriba a la derecha.
- Colocar al niño (a) en posición prona, tomarlo de sus caderas y alzarlo, para que extienda sus brazos completamente. Similar al juego de “la carretilla”.
- Colocar al niño (a) en posición prona, realizar masajes sobre su nuca y su columna vertebral, para estimular movimientos.
- Sentar al niño (a) sobre la colchoneta, empujar levemente hacia cada lado, procurando que ponga su mano que corresponde, como apoyo.
- Sentar al niño (a) sobre la pelota fitness, tomarlo de sus caderas y realizar movimientos circulares.
- Colocar al niño (a) en posición supina sobre la colchoneta, tomarlo de sus manos y alzarlo para que se logre sentar.
- Colocar al niño (a) en posición supina, flexionar la pierna y colocarla al lado contrario, colocándolo en posición de cúbito lateral. Realizar el ejercicio alternando las piernas.
- Mostrar al niño (a) un objeto sonoro en cada lado del cuerpo: derecha e izquierda, para que lo intente tomar y logre girar a cada lado.

Motricidad fina

Objetivos

- Ejercitar la presión palmar
- Desarrollar la coordinación óculo-manual
- Incrementar la habilidad en la manipulación de objetos.

Actividades

- Acostar al niño (a) en posición supina sobre la colchoneta, dar una soga para que él la tome. Jalar la soga para que el paciente agarre fuerte y pueda sentarse.
- Dar al niño (a) cubos de madera pequeños, realizar una torre con las mismas, incentivar para que el niño (a) lo realice.
- Brindar al niño (a) material para apilar, mostrarle como se debe realizar para que el niño (a) lo realice solo.
- Brindar al niño (a) material para encajar, mostrarle como se debe realizar, para que lo realice solo.
- Dar al niño (a) un objeto pequeño, cuando lo lleve a la línea media, acercar su otra mano hacia el objeto, para que pase el objeto de una mano a otra.
- Dar al niño (a) pedazos de papel crepé, para que lo manipule libremente y lo arrugue.
- Colocar varios objetos pequeños sobre la colchoneta, para que el niño (a) pueda manipularlos libremente.
- Mostar al niño (a) objetos llamativos y sonoros sobre su línea media para que intente alcanzarlos.

7 A 9 MESES

Motricidad gruesa

Objetivos

- Estimular el gateo.
- Fortalecer la sedestación.
- Desarrollar la bipedestación.

Actividades

- Colocar al niño (a) sobre la colchoneta en posición prono, flexionar las piernas colocándolas en forma de “rana”, con las manos del terapeuta empujar desde la planta de los pies, para que se arrastre.
- Colocar al niño (a) sobre la colchoneta en posición prona, tomar de las caderas del paciente y alzarlo, quedando en posición de cuatro puntos.
- Colocar al niño (a) en cuatro puntos, mover su pierna derecha hacia delante, para que saque la mano izquierda. Realizar este ejercicio alternando el movimiento de las piernas.
- En posición de gateo, dar al niño (a) un objeto para que lo agarre con una mano, haciendo equilibrio en la otra.
- Colocar objetos en el piso para que el niño (a) los esquive cuando esté gateando
- Sentar al niño (a) sobre la pelota fitness, tomarlo de sus caderas y llevarlo hacia delante, a los lados y hacia atrás. El niño (a) deberá tener su espalda firme.
- Sentar al niño (a) sobre la colchoneta, poner objetos sonoros frente a él, para que los alcance sin caerse hacia los lados
- Colocar al niño (a) sobre una silla, pararlo y tomando de sus manos, balancearlo hacia delante y atrás.
- Parar al niño (a) sobre una silla, tomando de las manos, hacer que el paciente flexione sus piernas y vuelva a pararse.
- Colocar al niño (a) arrodillado frente a una silla, e incentivar a que se levante apoyándose en la misma.

Motricidad fina

Objetivos

- Fortalecer la coordinación óculo manual.
- Mejorar la habilidad motriz.
- Desarrollar la utilización de la pinza digital.

Actividades

- Dar al niño (a) cubos pequeños de madera, dejar que los manipule, procurando que los agarre con su dedo pulgar e índice.
- Colocar un objeto sonoro en la mano del niño (a), luego acercar la otra mano para que lo agarre, pasándose de mano.

- Dar al niño (a) un tambor pequeño, para que agarre y los utilice para hacer sonar el tambor. Alternar las manos.
- Dar al niño (a) un auto con una soga, la cual sirva para que la agarre y haga que el auto se mueva jalando de la misma.
- Dar al niño (a) cubos pequeños de madera, para que intente apilarlos formando una torre.
- Dar al niño (a) material para encajar. Hacer la demostración para que después el niño (a) lo realice solo.
- Colocar porotos sobre una bandeja, luego pedir al niño (a) que los tome uno por uno utilizando la pinza digital, entro de una botella.
- Dar un pedazo de plastilina al niño (a), luego pedirle que nos dé pedazos pequeños, utilizando su pinza digital.

10 A 12 MESES

Motricidad gruesa

Objetivos

- Reforzar la habilidad motriz.
- Desarrollar el equilibrio.
- Aumentar la percepción en pies.

Actividades

- Realizar ejercicio para perfeccionar el gateo: gatear con obstáculos. Subir y bajar gradas.
- Realizar ejercicios de calentamiento: flexión y extensión de miembros inferiores.
- Tomar de la mano del niño (a) y hacer que camine por todo el consultorio.
- Darle una pelota fitness para que empuje la misma.
- Con la ayuda del representante del niño (a), tomar un cordón a lo largo y hacer que el niño (a) avance de un extremo a otro, sujetándose de la soga.
- Colocar al niño (a) parado sobre los pies del terapeuta, y avanzar lentamente para que se familiarice con los pasos
- Pegar globos en la pared a la altura del niño (a) cuando está parado, colocar una silla para que se pare y se apoye en la misma y tome los globos.

- Colocar diferentes texturas dentro de unas bandejas, luego hacer que el niño (a) meta sus pies en cada una.
- Colocar al niño (a) en posición supina, sacar sus medias y proceder a pasar diferentes texturas sobre los pies del paciente.
- Hacer que el niño (a) camine sobre una alfombra áspera y otra suave, con la ayuda del estimulador temprano.

Motricidad fina

Objetivos

- Fortalecer la coordinación óculo motriz
- Incrementar habilidad motriz
- Desarrollar la manipulación de objetivos

Actividades

- Colocar plastilina y mostrar al niño (a) como hundir un palito, para que el paciente lo hunda y lo saque varias veces.
- Dar objetos pequeños al niño (a) y decirle que deba meter en una caja. Hacer que el paciente meta todos los objetos en la caja.
- Brindar al niño (a) objetos en el cual deba presionar botones, girar manijas, etc.
- Colocar botellas que tengan tapa rosca, y pedir al niño (a) que coloque las tapas en los recipientes y que las cierre.
- Colocar sonajeros dentro de una caja, pedir que meta la mano y saque de la caja. Una vez que los saque pedir que los vuelva a meter.
- Darle al niño (a) cubos de madera pequeños, mostrar cómo se hacen torres y hacer que el paciente lo realice solo.
- Brindar al niño (a) material de encaje con agujeros de diferentes tamaños, para que comience a diferenciar tamaños.
- Dar al niño (a) palitos pequeños para que los introduzca en una botella de plástico.

Escala Nelson Ortiz

La escala es un instrumento diseñado para realizar una valoración global y general de determinadas áreas del desarrollo.

Se han incluido algunos indicadores claves para detectar casos de alto riesgo de detención o retardo, y los criterios utilizados para la ubicación de los indicadores en cada rango de edad maximizan la posibilidad de que los niños con alteraciones puedan ser detectados.

Esta escala propone evaluar áreas básicas del desarrollo, estas son: motricidad gruesa, motricidad fina, audición y lenguaje y personal social. Para cada una de ellas existen diferentes ítems o acciones que el niño (a) debería realizar para su edad.

Motricidad gruesa

Según (Fernández, 2010), La motricidad gruesa corresponde a los movimientos coordinados de todo el cuerpo. Esto le va a permitir al niño coordinar grandes grupos musculares, los cuales intervienen en los mecanismos del control postural, el equilibrio y los desplazamientos.

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, de acuerdo con la madurez.

Se entiende por motricidad gruesa la capacidad y habilidad del cuerpo a desempeñar movimientos grandes, como gatear, caminar o saltar.

Motricidad fina

Según (Rigal, 2007), La motricidad fina se refiere básicamente a las actividades motrices manuales o manipulatorias (utilización de dedos, a veces los dedos de los pies) lo más habitual guiadas visualmente y que necesitan destreza.

Según, (Meson), La motricidad fina implica un nivel elevado de maduración y un aprendizaje largo para la adquisición plena de cada uno de sus aspectos, ya que hay diferentes niveles de dificultad y precisión.

Audición y lenguaje

Según (Bolaños, 2005), La estimulación del lenguaje tendrá dos finalidades: una encaminada a lograr que el niño se comunique por medio del lenguaje hablado (lenguaje expresivo) y la otra a que comprenda lo que se habla (lenguaje receptivo).

“Por lenguaje se entiende un sistema de códigos con la ayuda de los cuales se designan los objetos del mundo exterior, sus acciones, cualidades, y relaciones entre los mismos” (Luria, 1977).

“Un lenguaje es un conjunto finito o infinito de oraciones, cada una de ellas de longitud finita y construida a partir de un conjunto finito de elementos”. (Chomsky, 1957).

“El lenguaje es un subconjunto de procesos en el conjunto de procedimientos disponibles para algunos organismos, -por ejemplo, los humanos- en su intento de adaptación a su entorno psíquico y social”. (Santacruz, 1987).

Según (Muñoz, 2009), Una de las definiciones más útiles para los profesionales del área y que mejor recoge los diferentes aspectos que intervienen en esta compleja función es la formulada por Lecours y Lhermitte en el año 1979:

“El lenguaje es el resultado de una actividad nerviosa compleja que permite la comunicación interindividual de estados psíquicos a través de la materialización de signos multimodales que simbolizan estos estados de acuerdo con una convención propia de una comunidad lingüística” (Lecours y Lhermitte, 1979; extraído de Peña, 1988).

Personal social

Según (UNAM, Págs. 30) Abarca el manejo de pautas de conducta adecuadas, en relación a sí mismo, a los demás, poniendo en práctica las costumbres y valores de la comunidad.

Según (Ibáñez, 2014). Área social: su campo es el desarrollo de la afectividad y de la relación con los otros, guarda estrecha relación con el área del lenguaje (también se llama personal; socio afectiva-emocional/afectivo emocional).

Según (Rodríguez, 2005). Esta área abarca, por un lado, el proceso por medio el cual el niño aprende a comportarse dentro del grupo familiar, de amigos; y las etapas afectivas por las que va pasando desde que nace, cuando es por completo dependiente de los otros, hasta que logra adquirir un alto grado de independencia.

Calificación y registro de los datos

La calificación de la prueba es sumamente sencilla, se trata fundamentalmente de registrar para cada una de las áreas, si el ítem o acción en cuestión ha sido observado o no.

Para ello se utiliza el siguiente sistema de códigos:

- Si el ítem en cuestión ha sido efectivamente observado en la evaluación, o la madre reporta su realización, codifique 1 al ítem evaluado.
- Si el ítem no se observa, o la madre reporta que el niño no presenta la conducta correspondiente, codifique 0.

Este procedimiento deberá seguirse para todos y cada uno de los ítems, ningún ítem de los evaluados puede quedar en blanco, ya que esto impedirá el adecuado seguimiento del niño con relación a las evaluaciones posteriores.

Para obtener la calificación global para cada área, se contabiliza el número de ítems aprobados (calificados con 1), se suma el número de ítems anteriores al primer ítem aprobado y se obtiene así el puntaje para cada área (motricidad gruesa, motricidad fina, audición y lenguaje, personal social). Para obtener el puntaje total se suman todos los puntajes parciales obtenidos en cada una de las áreas y según la cantidad de puntos se establece si el niño (a) se encuentra en estado de: alerta, medio, medio alto, alto. Cada uno de estos estados representa el nivel de desarrollo psicomotriz que presenta el evaluado, siendo “alerta” un estado en el que el niño (a) no cumple con los hitos del neurodesarrollo correspondiente a su edad, y “alto” aquel niño (a) que cumple con los hitos correspondientes a su edad.

Materiales y métodos

Método: observacional.

Investigación: esta investigación pretende ser cuantitativa, no experimental descriptiva.

Tipo de estudio: descriptivo y de corte longitudinal.

Tipo de muestreo: no probabilístico de tipo accidental o por casualidad.

Instrumentos: utilizaremos la escala de Nelson Ortiz que permite evaluar el desarrollo psicomotriz e historias clínicas.

Evaluaremos a 20 bebés nacidos prematuros entre 26 y 37 semanas, y se mostrarán los cambios producidos que se logran gracias a la estimulación temprana.

Criterios de inclusión

- Aquellos prematuros que hayan nacido entre las 26 y 37 semanas de gestación intrauterina en Salta, Argentina.
- Prematuros que reciban estimulación temprana en el Hospital Materno Infantil de Salta.

Criterios de exclusión

- Aquellos prematuros que presenten patología crónica diagnosticada

Análisis y recolección de datos

PACIENTE N° 1

FECHA DE INGRESO: 2017

FECHA DE NACIMIENTO: 25/08/17

EDAD: 7 MESES

PARTO NORMAL – ruptura de bolsa

27 SG

PESO: 900 g

Al ingreso el paciente presenta control cefálico fruto de su tono muy alto, no logra sentarse solo y se arrastra en posición boca abajo, es atento, tiene la capacidad de manipular objetos, imita aplausos y reconoce cuando se lo llama.

PRIMER EVALUACION PACIENTE N°1

	EDAD 7 MESES				
	PUNTAJE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
MOTRICIDAD GRUESA	9		X		
MOTRICIDAD FINA	10		X		
AUDICION Y LENGUAJE	8		X		
PERSONAL SOCIAL	8		X		
TOTAL	35		X		

ANALISIS

El paciente, obtiene en el área de motricidad gruesa un puntaje de 9, (medio); en el área de motricidad fina el paciente obtiene un puntaje de 10, (medio); en el área de audición y lenguaje obtiene un puntaje de 8, (medio); en el área de personal social logra un puntaje de 8 (medio), y finalmente llega a un total de treinta y cinco, ubicándolo en un nivel de desarrollo psicomotriz de “MEDIO”.

Al paciente se le otorgaron 24 sesiones de las cuales concurrió 20.

Durante el tratamiento se notó una gran mejoría ya que había cooperación por parte de la familia, y a su vez el niño (a) no se encontraba irritable.

ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO

Se colocó al niño (a) sobre la colchoneta en posición prono, flexionando las piernas en forma de “rana”, y la kinesióloga colocó sus manos en la planta de los pies del bebé para posteriormente empujarlos para que se arrastre.

Se colocó al niño (a) en cuatro puntos, y la terapeuta movió su pierna derecha hacia delante, para que saque la mano izquierda. Se realizó este ejercicio alternando el movimiento de las piernas.

En posición de gateo, se le dio al niño (a) un objeto para que lo agarre con una mano, buscando que realice equilibrio en la otra.

A su vez se realizaron ejercicios para fortalecer la sedestación y desarrollar la bipedestación.

EVALUCION FINAL PACIENTE N° 1

	EDAD 10 MESES				
	PUNTAJE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
MOTRICIDAD GRUESA	14			X	
MOTRICIDAD FINA	14			X	
AUDICION Y LENGUAJE	14			X	

PERSONAL SOCIAL	14			X	
TOTAL	56			X	

ANALISIS

El paciente, obtiene en el área de motricidad gruesa tiene un puntaje de 14, (medio alto); en el área de motricidad fina el paciente obtiene un puntaje de 14, (medio alto); en el área de audición y lenguaje obtiene un puntaje de 14, (medio alto); en el área de personal social el paciente obtiene un puntaje de 14 (medio alto), y finalmente obtiene un puntaje de cincuenta y seis, ubicándolo en un nivel de desarrollo psicomotriz de “MEDIO ALTO”.

RESULTADO

Según los datos obtenidos el paciente numero 1 obtiene un nivel de desarrollo medio alto. El niño (a) mejora el nivel con el que inicio las sesiones, cumpliendo con el hito de desarrollo en el que se encuentra.

PACIENTE N° 2

FECHA DE INGRESO: 2017

FECHA DE NACIMIENTO: 26/05/17

EDAD: 7 MESES

PARTO POR CESAREA – controlado desde los cinco meses- ruptura de bolsa

33 SG

PESO AL NACER: 1500 g

Al ingreso el paciente logra mirar objetos, pero con inclinación izquierda, no hay línea media, pateo con flexión y extensión que supera la cadera. No hay sedestación ni equilibrio.

PRIMER EVALUACION PACIENTE N°2

	EDAD 7 MESES				
	PUNTAJE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
MOTRICIDAD GRUESA	4	X			
MOTRICIDAD FINA	5	X			
AUDICION Y LENGUAJE	7	X			
PERSONAL SOCIAL	5	X			
TOTAL	21	X			

ANALISIS

El paciente, obtiene en el área de motricidad gruesa tiene un puntaje de 4, (alerta); en el área de motricidad fina el paciente obtiene un puntaje de 5, (alerta); en el área de audición y lenguaje obtiene un puntaje de 7, (alerta); en el área de personal social el paciente obtiene un puntaje de 5 (alerta), y finalmente obtiene un puntaje de veintiuno, ubicándolo en un nivel de desarrollo psicomotriz de “ALERTA”.

Al paciente se le otorgaron 24 sesiones de las cuales concurrió 22.

Desde la primera sesión se notaron mejorías, ya que se encontraba en un estado de alerta.

ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO

Se posiciono al paciente en supino en la panza de su mama para obtener línea media y organizar el pataleo

Se colocó al niño (a) en posición prono sobre un rolo con el fin de elongar la cadena muscular posterior y así obtener un mejor control de cabeza para posteriormente lograr el apoyo de las rodillas y los miembros superiores. Esto ayudo al control de tronco lo cual permitió mayor libertad y manipulación de objetos.

Se colocó al niño (a) sobre la colchoneta en posición prono, flexionando las piernas en forma de “rana”, y la kinesióloga colocó sus manos en la planta de los pies del bebé para posteriormente empujarlos para que se arrastre.

A su vez se realizaron ejercicios para fortalecer la sedestación y desarrollar la bipedestación.

EVALUCION FINAL PACIENTE N° 2

	EDAD 10 MESES				
	PUNTAJE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
MOTRICIDAD GRUESA	14			X	
MOTRICIDAD FINA	14			X	
AUDICION Y LENGUAJE	14			X	
PERSONAL SOCIAL	14			X	
TOTAL	56			X	

ANALISIS

El paciente, obtiene en el área de motricidad gruesa un puntaje de 14, (medio alto); en el área de motricidad fina el paciente obtiene un puntaje de 14, (medio alto); en el área de audición y lenguaje obtiene un puntaje de 14, (medio alto); en el área de personal social el paciente obtiene un puntaje de 14 (medio alto), y finalmente obtiene un puntaje de cincuenta y seis, ubicándolo en un nivel de desarrollo psicomotriz de “MEDIO ALTO”.

RESULTADO

Según los datos obtenidos el paciente número 2 obtiene un nivel de desarrollo medio alto. El niño (a) mejora el nivel con el que inicio las sesiones, cumpliendo con el hito de desarrollo en el que se encuentra.

PACIENTE N° 3

FECHA DE INGRESO: 2017

FECHA DE NACIMIENTO: 06/02/17

EDAD: 3 MESES

PARTO NORMAL – embarazo controlado

37 SG

PESO: 2500 g

Al ingreso el paciente presenta tono alto con patrón extensor, los miembros superiores no logra despegarlos del cuerpo, se nota un leve control cefálico y no presenta línea media

PRIMER EVALUACION PACIENTE N°3

	EDAD 3 MESES				
	PUNTAJE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
MOTRICIDAD GRUESA	1	X			
MOTRICIDAD FINA	1	X			
AUDICION Y LENGUAJE	2	X			
PERSONAL SOCIAL	2	X			
TOTAL	6	X			

ANALISIS

El paciente, obtiene en el área de motricidad gruesa tiene un puntaje de 1, (alerta); en el área de motricidad fina el paciente obtiene un puntaje de 1, (alerta); en el área de audición y lenguaje obtiene un puntaje de 2, (alerta); en el área de personal social el paciente

obtiene un puntaje de 2 (alerta), y finalmente obtiene un puntaje de seis, ubicándolo en un nivel de desarrollo psicomotriz de “ALERTA”.

Al paciente se le otorgaron 24 sesiones de las cuales concurrió menos de la mitad.

A lo largo de las sesiones se pudo observar que la familia no estaba comprometida con el tratamiento ya que se le pidió reiteradas veces a la madre la importancia de las sesiones y que no debía faltar, también se le dieron indicaciones sobre la AVD: vestido/desvestido y como debía hablarlo para estimular la línea media.

ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO

Se colocó al paciente en posición supina sobre la camilla realizando movimientos circulares con piernas y brazos.

En posición prona se buscó estimular el control cefálico

Se lo colocó en el rolo haciendo movimientos hacia adelante y hacia atrás a fin de otorgar información a las caderas.

EVALUCION FINAL PACIENTE N° 3

	EDAD 6 MESES				
	PUNTAJE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
MOTRICIDAD GRUESA	7			X	
MOTRICIDAD FINA	7			X	
AUDICION Y LENGUAJE	5		X		
PERSONAL SOCIAL	5		X		
TOTAL	24		X		

ANALISIS

El paciente, obtiene en el área de motricidad gruesa tiene un puntaje de 7, (medio alto); en el área de motricidad fina el paciente obtiene un puntaje de 7, (medio alto); en el área de audición y lenguaje obtiene un puntaje de 5, (medio); en el área de personal social el paciente obtiene un puntaje de 5 (medio), y finalmente obtiene un puntaje de veinticuatro, ubicándolo en un nivel de desarrollo psicomotriz de “MEDIO”.

RESULTADO

Según los datos obtenidos el paciente numero 3 obtiene un nivel de desarrollo medio. El niño (a) aun no logra ciertos ítems, pero realizo algunas actividades que no hacía antes, lo que hace que el desarrollo psicomotriz aumente, pero no lo esperado, debido a que las indicaciones que se les otorgaron a la madre no fueron cumplidas por lo tanto no se logró lo esperado.

PACIENTE N° 4

FECHA DE INGRESO: 2017

FECHA DE NACIMIENTO: 27/03/17

EDAD: 8 MESES

PARTO NORMAL – embarazo controlado

27 SG

PESO: 1000 g

Al ingreso el paciente presenta la escapula izquierda más aducida que la derecha, y para tomar un objeto de ese lado realiza un abducción más una rotación anterior de hombro. No se sienta solo, pero si realiza movimientos de rotación.

PRIMER EVALUACION PACIENTE N°4

	EDAD 8 MESES				
	PUNTAJE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO

MOTRICIDAD GRUESA	9		X		
MOTRICIDAD FINA	6	X			
AUDICION Y LENGUAJE	10		X		
PERSONAL SOCIAL	10		X		
TOTAL	35		X		

ANALISIS

El paciente, obtiene en el área de motricidad gruesa tiene un puntaje de 9, (medio); en el área de motricidad fina el paciente obtiene un puntaje de 6, (alerta); en el área de audición y lenguaje obtiene un puntaje de 10, (medio); en el área de personal social el paciente obtiene un puntaje de 10 (medio), y finalmente obtiene un puntaje de treinta y cinco, ubicándolo en un nivel de desarrollo psicomotriz de “MEDIO”.

Al paciente se le otorgaron 24 sesiones de las cuales concurrió 20.

Se aconsejó a la madre no utilizar andador y usar corralito dejando al bebe en prono para que intente las cuatro patas.

ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO

Se utilizó taping en hombro para lograr la corrección de la escapula

Se colocó al niño (a) sobre la colchoneta en posición prona, flexionando las piernas en forma de “rana”, y la kinesióloga colocó sus manos en la planta de los pies del bebe para posteriormente empujarlos para que se arrastre.

Se colocó al niño (a) en cuatro puntos, y la terapeuta movió su pierna derecha hacia delante, para que saque la mano izquierda. Se realizó este ejercicio alternando el movimiento de las piernas.

En posición de gateo, se le dio al niño (a) un objeto para que lo agarre con una mano, buscando que realice equilibrio en la otra.

A su vez se realizaron ejercicios para fortalecer la sedestación y desarrollar la bipedestación.

EVALUCION FINAL PACIENTE N° 4

	EDAD 11 MESES				
	PUNTAJE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
MOTRICIDAD GRUESA	14			X	
MOTRICIDAD FINA	14			X	
AUDICION Y LENGUAJE	14			X	
PERSONAL SOCIAL	14			X	
TOTAL	56			X	

ANALISIS

El paciente, obtiene en el área de motricidad gruesa tiene un puntaje de 14, (medio alto); en el área de motricidad fina el paciente obtiene un puntaje de 14, (medio alto); en el área de audición y lenguaje obtiene un puntaje de 14, (medio alto); en el área de personal social el paciente obtiene un puntaje de 14, (medio alto), y finalmente obtiene un puntaje de cincuenta y seis, ubicándolo en un nivel de desarrollo psicomotriz de “MEDIO ALTO”.

RESULTADO

Según los datos obtenidos el paciente numero 4 obtiene un nivel de desarrollo medio alto. El niño (a) subió un nivel dentro de la evaluación logrando realizar los ítems correspondientes a su rango de edad.

PACIENTE N° 5

FECHA DE INGRESO: 2017

FECHA DE NACIMIENTO: 05/02/17

EDAD: 10 MESES

PARTO NORMAL – embarazo controlado

26 SG

PESO: 900 g

Al ingreso el paciente presenta línea media y se observa estimulación visual superada. Es atento, sigue los objetos con la mirada, tiene control óculo manual, sonidos de expresión

PRIMER EVALUACION PACIENTE N°5

	EDAD 10 MESES				
	PUNTAJE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
MOTRICIDAD GRUESA	12		X		
MOTRICIDAD FINA	12		X		
AUDICION Y LENGUAJE	12		X		
PERSONAL SOCIAL	12		X		
TOTAL	48			X	

ANALISIS

El paciente, obtiene en el área de motricidad gruesa tiene un puntaje de 12, (medio); en el área de motricidad fina el paciente obtiene un puntaje de 12, (medio); en el área de audición y lenguaje obtiene un puntaje de 12, (medio); en el área de personal social el paciente obtiene un puntaje de 12 (medio), y finalmente obtiene un puntaje de treinta y cinco, ubicándolo en un nivel de desarrollo psicomotriz de “MEDIO ALTO”.

Al paciente se le otorgaron 24 sesiones de las cuales concurrió la totalidad.

ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO

Se realizaron ejercicios para perfeccionar el gateo y de calentamiento de flexión y extensión de miembros inferiores.

Primero se trabajó el apoyo podal y luego la bipedestación para preparar al paciente para la marcha utilizando una silla como apoyo.

EVALUCION FINAL PACIENTE N° 5

	EDAD 13 MESES				
	PUNTAJE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
MOTRICIDAD GRUESA	17			X	
MOTRICIDAD FINA	17			X	
AUDICION Y LENGUAJE	17			X	
PERSONAL SOCIAL	17			X	
TOTAL	68			X	

ANALISIS

El paciente, obtiene en el área de motricidad gruesa tiene un puntaje de 17, (medio alto); en el área de motricidad fina el paciente obtiene un puntaje de 17, (medio alto); en el área de audición y lenguaje obtiene un puntaje de 17, (medio alto); en el área de personal social el paciente obtiene un puntaje de 17, (medio alto), y finalmente obtiene un puntaje de sesenta y ocho, ubicándolo en un nivel de desarrollo psicomotriz de “MEDIO ALTO”.

RESULTADO

Según los datos obtenidos el paciente numero 5 obtiene un nivel de desarrollo alto. El niño (a) subió un nivel dentro de la evaluación logrando satisfactoriamente lo propuesto en el tratamiento.

PACIENTE N° 6

FECHA DE INGRESO: 2017

FECHA DE NACIMIENTO: 24/05/17

EDAD: 1 MESES

CESAREA POR DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA – embarazo gemelar

32 SG

PESO: 2380 g

Al ingreso el paciente presenta fluctuaciones de tono con patrón extensor y ausencia de reflejos primitivos.

PRIMER EVALUACION PACIENTE N°6

	EDAD 1 MESES				
	PUNTAJE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
MOTRICIDAD GRUESA	0	X			
MOTRICIDAD FINA	1	X			
AUDICION Y LENGUAJE	1	X			
PERSONAL SOCIAL	1	X			
TOTAL	3	X	1		

ANALISIS

El paciente, obtiene en el área de motricidad gruesa tiene un puntaje de 0, (alerta); en el área de motricidad fina el paciente obtiene un puntaje de 1, (alerta); en el área de audición y lenguaje obtiene un puntaje de 1, (alerta); en el área de personal social el paciente

obtiene un puntaje de 1 (alerta), y finalmente obtiene un puntaje de tres, ubicándolo en un nivel de desarrollo psicomotriz de “ALERTA”.

Al paciente se le otorgaron 24 sesiones de las cuales concurrió 18.

Se les informo a los padres sobre el cuidado de ambos bebes y sobre las precauciones que se deben tener ante las posibles infecciones respiratorias. También se habló de la importancia del vínculo y lactancia materna, ya que se notó un desinterés por parte de la madre.

ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO

Se coloca en supino al bebe y se realizan movimientos circulares de miembros.

Se trabaja en prono con rolos para conseguir apoyo anterior y control de cabeza.

Movilizaciones pasivas para normalizar las fluctuaciones de tono.

EVALUCION FINAL PACIENTE N° 6

	EDAD 3 MESES				
	PUNTAJE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
MOTRICIDAD GRUESA	5			X	
MOTRICIDAD FINA	4			X	
AUDICION Y LENGUAJE	3		X		
PERSONAL SOCIAL	3		X		
TOTAL	14			X	

ANALISIS

El paciente, obtiene en el área de motricidad gruesa tiene un puntaje de 5, (medio alto); en el área de motricidad fina el paciente obtiene un puntaje de 4, (medio alto); en el área de audición y lenguaje obtiene un puntaje de 3, (medio); en el área de personal social el

paciente obtiene un puntaje de 3 (medio), y finalmente obtiene un puntaje de catorce, ubicándolo en un nivel de desarrollo psicomotriz de “MEDIO ALTO”.

RESULTADO

Según los datos obtenidos el paciente numero 6 obtiene un nivel de desarrollo medio alto. El niño (a) subió dos niveles dentro de la evaluación logrando realizar los ítems correspondientes a su rango de edad.

PACIENTE N° 7

FECHA DE INGRESO: 2017

FECHA DE NACIMIENTO: 24/05/17

EDAD: 1 MESES

CESAREA POR DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA – embarazo gemelar

32 SG

PESO: 2400 g

Al ingreso el paciente a diferencia de su hermano tiene mejor respuesta, presenta control cefálico pero los codos continúan en flexión.

PRIMER EVALUACION PACIENTE N°7

	EDAD 1 MESES				
	PUNTAJE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
MOTRICIDAD GRUESA	2		X		
MOTRICIDAD FINA	2		X		
AUDICION Y LENGUAJE	2		X		

PERSONAL SOCIAL	2		X		
TOTAL	8		X		

ANALISIS

El paciente, obtiene en el área de motricidad gruesa tiene un puntaje de 2, (medio); en el área de motricidad fina el paciente obtiene un puntaje de 2, (medio); en el área de audición y lenguaje obtiene un puntaje de 2, (medio); en el área de personal social el paciente obtiene un puntaje de 2 (medio), y finalmente obtiene un puntaje de ocho, ubicándolo en un nivel de desarrollo psicomotriz de “MEDIO”.

Al paciente se le otorgaron 24 sesiones de las cuales concurrió 18.

Se les informo a los padres sobre el cuidado de ambos bebés y sobre las precauciones que se deben tener ante las posibles infecciones respiratorias. También se habló de la importancia del vínculo y lactancia materna, ya que se notó un desinterés por parte de la madre.

ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO

Se coloca en supino al bebé y se realizan movimientos circulares de miembros.

Se trabaja en prono con rolos para conseguir apoyo anterior y la extensión de los codos.

EVALUCION FINAL PACIENTE N° 7

	EDAD 3 MESES				
	PUNTAJE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
MOTRICIDAD GRUESA	5			X	
MOTRICIDAD FINA	4			X	
AUDICION Y LENGUAJE	4			X	

PERSONAL SOCIAL	4			X	
TOTAL	17			X	

ANALISIS

El paciente, obtiene en el área de motricidad gruesa tiene un puntaje de 5, (medio alto); en el área de motricidad fina el paciente obtiene un puntaje de 4, (medio alto); en el área de audición y lenguaje obtiene un puntaje de 4, (medio alto); en el área de personal social el paciente obtiene un puntaje de 4 (medio alto), y finalmente obtiene un puntaje de diecisiete, ubicándolo en un nivel de desarrollo psicomotriz de “MEDIO ALTO”.

RESULTADO

Según los datos obtenidos el paciente numero 7 obtiene un nivel de desarrollo medio alto. El niño (a) subió un nivele dentro de la evaluación logrando realizar los ítems correspondientes a su rango de edad, se notó una mejoría con respecto a su hermano ya que este se encontraba en mejores condiciones en la evaluación inicial.

PACIENTE 8

FECHA DE INGRESO: 26/12/17

FECHA DE NACIMIENTO: 4/11/16

EDAD: 13 MESES

PARTO normal

28 SG

PESO: 980 g

Al ingreso el paciente presenta línea media, logra alcanzar los objetos que le interesan, mantiene sedestación con cabeza en línea media, persiste en W y no sale de esa posición. Se lo observa decaído e inapetente.

PRIMER EVALUACION PACIENTE N°8

	EDAD 13 MESES
--	---------------

	PUNTAJE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
MOTRICIDAD GRUESA	14		X		
MOTRICIDAD FINA	14		X		
AUDICION Y LENGUAJE	14		X		
PERSONAL SOCIAL	13	X			
TOTAL	55		X		

ANALISIS

El paciente, obtiene en el área de motricidad gruesa tiene un puntaje de 14, (medio); en el área de motricidad fina el paciente obtiene un puntaje de 14, (medio); en el área de audición y lenguaje obtiene un puntaje de 14, (medio); en el área de personal social el paciente obtiene un puntaje de 13 (alerta), y finalmente obtiene un puntaje de cincuenta y cinco, ubicándolo en un nivel de desarrollo psicomotriz de “MEDIO”.

Al paciente se le otorgaron 24 sesiones de las cuales concurreó 22.

ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO

Darle una pelota fitness para que empuje la misma

Colocar al niño (a) parado sobre los pies del estimulador temprano, y avanzar lentamente para que se familiarice con los pasos

Colocar al niño (a) en posición prona en un rolo procurando que las manos y los pies se apoyen en la camilla buscan que empuje con el fin de lograr la bipedestación.

Trabajar transferencia de sedestación a bipedestación.

EVALUCION FINAL PACIENTE N° 8

	EDAD 16 MESES
--	---------------

	PUNTAJE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
MOTRICIDAD GRUESA	20				X
MOTRICIDAD FINA	20				X
AUDICION Y LENGUAJE	20				X
PERSONAL SOCIAL	19			X	
TOTAL	79				X

ANALISIS

El paciente, obtiene en el área de motricidad gruesa tiene un puntaje de 20, (alto); en el área de motricidad fina el paciente obtiene un puntaje de 20, (medio alto); en el área de audición y lenguaje obtiene un puntaje de 20, (alto); en el área de personal social el paciente obtiene un puntaje de 19 (medio alto), y finalmente obtiene un puntaje de setenta y nueve, ubicándolo en un nivel de desarrollo psicomotriz de “ALTO”.

RESULTADO

Según los datos obtenidos el paciente numero 8 obtiene un nivel de desarrollo alto. El niño (a) subió dos niveles dentro de la evaluación logrando realizar los ítems correspondientes a su rango de edad.

PACIENTE 9

FECHA DE INGRESO: 2017

FECHA DE NACIMIENTO: 11/06/17

EDAD: 6 MESES

PARTO NORMAL

26 SG

PESO: 700 g

Al ingreso el paciente presenta tono extensor, no se evidencia línea media, no se sienta solo y no realiza transferencias.

PRIMER EVALUACION PACIENTE N°9

	EDAD 6 MESES				
	PUNTAJE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
MOTRICIDAD GRUESA	3	X			
MOTRICIDAD FINA	4	X			
AUDICION Y LENGUAJE	5		X		
PERSONAL SOCIAL	3	X			
TOTAL	15	X			

ANALISIS

El paciente, obtiene en el área de motricidad gruesa tiene un puntaje de 3, (alerta); en el área de motricidad fina el paciente obtiene un puntaje de 4, (alerta); en el área de audición y lenguaje obtiene un puntaje de 5, (medio); en el área de personal social el paciente obtiene un puntaje de 3 (alerta), y finalmente obtiene un puntaje de quince, ubicándolo en un nivel de desarrollo psicomotriz de “ALERTA”.

Al paciente se le otorgaron 24 sesiones de las cuales concurreó 20.

ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO

Teniendo en cuenta el tono extensor del bebe se decide insistir en la posición prona, se busca normalizar el tono, mayor control de cabeza y variabilidad de movimiento.

Se le muestra al niño juguetes para estimular línea media.

Se sienta al niño (a) sobre la colchoneta, empujar levemente hacia cada lado, procurando que ponga su mano que corresponde, como apoyo.

EVALUCION FINAL PACIENTE N° 9

	EDAD 9 MESES				
	PUNTAJE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
MOTRICIDAD GRUESA	11			X	
MOTRICIDAD FINA	11			X	
AUDICION Y LENGUAJE	11			X	
PERSONAL SOCIAL	11			X	
TOTAL	44			X	

ANALISIS

El paciente, obtiene en el área de motricidad gruesa tiene un puntaje de 11, (medio alto); en el área de motricidad fina el paciente obtiene un puntaje de 11, (medio alto); en el área de audición y lenguaje obtiene un puntaje de 11, (medio alto); en el área de personal social el paciente obtiene un puntaje de 11 (medio alto), y finalmente obtiene un puntaje de diecisiete, ubicándolo en un nivel de desarrollo psicomotriz de “MEDIO ALTO”.

RESULTADO

Según los datos obtenidos el paciente numero 9 obtiene un nivel de desarrollo medio alto. El niño (a) subió dos niveles dentro de la evaluación logrando realizar los ítems correspondientes a su rango de edad.

PACIENTE 10

FECHA DE INGRESO: 2017

FECHA DE NACIMIENTO: 24/07/17

EDAD: 5 MESES

CESAREA POR RUPTURA DE BOLSA

36 SG

PESO: 2000 g

Al ingreso el paciente eleva la cabeza en prono, pero no apoya brazos ni manos, gira la cabeza hacia el sonido que le llama la atención, presenta línea media.

En supino se arquea para jugar desde cervical a lumbar.

PRIMER EVALUACION PACIENTE N°10

	EDAD 5 MESES				
	PUNTAJE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
MOTRICIDAD GRUESA	3	X			
MOTRICIDAD FINA	5		X		
AUDICION Y LENGUAJE	5		X		
PERSONAL SOCIAL	5		X		
TOTAL	18	X			

ANALISIS

El paciente, obtiene en el área de motricidad gruesa tiene un puntaje de 3, (alerta); en el área de motricidad fina el paciente obtiene un puntaje de 5, (medio); en el área de audición y lenguaje obtiene un puntaje de 5, (medio); en el área de personal social el paciente obtiene un puntaje de 5 (medio), y finalmente obtiene un puntaje de dieciocho, ubicándolo en un nivel de desarrollo psicomotriz de “ALERTA”.

Al paciente se le otorgaron 24 sesiones de las cuales concurrió 20.

ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO

Se trabaja flexión de cadera con juegos en los que se apoye la cola en la panza de la terapeuta.

Colocar al niño (a) en posición prona, tomarlo de sus caderas y alzarlo, para que extienda sus brazos completamente. Similar al juego de “la carretilla”.

Mostrar al niño (a) un objeto sonoro en cada lado del cuerpo: derecha e izquierda, para que lo intente tomar y logre girar a cada lado.

EVALUCION FINAL PACIENTE N° 10

	EDAD 8 MESES				
	PUNTAJE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
MOTRICIDAD GRUESA	10		X		
MOTRICIDAD FINA	10		X		
AUDICION Y LENGUAJE	10		X		
PERSONAL SOCIAL	10		X		
TOTAL	40			X	

ANALISIS

El paciente, obtiene en el área de motricidad gruesa tiene un puntaje de 10, (medio); en el área de motricidad fina el paciente obtiene un puntaje de 10, (medio); en el área de audición y lenguaje obtiene un puntaje de 10, (medio); en el área de personal social el paciente obtiene un puntaje de 10 (medio), y finalmente obtiene un puntaje de cuarenta, ubicándolo en un nivel de desarrollo psicomotriz de “MEDIO ALTO”.

RESULTADO

Según los datos obtenidos el paciente numero 10 obtiene un nivel de desarrollo medio alto. El niño (a) supero el nivel de desarrollo psicomotriz con el que llego.

PACIENTE 11

FECHA DE INGRESO: 2022

FECHA DE NACIMIENTO: 05/07/22

EDAD: 1 MESES

PARTO NORMAL

37 SG

PESO: 1800 g

Al ingreso el paciente presenta tono bajo, se evalúa en supino y no se observa pataleo, no lleva los brazos a la línea media, no sigue con la vista el movimiento horizontal y vertical de algún objeto y presenta disminución de reflejos.

PRIMER EVALUACION PACIENTE N°11

	EDAD 1 MES				
	PUNTAJE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
MOTRICIDAD GRUESA	0	X			
MOTRICIDAD FINA	0	X			
AUDICION Y LENGUAJE	1	X			
PERSONAL SOCIAL	0	X			
TOTAL	1	X			

ANALISIS

El paciente, obtiene en el área de motricidad gruesa tiene un puntaje de 0, (alerta); en el área de motricidad fina el paciente obtiene un puntaje de 0, (alerta); en el área de audición y lenguaje obtiene un puntaje de 1, (alerta); en el área de personal social el paciente obtiene un puntaje de 0 (alerta), y finalmente obtiene un puntaje de uno, ubicándolo en un nivel de desarrollo psicomotriz de “ALERTA”.

Al paciente se le otorgaron 24 sesiones de las cuales concurrió 24.

ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO

Colocar al paciente en posición supina sobre la colchoneta, realizar flexiones y movimientos circulares con las piernas y brazos.

Colocar al paciente en posición supina sobre la colchoneta, motivarlo a que agarra los dedos pulgares del estimulador temprano, y levantarlo suavemente por poca altura.

Cambiar de posición al paciente de supino a prono sobre una colchoneta, estimulando el control cefálico.

EVALUCION FINAL PACIENTE N° 11

	EDAD 3 MESES				
	PUNTAJE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
MOTRICIDAD GRUESA	4			X	
MOTRICIDAD FINA	5			X	
AUDICION Y LENGUAJE	4			X	
PERSONAL SOCIAL	5			X	
TOTAL	18			X	

ANALISIS

El paciente, obtiene en el área de motricidad gruesa tiene un puntaje de 4, (medio alto); en el área de motricidad fina el paciente obtiene un puntaje de 5, (medio alto); en el área de audición y lenguaje obtiene un puntaje de 4, (medio alto); en el área de personal social el paciente obtiene un puntaje de 5 (medio alto), y finalmente obtiene un puntaje de dieciocho, ubicándolo en un nivel de desarrollo psicomotriz de “MEDIO ALTO”.

RESULTADO

Según los datos obtenidos el paciente numero 11 obtiene un nivel de desarrollo medio alto. El niño (a) supero el nivel de desarrollo psicomotriz con el que llego.

Se destaca la gran participación y colaboración de la familia durante las sesiones.

PACIENTE 12

FECHA DE INGRESO: 2022

FECHA DE NACIMIENTO: 11/07/22

EDAD: 1 MESES

PARTO NORMAL

37 SG

PESO: 1500 g

Al ingreso el paciente presenta tono bajo, no patalea, no tiene línea media y en lo socio afectivo no establece vínculo con la madre ya que la misma no estaba presente.

PRIMER EVALUACION PACIENTE N°12

	EDAD 1 MES				
	PUNTAJE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
MOTRICIDAD GRUESA	0	X			
MOTRICIDAD FINA	0	X			

AUDICION Y LENGUAJE	0	X			
PERSONAL SOCIAL	0	X			
TOTAL	0	X			

ANALISIS

El paciente, obtiene en el área de motricidad gruesa tiene un puntaje de 0, (alerta); en el área de motricidad fina el paciente obtiene un puntaje de 0, (alerta); en el área de audición y lenguaje obtiene un puntaje de 0, (alerta); en el área de personal social el paciente obtiene un puntaje de 0 (alerta), y finalmente obtiene un puntaje de cero, ubicándolo en un nivel de desarrollo psicomotriz de “ALERTA”.

Al paciente se le otorgaron 24 sesiones de las cuales concurreó 24, a cargo del acompañante terapéutico.

ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO

Colocar al paciente en posición supina sobre la colchoneta, realizar flexiones y movimientos circulares con las piernas y brazos.

Colocar al paciente en posición supina sobre la colchoneta, motivarlo a que agarra los dedos pulgares del estimulador temprano, y levantarlo suavemente por poca altura.

Cambiar de posición al paciente de supino a prono sobre una colchoneta, estimulando el control cefálico.

EVALUCION FINAL PACIENTE N° 12

	EDAD 3 MESES				
	PUNTAJE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
MOTRICIDAD GRUESA	4			X	

MOTRICIDAD FINA	3		X		
AUDICION Y LENGUAJE	3		X		
PERSONAL SOCIAL	3		X		
TOTAL	13		X		

ANALISIS

El paciente, obtiene en el área de motricidad gruesa tiene un puntaje de 4, (medio alto); en el área de motricidad fina el paciente obtiene un puntaje de 3, (medio); en el área de audición y lenguaje obtiene un puntaje de 3, (medio); en el área de personal social el paciente obtiene un puntaje de 3 (medio), y finalmente obtiene un puntaje de quince, ubicándolo en un nivel de desarrollo psicomotriz de “MEDIO”.

RESULTADO

Según los datos obtenidos el paciente numero 12 obtiene un nivel de desarrollo medio. El niño (a) supero el nivel de desarrollo psicomotriz con el que llego, sin embargo, se nota que no hubo el avance esperado en el área de audición y lenguaje y en el área personal social ya que no se logró establecer el vínculo materno-afectivo.

PACIENTE 13

FECHA DE INGRESO: 2022

FECHA DE NACIMIENTO: 01/07/22

EDAD: 1 MESES

PARTO NORMAL

37 SG

PESO: 1500 g

Al ingreso el paciente presenta tono bajo, se evalúa en supino y no se observa pataleo, no lleva los brazos a la línea media y presenta disminución de reflejos.

PRIMER EVALUACION PACIENTE N°13

	EDAD 1 MES				
	PUNTAJE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
MOTRICIDAD GRUESA	0	X			
MOTRICIDAD FINA	1	X			
AUDICION Y LENGUAJE	1	X			
PERSONAL SOCIAL	1	X			
TOTAL	3	X			

ANALISIS

El paciente, obtiene en el área de motricidad gruesa tiene un puntaje de 0, (alerta); en el área de motricidad fina el paciente obtiene un puntaje de 1, (alerta); en el área de audición y lenguaje obtiene un puntaje de 1, (alerta); en el área de personal social el paciente obtiene un puntaje de 1, (alerta), y finalmente obtiene un puntaje de tres, ubicándolo en un nivel de desarrollo psicomotriz de “ALERTA”.

Al paciente se le otorgaron 24 sesiones de las cuales concurreó 24.

ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO

Colocar al paciente en posición supina sobre la colchoneta, realizar flexiones y movimientos circulares con las piernas y brazos.

Colocar al paciente en posición supina sobre la colchoneta, motivarlo a que agarra los dedos pulgares del estimulador temprano, y levantarlo suavemente por poca altura.

Cambiar de posición al paciente de supino a prono sobre una colchoneta, estimulando el control cefálico.

EVALUCION FINAL PACIENTE N° 13

	EDAD 3 MESES				
	PUNTAJE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
MOTRICIDAD GRUESA	4			X	
MOTRICIDAD FINA	5			X	
AUDICION Y LENGUAJE	4			X	
PERSONAL SOCIAL	5			X	
TOTAL	18			X	

ANALISIS

El paciente, obtiene en el área de motricidad gruesa tiene un puntaje de 4, (medio alto); en el área de motricidad fina el paciente obtiene un puntaje de 5, (medio alto); en el área de audición y lenguaje obtiene un puntaje de 4, (medio alto); en el área de personal social el paciente obtiene un puntaje de 5 (medio alto), y finalmente obtiene un puntaje de dieciocho, ubicándolo en un nivel de desarrollo psicomotriz de “MEDIO ALTO”.

RESULTADO

Según los datos obtenidos el paciente numero 13 obtiene un nivel de desarrollo medio alto. El niño (a) supero el nivel de desarrollo psicomotriz con el que llego.

Se destaca la colaboración de la madre tanto en las sesiones como en la casa, ya que seguía correctamente las recomendaciones dadas.

PACIENTE 14

FECHA DE INGRESO: 03/08/22

FECHA DE NACIMIENTO: 17/10/21

EDAD: 10 meses

PARTO cesárea

35 SG

PESO: 2000 g

Al ingreso el paciente presenta tono bajo, debilidad muscular sobretodo en la parte posterior, línea media y reacciones de equilibrio ausentes, no hay control de cabeza

PRIMER EVALUACION PACIENTE N°14

	EDAD 10 MES				
	PUNTAJE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
MOTRICIDAD GRUESA	4	X			
MOTRICIDAD FINA	5	X			
AUDICION Y LENGUAJE	6	X			
PERSONAL SOCIAL	5	X			
TOTAL	20	X			

ANALISIS

El paciente, obtiene en el área de motricidad gruesa tiene un puntaje de 4, (alerta); en el área de motricidad fina el paciente obtiene un puntaje de 4, (alerta); en el área de audición y lenguaje obtiene un puntaje de 6, (alerta); en el área de personal social el paciente obtiene un puntaje de 5, (alerta), y finalmente obtiene un puntaje de veinte, ubicándolo en un nivel de desarrollo psicomotriz de “ALERTA”.

Al paciente se le otorgaron 24 sesiones de las cuales concurreó 20.

ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO

Colocar al paciente en posición supina sobre la colchoneta, realizar flexiones y movimientos circulares con las piernas y brazos.

Cambiar de posición al paciente de supino a prono sobre una colchoneta, estimulando el control cefálico.

Tomar al niño (a) de las caderas, luego alzarlo y moverlo suavemente de derecha a izquierda, para tonificar músculos de espalda y piernas.

Colocar al niño (a) en posición prona, tomarlo de sus caderas y alzarlo, para que extienda sus brazos completamente. Similar al juego de “la carretilla”.

Colocar al niño (a) en posición supina, flexionar la pierna y colocarla al lado contrario, colocándolo en posición de cúbito lateral. Realizar el ejercicio alternando las piernas.

Mostrar al niño (a) un objeto sonoro en cada lado del cuerpo: derecha e izquierda, para que lo intente tomar y logre girar a cada lado.

EVALUCION FINAL PACIENTE N° 14

	EDAD 13 MESES				
	PUNTAJE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
MOTRICIDAD GRUESA	17			X	
MOTRICIDAD FINA	17			X	
AUDICION Y LENGUAJE	17			X	
PERSONAL SOCIAL	17			X	
TOTAL	68			X	

ANALISIS

El paciente, obtiene en el área de motricidad gruesa tiene un puntaje de 17, (medio alto); en el área de motricidad fina el paciente obtiene un puntaje de 17, (medio alto); en el área de audición y lenguaje obtiene un puntaje de 17, (medio alto); en el área de personal social el paciente obtiene un puntaje de 17 (medio alto), y finalmente obtiene un puntaje de sesenta y ocho, ubicándolo en un nivel de desarrollo psicomotriz de “MEDIO ALTO”.

RESULTADO

Según los datos obtenidos el paciente numero 14 obtiene un nivel de desarrollo medio alto. El niño (a) supero el nivel de desarrollo psicomotriz con el que llego.

Cabe destacar la gran participación y colaboración por parte de la madre, que no solo asistió a todas las sesiones, sino que además cumplía con las recomendaciones que se le daban, lo cual facilito el desarrollo del tratamiento.

PACIENTE 15

FECHA DE INGRESO: 05/08/22

FECHA DE NACIMIENTO: 13/09/21

EDAD: 10 meses

PARTO normal

32 SG

PESO: 1320 g

Al ingreso el paciente presenta tono bajo y posición del esgrimista, acortamiento de la cadena muscular posterior y debilidad de la cadena muscular anterior del cuello, no hay control de cabeza, miembro superior derecho en constante flexión, no hay reacciones de equilibrio y el pie derecho en posición varo, mayor compromiso del hemicuerpo derecho.

PRIMER EVALUACION PACIENTE N°15

	EDAD 10 MES				
	PUNTAJE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO

MOTRICIDAD GRUESA	4	X			
MOTRICIDAD FINA	5	X			
AUDICION Y LENGUAJE	6	X			
PERSONAL SOCIAL	5	X			
TOTAL	20	X			

ANALISIS

El paciente, obtiene en el área de motricidad gruesa tiene un puntaje de 4, (alerta); en el área de motricidad fina el paciente obtiene un puntaje de 4, (alerta); en el área de audición y lenguaje obtiene un puntaje de 6, (alerta); en el área de personal social el paciente obtiene un puntaje de 5, (alerta), y finalmente obtiene un puntaje de veinte, ubicándolo en un nivel de desarrollo psicomotriz de “ALERTA”.

Al paciente se le otorgaron 24 sesiones de las cuales concurreó 21.

ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO

Colocar al paciente en posición supina sobre la colchoneta, realizar flexiones y movimientos circulares con las piernas y brazos.

Cambiar de posición al paciente de supino a prono sobre una colchoneta, estimulando el control cefálico.

Tomar al niño (a) de las caderas, luego alzarlo y moverlo suavemente de derecha a izquierda, para tonificar músculos de espalda y piernas.

Colocar al niño (a) en posición prona, tomarlo de sus caderas y alzarlo, para que extienda sus brazos completamente. Similar al juego de “la carretilla”.

Colocar al niño (a) en posición supina, flexionar la pierna y colocarla al lado contrario, colocándolo en posición de cúbito lateral. Realizar el ejercicio alternando las piernas.

Mostrar al niño (a) un objeto sonoro en cada lado del cuerpo: derecha e izquierda, para que lo intente tomar y logre girar a cada lado.

Se coloca taping en pie derecho para fortalecer los músculos de la región distal del miembro inferior a fin de mejorar la marcha.

EVALUCION FINAL PACIENTE N° 15

	EDAD 13 MESES				
	PUNTAJE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
MOTRICIDAD GRUESA	17			X	
MOTRICIDAD FINA	17			X	
AUDICION Y LENGUAJE	17			X	
PERSONAL SOCIAL	17			X	
TOTAL	68			X	

ANALISIS

El paciente, obtiene en el área de motricidad gruesa tiene un puntaje de 17, (medio alto); en el área de motricidad fina el paciente obtiene un puntaje de 17, (medio alto); en el área de audición y lenguaje obtiene un puntaje de 17, (medio alto); en el área de personal social el paciente obtiene un puntaje de 17 (medio alto), y finalmente obtiene un puntaje de sesenta y ocho, ubicándolo en un nivel de desarrollo psicomotriz de “MEDIO ALTO”.

RESULTADO

Según los datos obtenidos el paciente numero 15 obtiene un nivel de desarrollo medio alto. El niño (a) supero el nivel de desarrollo psicomotriz con el que llego, sin embargo, a mitad del tratamiento se observó una involución en la marcha y al consultar a los padres relatan que el niño estuvo utilizando el andador durante el fin de semana.

PACIENTE N° 16

FECHA DE INGRESO: 2022

FECHA DE NACIMIENTO: 09/07/22

EDAD: 1 MESES

CESAREA – embarazo controlado

29 SG

PESO: 950 g

Al ingreso el paciente presenta tono bajo, reflejo de moro exagerado, llanto e irritabilidad constante, pataleo solo presente en momentos donde el tono aumentaba.

PRIMER EVALUACION PACIENTE N°16

	EDAD 1 MESES				
	PUNTAJE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
MOTRICIDAD GRUESA	0	X			
MOTRICIDAD FINA	0	X			
AUDICION Y LENGUAJE	1	X			
PERSONAL SOCIAL	0	X			
TOTAL	1	X	1		

ANALISIS

El paciente, obtiene en el área de motricidad gruesa tiene un puntaje de 0, (alerta); en el área de motricidad fina el paciente obtiene un puntaje de 0, (alerta); en el área de audición y lenguaje obtiene un puntaje de 1, (alerta); en el área de personal social el paciente obtiene un puntaje de 0 (alerta), y finalmente obtiene un puntaje de uno, ubicándolo en un nivel de desarrollo psicomotriz de “ALERTA”.

Al paciente se le otorgaron 24 sesiones de las cuales concurrió 17.

ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO

Se coloca en supino al bebe y se realizan movimientos circulares de miembros.

Se trabaja en prono con rolos para conseguir apoyo anterior y control de cabeza.

Se trabaja con juguetes sonoros y la voz de la madre buscando que el bebe guie el movimiento de la cabeza hacia el sonido.

EVALUCION FINAL PACIENTE N° 16

	EDAD 3 MESES				
	PUNTAJE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
MOTRICIDAD GRUESA	5			X	
MOTRICIDAD FINA	3		X		
AUDICION Y LENGUAJE	3		X		
PERSONAL SOCIAL	3		X		
TOTAL	14			X	

ANALISIS

El paciente, obtiene en el área de motricidad gruesa tiene un puntaje de 5, (medio alto); en el área de motricidad fina el paciente obtiene un puntaje de 3, (medio); en el área de audición y lenguaje obtiene un puntaje de 3, (medio); en el área de personal social el

paciente obtiene un puntaje de 3 (medio), y finalmente obtiene un puntaje de catorce, ubicándolo en un nivel de desarrollo psicomotriz de “MEDIO ALTO”.

RESULTADO

Según los datos obtenidos el paciente numero 16 obtiene un nivel de desarrollo medio alto. El niño (a) subió dos niveles dentro de la evaluación logrando realizar los ítems correspondientes a su rango de edad.

Durante las sesiones era de suma importancia la presencia de la madre ya que el área que presentaba mayor dificultad fue la de audición y lenguaje, por lo que se trabajó con el apego y la contención de la misma.

PACIENTE N° 17

FECHA DE INGRESO: 2022

FECHA DE NACIMIENTO: 18/02/22

EDAD: 6 MESES

PARTO NORMAL

34 SG

PESO: 2160 g

Al ingreso el paciente presenta tono alto, control de cabeza, en prono levanta la cabeza e intenta rolar, pero no lo logra, puede mantenerse sentado, pero con fijación en escapula.

PRIMER EVALUACION PACIENTE N° 17

	EDAD 6 MESES				
	PUNTAJE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
MOTRICIDAD GRUESA	4	X			
MOTRICIDAD FINA	3	X			

AUDICION Y LENGUAJE	5		X		
PERSONAL SOCIAL	4	X			
TOTAL	16	X			

ANALISIS

El paciente, obtiene en el área de motricidad gruesa tiene un puntaje de 4, (alerta); en el área de motricidad fina el paciente obtiene un puntaje de 3, (alerta); en el área de audición y lenguaje obtiene un puntaje de 5, (medio); en el área de personal social el paciente obtiene un puntaje de 4, (alerta), y finalmente obtiene un puntaje de tres, ubicándolo en un nivel de desarrollo psicomotriz de “ALERTA”.

Al paciente se le otorgaron 24 sesiones de las cuales concurreó 24.

ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO

Color al paciente en una pelota fitness en posición prona y mover la pelota en diferentes direcciones permitiendo experimentar nuevas sensaciones respecto a posición espacio y movimiento.

Se sienta al niño (a) sobre la colchoneta, empujar levemente hacia cada lado, procurando que ponga su mano que corresponde, como apoyo.

Realizar movilizaciones pasivas en cintura escapular y pélvica a fin de normalizar el tono.

Color al niño (a) en posición prona sobre un rolo y rolarlo lentamente hacia los lados con el fin de experimentar la sensación de poder caer desarrollando el sistema de protección y defensa.

EVALUCION FINAL PACIENTE N° 17

	EDAD 9 MESES				
	PUNTAJE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO

MOTRICIDAD GRUESA	10		X		
MOTRICIDAD FINA	10		X		
AUDICION Y LENGUAJE	10		X		
PERSONAL SOCIAL	10		X		
TOTAL	44			X	

ANALISIS

El paciente, obtiene en el área de motricidad gruesa tiene un puntaje de 10, (medio alto); en el área de motricidad fina el paciente obtiene un puntaje de 10, (medio); en el área de audición y lenguaje obtiene un puntaje de 10, (medio); en el área de personal social el paciente obtiene un puntaje de 10 (medio), y finalmente obtiene un puntaje de cuarenta y cuatro, ubicándolo en un nivel de desarrollo psicomotriz de “MEDIO ALTO”.

RESULTADO

Según los datos obtenidos el paciente numero 17 obtiene un nivel de desarrollo medio alto. El niño (a) subió un nivel dentro de la evaluación logrando realizar los ítems correspondientes a su rango de edad.

PACIENTE 18

FECHA DE INGRESO: 2022

FECHA DE NACIMIENTO: 11/07/22

EDAD: 11 meses

PARTO NORMAL

32 SG

PESO: 2000 g

Al ingreso el paciente presenta tono bajo, no se observa control de cabeza, debilidad muscular generalizada, línea media y reacciones de equilibrio ausentes.

PRIMER EVALUACION PACIENTE N°18

	EDAD 10 MES				
	PUNTAJE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
MOTRICIDAD GRUESA	4	X			
MOTRICIDAD FINA	5	X			
AUDICION Y LENGUAJE	6	X			
PERSONAL SOCIAL	5	X			
TOTAL	20	X			

ANALISIS

El paciente, obtiene en el área de motricidad gruesa tiene un puntaje de 4, (alerta); en el área de motricidad fina el paciente obtiene un puntaje de 4, (alerta); en el área de audición y lenguaje obtiene un puntaje de 6, (alerta); en el área de personal social el paciente obtiene un puntaje de 5, (alerta), y finalmente obtiene un puntaje de veinte, ubicándolo en un nivel de desarrollo psicomotriz de “ALERTA”.

Al paciente se le otorgaron 24 sesiones de las cuales concurrió 20.

ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO

Colocar al paciente en posición supina sobre la colchoneta, realizar flexiones y movimientos circulares con las piernas y brazos.

Cambiar de posición al paciente de supino a prono sobre una colchoneta, estimulando el control cefálico.

Tomar al niño (a) de las caderas, luego alzarlo y moverlo suavemente de derecha a izquierda, para tonificar músculos de espalda y piernas.

Colocar al niño (a) en posición prona, tomarlo de sus caderas y alzarlo, para que extienda sus brazos completamente. Similar al juego de “la carretilla”.

Colocar al niño (a) en posición supina, flexionar la pierna y colocarla al lado contrario, colocándolo en posición de cúbito lateral. Realizar el ejercicio alternando las piernas.

Mostrar al niño (a) un objeto sonoro en cada lado del cuerpo: derecha e izquierda, para que lo intente tomar y logre girar a cada lado.

Color al niño (a) en posición prona sobre un rolo y rolarlo lentamente hacia los lados con el fin de experimentar la sensación de poder caer desarrollando el sistema de protección y defensa.

EVALUCION FINAL PACIENTE N° 18

	EDAD 13 MESES				
	PUNTAJE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
MOTRICIDAD GRUESA	17			X	
MOTRICIDAD FINA	17			X	
AUDICION Y LENGUAJE	17			X	
PERSONAL SOCIAL	17			X	
TOTAL	68			X	

ANALISIS

El paciente, obtiene en el área de motricidad gruesa tiene un puntaje de 17, (medio alto); en el área de motricidad fina el paciente obtiene un puntaje de 17, (medio alto); en el área de audición y lenguaje obtiene un puntaje de 17, (medio alto); en el área de personal social

el paciente obtiene un puntaje de 17 (medio alto), y finalmente obtiene un puntaje de sesenta y ocho, ubicándolo en un nivel de desarrollo psicomotriz de “MEDIO ALTO”.

RESULTADO

Según los datos obtenidos el paciente numero 14 obtiene un nivel de desarrollo medio alto. El niño (a) supero el nivel de desarrollo psicomotriz con el que llevo.

PACIENTE N° 19

FECHA DE INGRESO: 2022

FECHA DE NACIMIENTO: 10/07/22

EDAD: 8 MESES

PARTO NORMAL – embarazo controlado

30 SG

PESO: 1500 g

Al ingreso el paciente presenta tono bajo, no se sienta sola, pero tiene control cefálico y línea media. Agarra objetos voluntariamente y los trasvasa.

PRIMER EVALUACION PACIENTE N° 19

	EDAD 8 MESES				
	PUNTAJE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
MOTRICIDAD GRUESA	9		X		
MOTRICIDAD FINA	8		X		
AUDICION Y LENGUAJE	10		X		
PERSONAL SOCIAL	10		X		

TOTAL	37		X		
-------	----	--	---	--	--

ANALISIS

El paciente, obtiene en el área de motricidad gruesa tiene un puntaje de 9, (medio); en el área de motricidad fina el paciente obtiene un puntaje de 8, (medio); en el área de audición y lenguaje obtiene un puntaje de 10, (medio); en el área de personal social el paciente obtiene un puntaje de 10 (medio), y finalmente obtiene un puntaje de treinta y cinco, ubicándolo en un nivel de desarrollo psicomotriz de “MEDIO”.

Al paciente se le otorgaron 24 sesiones de las cuales concurrió 21.

ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO

Se colocó al niño (a) sobre la colchoneta en posición prona, flexionando las piernas en forma de “rana”, y se colocan las manos en la planta de los pies del bebe para posteriormente empujarlos para que se arrastre.

Se colocó al niño (a) en cuatro puntos, y se mueve su pierna derecha hacia delante, para que saque la mano izquierda. Se realizó este ejercicio alternando el movimiento de las piernas.

En posición de gateo, se le dio al niño (a) un objeto para que lo agarre con una mano, buscando que realice equilibrio en la otra.

Desde el decúbito supino incentivar el rolado para llegar a la sedestación, para ellos facilitamos desde uno de sus miembros superiores procurando el apoyo del otro miembro superior.

EVALUCION FINAL PACIENTE N° 19

	EDAD 11 MESES				
	PUNTAJE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
MOTRICIDAD GRUESA	14			X	
MOTRICIDAD FINA	14			X	

AUDICION Y LENGUAJE	14			X	
PERSONAL SOCIAL	14			X	
TOTAL	56			X	

ANALISIS

El paciente, obtiene en el área de motricidad gruesa tiene un puntaje de 14, (medio alto); en el área de motricidad fina el paciente obtiene un puntaje de 14, (medio alto); en el área de audición y lenguaje obtiene un puntaje de 14, (medio alto); en el área de personal social el paciente obtiene un puntaje de 14, (medio alto), y finalmente obtiene un puntaje de cincuenta y seis, ubicándolo en un nivel de desarrollo psicomotriz de “MEDIO ALTO”.

RESULTADO

Según los datos obtenidos el paciente numero 19 obtiene un nivel de desarrollo medio alto. El niño (a) subió un nivel dentro de la evaluación logrando realizar los ítems correspondientes a su rango de edad.

PACIENTE N° 20

FECHA DE INGRESO: 2022

FECHA DE NACIMIENTO: 19/07/22

EDAD: 3 MESES

PARTO NORMAL – embarazo controlado

37 SG

PESO: 2500 g

Al ingreso el paciente presenta tono alto con patrón extensor, no se observa control cefálico y no presenta línea media

PRIMER EVALUACION PACIENTE N°20

	EDAD 3 MESES				
	PUNTAJE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
MOTRICIDAD GRUESA	0	X			
MOTRICIDAD FINA	1	X			
AUDICION Y LENGUAJE	2		X		
PERSONAL SOCIAL	2		X		
TOTAL	5	X			

ANALISIS

El paciente, obtiene en el área de motricidad gruesa tiene un puntaje de 0, (alerta); en el área de motricidad fina el paciente obtiene un puntaje de 1, (alerta); en el área de audición y lenguaje obtiene un puntaje de 2, (alerta); en el área de personal social el paciente obtiene un puntaje de 2 (alerta), y finalmente obtiene un puntaje de cinco, ubicándolo en un nivel de desarrollo psicomotriz de “ALERTA”.

Al paciente se le otorgaron 24 sesiones de las cuales concurrió 20.

ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO

Se colocó al paciente en posición supina sobre la camilla realizando movimientos circulares con piernas y brazos.

En posición prona se buscó estimular el control cefálico

Se lo coloco en el rolo haciendo movimientos hacia adelante y hacia atrás a fin de otorgar información a las caderas y también del cuerpo en relación al espacio.

EVALUCION FINAL PACIENTE N° 20

	EDAD 6 MESES

	PUNTAJE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
MOTRICIDAD GRUESA	7			X	
MOTRICIDAD FINA	7			X	
AUDICION Y LENGUAJE	7			X	
PERSONAL SOCIAL	7			X	
TOTAL	28			X	

ANALISIS

El paciente, obtiene en el área de motricidad gruesa tiene un puntaje de 7, (medio alto); en el área de motricidad fina el paciente obtiene un puntaje de 7, (medio alto); en el área de audición y lenguaje obtiene un puntaje de 7, (medio); en el área de personal social el paciente obtiene un puntaje de 7 (medio), y finalmente obtiene un puntaje de veintiocho, ubicándolo en un nivel de desarrollo psicomotriz de “MEDIO ALTO”.

RESULTADO

Según los datos obtenidos el paciente numero 20 obtiene un nivel de desarrollo medio alto. El niño (a) logra cumplir con los ítems correspondientes con el rango de su edad.

Análisis e interpretación de resultados**ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA PRIMERA EVALUACIÓN
APLICADA A LOS NIÑOS Y NIÑAS DEL HPMI**

PACIENTE	MOTRICIDAD GRUESA			
	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
1		X		
2	X			
3	X			
4		X		
5		X		
6	X			
7		X		
8		X		
9	X			
10	X			
11	X			
12	X			
13	X			
14	X			
15	X			
16	X			
17	X			
18	X			
19		X		
20	X			

	MOTRICIDAD FINA			
PACIENTE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
1		X		
2	X			
3	X			
4	X			
5		X		
6	X			
7		X		
8		X		
9	X			
10		X		
11	X			
12	X			
13	X			
14	X			
15	X			
16	X			
17	X			
18	X			
19		X		
20	X			

	AUDICION Y LENGUAJE			
PACIENTE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
1		X		
2	X			

3	X			
4		X		
5		X		
6	X			
7		X		
8		X		
9		X		
10		X		
11	X			
12	X			
13	X			
14	X			
15	X			
16	X			
17		X		
18	X			
19		X		
20		X		

	PERSONAL SOCIAL			
PACIENTE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
1		X		
2	X			
3	X			
4		X		
5		X		
6	X			
7		X		

8	X			
9	X			
10		X		
11	X			
12	X			
13	X			
14	X			
15	X			
16	X			
17	X			
18	X			
19		X		
20		X		

Resumen de las áreas de evaluación

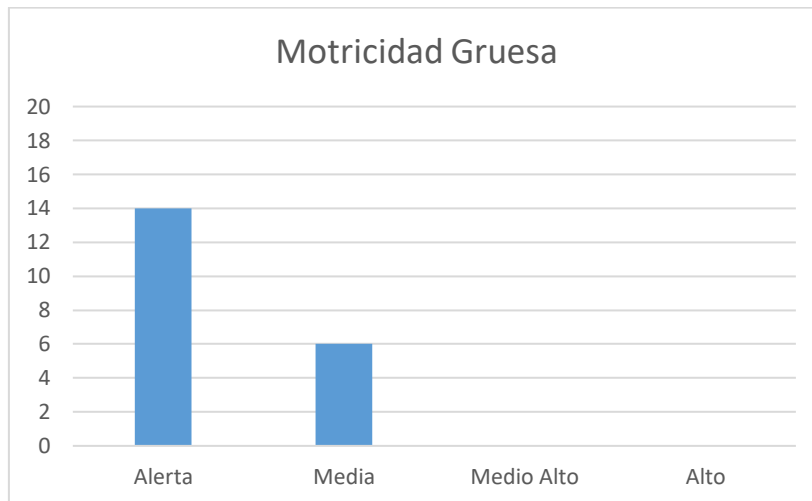


Tabla de resultado final área motricidad gruesa.

Análisis e Interpretación

De acuerdo con los datos obtenidos de las evaluaciones de Nelson Ortiz, determinamos que dentro del área de motricidad gruesa 14 pacientes se encuentran en un estado de alerta y 6 pacientes se encuentran en estado medio. Se puede decir que más de la mitad

de los pacientes de este grupo tiene un nivel de desarrollo muy bajo, lo cual repercute en las otras áreas interviniendo negativamente en el desarrollo psicomotriz

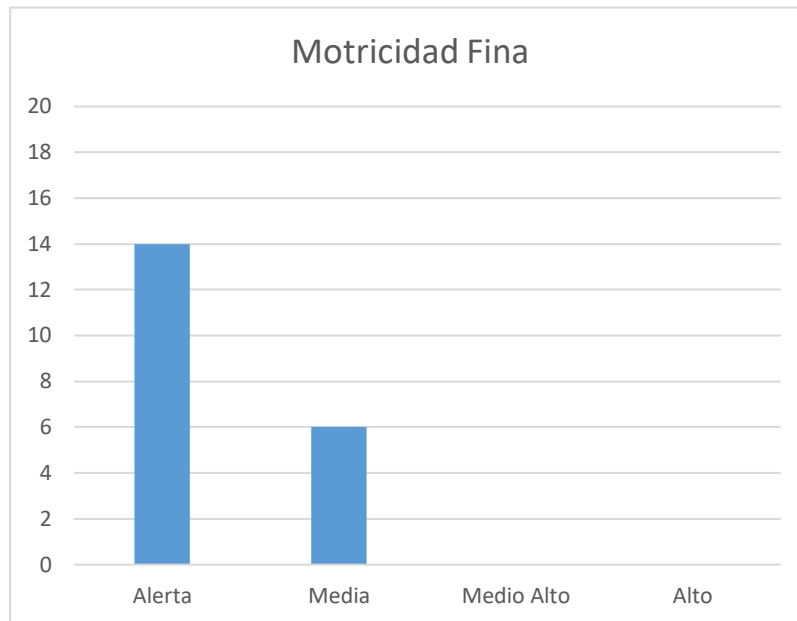


Tabla de resultado final área motricidad fina.

Análisis e interpretación

De acuerdo con los datos obtenidos de las evaluaciones de Nelson Ortiz, determinamos que dentro del área de motricidad gruesa 14 pacientes se encuentran en un estado de alerta y 6 pacientes se encuentran en estado medio. Se puede decir que más de la mitad de los pacientes de este grupo tiene un nivel de desarrollo muy bajo, lo cual repercute en las otras áreas interviniendo negativamente en el desarrollo psicomotriz

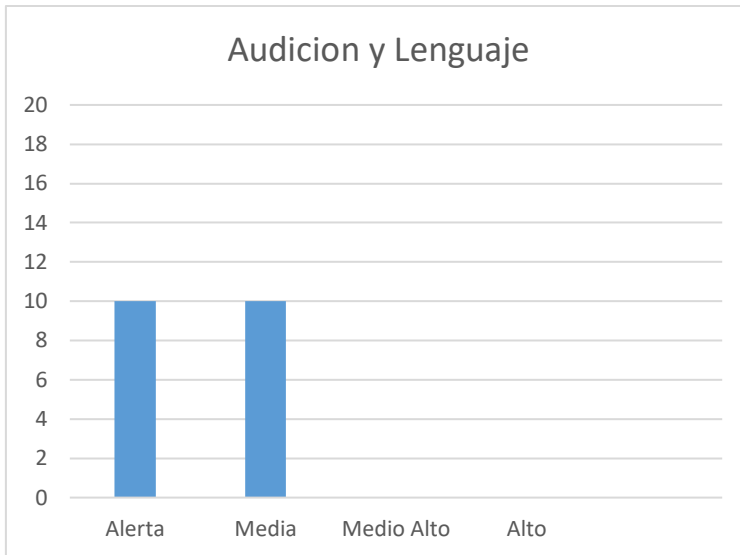


Tabla de resultado final área audición y lenguaje.

De acuerdo con los datos obtenidos de las evaluaciones de Nelson Ortiz, determinamos que dentro del área de audición y lenguaje 10 pacientes se encuentran en un estado de alerta y 10 pacientes se encuentran en estado medio

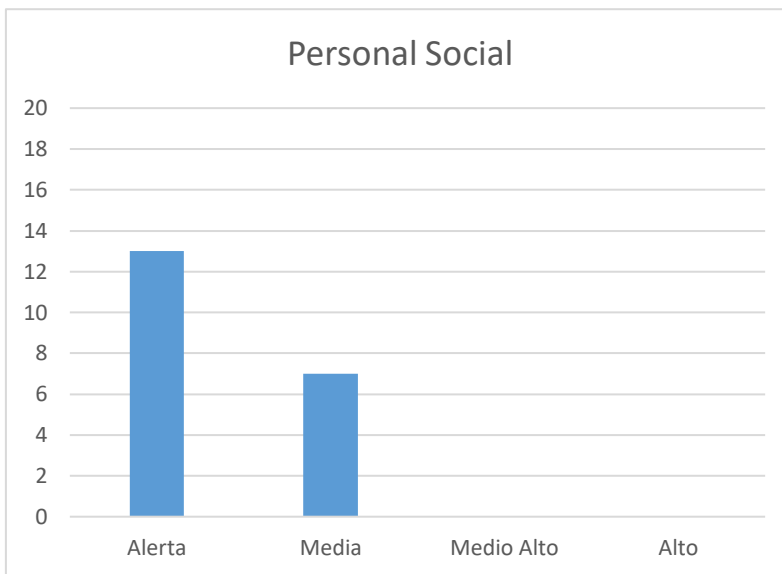


Tabla inicial área personal social

Análisis e interpretación

De acuerdo con los datos obtenidos de las evaluaciones de Nelson Ortiz, determinamos que dentro de personal social 13 pacientes se encuentran en un estado de alerta y 7 pacientes se encuentran en un estado medio

**ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ÚLTIMA EVALUACIÓN
APLICADA A LOS NIÑOS Y NIÑAS DEL HPMI**

	MOTRICIDAD GRUESA			
PACIENTE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
1			X	
2			X	
3			X	
4			X	
5			X	
6			X	
7			X	
8				X
9			X	
10		X		
11			X	
12			X	
13			X	
14			X	
15			X	
16			X	
17		X		
18			X	
19			X	
20			X	

	MOTRICIDAD FINA			
PACIENTE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
1			X	
2			X	
3			X	
4			X	
5			X	
6		X		
7			X	
8				X
9			X	
10		X		
11			X	
12		X		
13			X	
14			X	
15			X	
16		X		
17		X		
18			X	
19			X	
20			X	

	AUDICION Y LENGUAJE			
PACIENTE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
1			X	
2			X	
3		X		
4			X	
5			X	
6		X		
7			X	
8				X
9			X	
10		X		
11			X	
12		X		
13			X	
14			X	
15			X	
16		X		
17		X		
18			X	
19			X	
20			X	

	PERSONAL SOCIAL			
PACIENTE	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
1			X	
2			X	
3		X		
4			X	
5			X	
6		X		
7			X	
8			X	
9			X	
10		X		
11			X	
12		X		
13			X	
14			X	
15			X	
16		X		
17		X		
18			X	
19			X	
20			X	

RESUMEN DE LAS AREAS DE EVALUACION

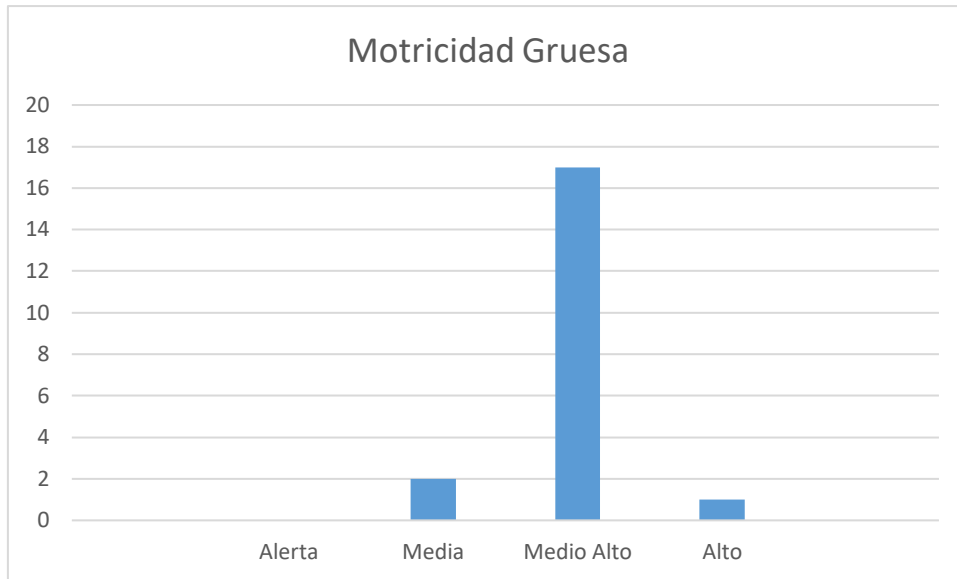


Tabla de resultado final área motricidad gruesa.

Análisis e interpretación

De acuerdo con los datos obtenidos de las evaluaciones de Nelson Ortiz, determinamos que dentro del área de motricidad gruesa 17 pacientes alcanzaron el nivel medio alto, 2 pacientes alcanzaron el nivel medio y un solo paciente alcanzó el nivel alto.

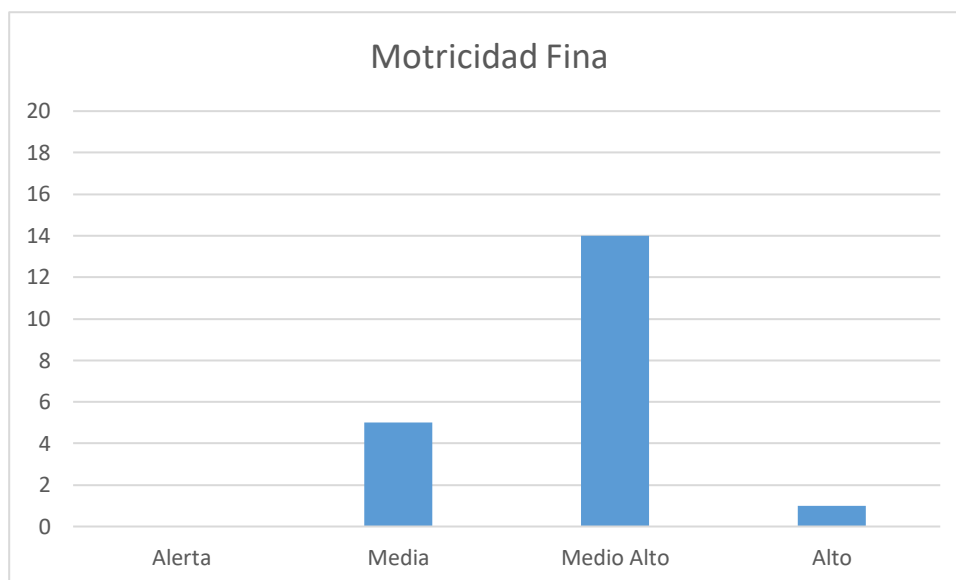


Tabla de resultado final área motricidad fina.

Análisis e interpretación

De acuerdo con los datos obtenidos de las evaluaciones de Nelson Ortiz, determinamos que dentro del área de motricidad fina 14 pacientes alcanzaron el nivel medio alto, 5 pacientes alcanzaron el nivel medio y un solo paciente alcanzo el nivel alto.

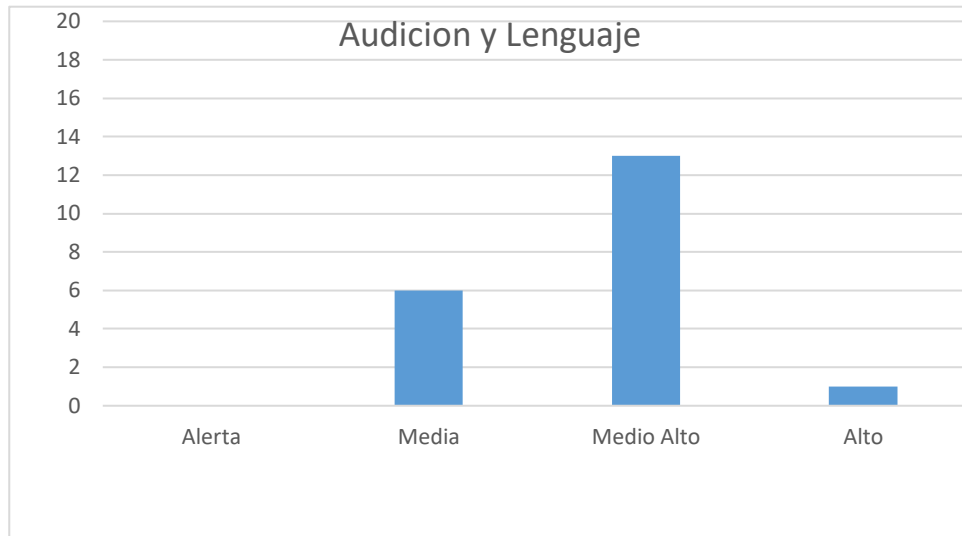


Tabla de resultado final área audición y lenguaje.

De acuerdo con los datos obtenidos de las evaluaciones de Nelson Ortiz, determinamos que dentro del área de audición y lenguaje 6 pacientes alcanzaron el nivel medio, 13 pacientes el nivel medio alto y un solo paciente alcanzo el nivel alto.

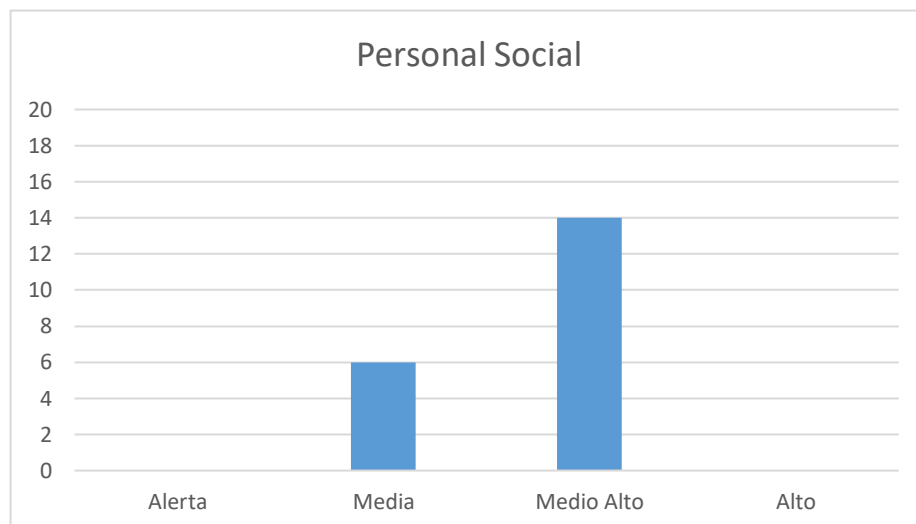


Tabla de resultado final área personal social.

De acuerdo con los datos obtenidos de las evaluaciones de Nelson Ortiz, determinamos que dentro del área de personal social 6 pacientes alcanzaron el nivel medio y 14 pacientes alcanzaron el nivel medio alto.

RELACION ESTABLECIDA ENTRE LOS DATOS OBTENIDOS

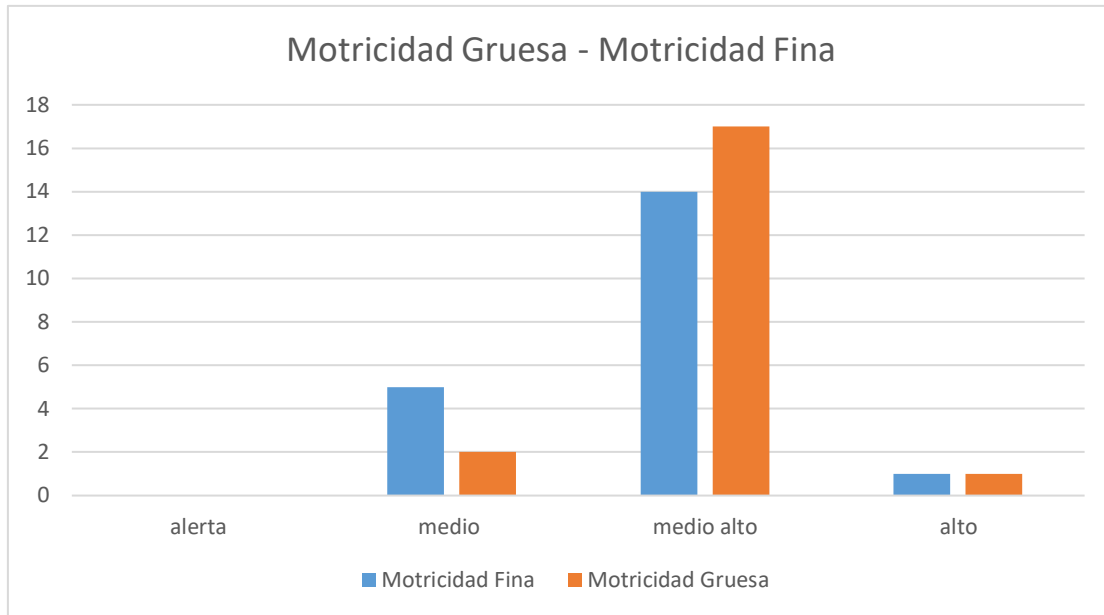


Tabla de relación de datos entre las áreas de motricidad gruesa y motricidad fina.

Los resultados entre motricidad gruesa y fina son similares, salvo en tres pacientes que en motricidad fina se encuentran en un nivel más bajo que en motricidad gruesa, esto se debe a la edad de los mismo, 1 mes, en los cuales influía el ambiente de trabajo, este al ser un consultorio externo donde hay mucho ruido y movimiento generaba en los bebes irritabilidad a la hora de querer trabajar.

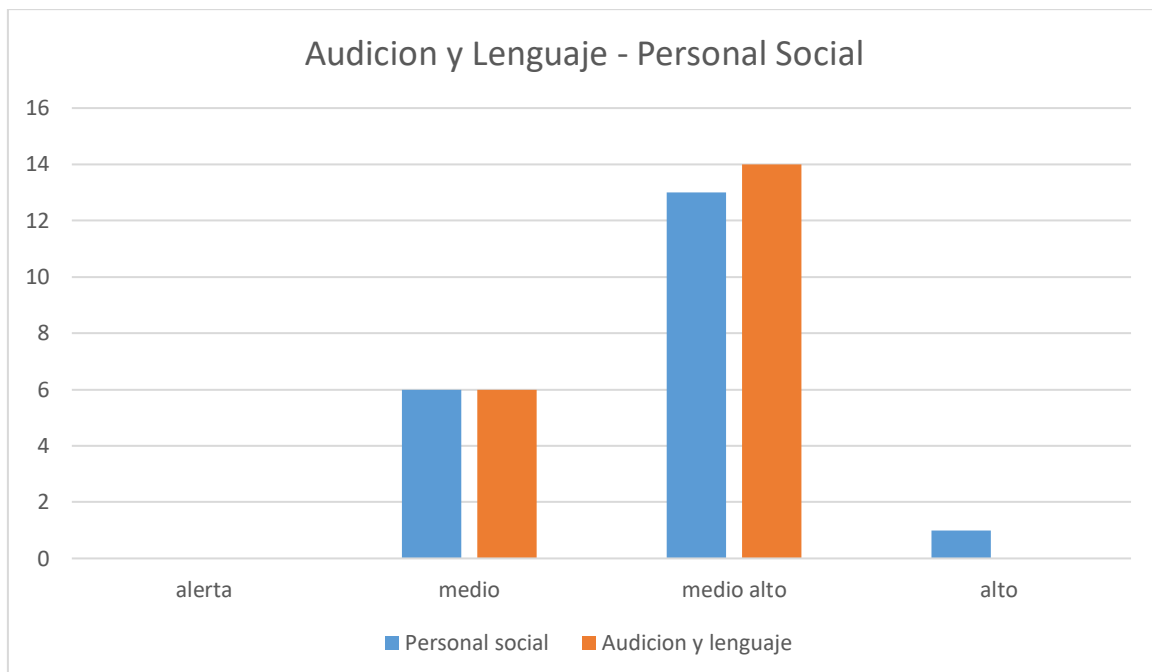


Tabla de relación de datos entre las áreas de audición y lenguaje y personal social.

Al establecer la relación entre personal social y audición y lenguaje notamos que los resultados de la evaluación final son iguales salvo en el paciente N°8 (ocho) donde notamos que en el área de personal social no consiguió llegar al nivel “alto” ya que al inicio de la evaluación se encontraba deprimido e inapetente, sin embargo, si se logró motivar al niño (a) y subir a un nivel “medio alto”.

Discusión

Esta investigación tuvo como propósito reafirmar la importancia de la estimulación temprana teniendo como pilares la plasticidad cerebral, el entorno familiar, el espacio donde se realiza el tratamiento, los recursos disponibles y la capacitación del terapeuta.

Según Moreno, mientras el niño crece el cerebro va madurando y es importante que se aproveche la plasticidad cerebral para que el desarrollo sea óptimo y no exista ningún retraso; es por esto que es de suma importancia aprovechar dicha plasticidad en los niños para obtener mejores resultados en el tratamiento.

En relación al entorno familiar, Arango de Narváez y otros, afirman que el aporte de estímulos brindados por la familia repercute directamente sobre el desarrollo psicomotriz de los niños; esto lo pudimos observar en varios pacientes, donde la falta de compromiso por parte de la familia incluyó en el área de audición y lenguaje y en el área de personal social, en donde los niños que recibieron el tratamiento podrían haber conseguido mejores resultados si sus familias brindaban mayor cantidad de estímulos.

El espacio donde se realiza el tratamiento influye en ciertos aspectos del desarrollo psicomotriz, sobretodo en pacientes más pequeños, los cuales demuestran con mayor facilidad su agrado o desagrado, generando así una barrera para el desarrollo de la sesión.

Por último, los recursos y la capacitación del terapeuta son factores indispensables en el avance del tratamiento, para así brindar lo mejor a cada paciente y favorecer un mejor desarrollo.

Conclusión

El objetivo fundamental de esta tesis era determinar la importancia de la estimulación temprana para el desarrollo psicomotriz de los nacidos prematuros. Y para ellos se utilizó la escala de Nelson Ortiz que en un primer momento nos reveló que los 20 pacientes no se encontraban en el estado normal de desarrollo psicomotriz.

Se registró y se comprobó que mediante la aplicación de las sesiones de estimulación temprana en todos los pacientes se generó un efecto positivo para su desarrollo psicomotriz, aumentando y mejorando el nivel con respecto de la primera evaluación.

Esta tesis ha demostrado que la estimulación temprana repercute positivamente en aquellos pacientes que no logran alcanzar por si solos los hitos del neurodesarrollo permitiéndoles desarrollarse plenamente de acuerdo a su edad evitando futuras complicaciones.

Referencias bibliográficas

Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros. [internet]* 2018. Disponible desde: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

Organización Mundial de la Salud. Reducir la mortalidad de los recién nacidos. [internet]* 2019. Disponible desde: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducingmortality>

Fernández C, Matzumura J, Gutiérrez H, Zamudio L, Melgarejo G.

Secuelas del neurodesarrollo de recién nacidos prematuros de extremadamente bajo y de muy bajo peso a los dos años de edad, egresados de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2009 – 2014. Horiz Med [Revista de internet]* 2017, Abr – Jun; 17(2): 6-13.

Disponible desde: <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v17n2/a02v17n2.pdf>

Nair MKC, Sunitha RM, Leena ML, George B, Bhaskaran D, Sudhakar PS.

CDC Kerala 2: Development Intervention package for babies < 1.800 g – Outcome at 6 mo Using DASIII. Indian J Pediatr [Revista de internet]* 2014, Dic. Disponible desde:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25429998/>

Ríos JA, Cano IT. Influencia del nacimiento prematuro en el desarrollo neuropsicológico infantil. Psicoespacios. [Revista de internet]* 2016, 201-238. Disponible desde:

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5578189.pdf+&cd=6&hl=es419&ct=clnk&gl=pe>

Schonhaut L, Pérez M, Muñoz S. Asociación entre morbilidad neonatal, edad gestacional y déficit de desarrollo psicomotor en prematuros

moderados y tardíos. Rev chil pediatr [Revista de internet]* 2015, Dic

Disponible desde:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062015000600007

Palau, E. (2004) *Aspectos básicos del desarrollo infantil*, 1ª ed. España: Ceac.

Organización Mundial de la Salud. ¿A qué problemas de salud se enfrentan los bebés prematuros? [internet]* 2013

Disponible desde:

https://www.who.int/features/qa/preterm_health_challenges/es/

Stein, L. (2012) *Estimulación Temprana*, 5ª ed. Argentina: Lea.

Castellanos AL, Alfonso ML, Campo MP, Rincón G, Gómez MC, Sánchez

YN. Edad motora versus edad corregida en infantes prematuros y con bajo

peso al nacer. Rev Fac Med [Revista de internet]* 2014, May; Disponible desde:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v62n2/v62n2a06.pdf>

Antoraz, E. (2010) *Desarrollo cognitivo y motor*, 1ª ed. España: Editex.

Gomes da Cunha P, Mota A, Panúncio MP, Lara L. Estimulación temprana

en enfermería pediátrica: El papel del terapeuta ocupacional. TOG. 2012;16.

Laza Gutiérrez, N. (2020, 13 enero). *Neuroplasticidad en los niños*. – *NeuroXtimular*. NeuroExtimular. Disponible en:

<https://www.neuroxtimular.com/neuroplasticidad-en-los-ninos/#:%7E:text=Tambi%C3%A9n%20es%20conocida%20como%20la,que%20el%20ni%C3%B1o%20va%20adquiriendo.>

Simón, A. (2013) *La importancia de la Estimulación Temprana en el área motriz fina de los niños/as de 0 a 24 meses en el centro de desarrollo infantil “pequeños*

traviesos” de la ciudad de Latacunga” (Tesis de Licenciatura, Universidad Técnica de Ambato). Disponible en:
<http://repo.uta.edu.ec/bitstream/handle/123456789/4389/Andrea%20Paola%20Simon%20Gordillo.pdf?sequence=1>

ORTIZ PINILLA, N. (1999, noviembre). *Escala Abreviada de Desarrollo*.

Disponible en:

<https://docenciaeinvestigacionmanuel Sanchezserrano.files.wordpress.com/2014/08/escala-abreviada-de-desarrollo-unicef-colombia.pdf>

Anexo


Salta, 2 de Noviembre de 2022.-

A la Gerencia Administrativa del
Hospital Público Materno Infantil S.E.
S. / D.

Nos dirigimos a Ud., en nuestro carácter de alumnas del quinto año de la Licenciatura en Fisiología y Fisioterapia, carrera que cursamos en UCASAL (Universidad Católica de Salta), para obtener el título debemos realizar un Trabajo Final, eligiendo como proyecto de Tesis a presentar: **"LA IMPORTANCIA DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA PARA EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NACIDOS PREMATUROS"**, para ello debemos realizar el seguimiento de los pacientes prematuros que asistan a los Consultorio Externos del Servicio de Fisiología de este Hospital, durante tres meses.-

Solicitamos su autorización para que el Proyecto de Tesis propuesto pueda desarrollarse en este nosocomio.-

Atentamente.-


Dr. Fernando Gajo Cornejo
Swissair / Abdomen
Luzes / Uruguay / en Salta / en la Sede
Universidad Católica de Salta



Registro de Recepción
Fecha: 03-11-22 01:45:15
S. / D.

Mariana González
SECRETARÍA DE CIENCIAS
H.P.M.I.

APROBACION DEL TUTOR

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

"LA IMPORTANCIA DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ DE LOS NIÑOS NACIDOS PREMATUROS." de Camila Pezzini Aparicio, Candelaria Poma Villar, estudiantes de la Carrera de Fisioterapia y Kinesiología, considero que reúnen todos los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud

Salta Diciembre del 2022

LA TUTORA

Lic. Cristina Zurita

FORMULARIO DE DESARROLLO INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS (0 A 5 AÑOS)
 (Instrumento de medida psicosocioafectivo: EAD- Nelson Ortiz)

Niño, Niña o adolescente:

Fecha: _____

Nombres y apellidos: _____
 primer apellido segundo apellido nombres

Fecha de Nacimiento: _____ Edad en meses _____ Peso (kg) _____
 día mes año

Nombre: _____

Cargo función: _____

Firma: _____

Edad Meses	Item	"A" Motricidad gruesa	Puntaje	"B" Motricidad Fina Adaptativa	Puntaje	"C" Audición y Lenguaje	Puntaje	"D" Personal Social	Puntaje
<1	0	Patea vigorosamente		Con la vista sigue el movimiento horizontal y vertical del objeto		Se sobresalta cuando oye ruidos		Segue con la mirada los movimientos de la cara	
	1	Cuando está en posición boca abajo, levanta la cabeza		Abre las manos y las mira		Busca los sonidos con la mirada		Reconoce a la madre	
	2	Sostiene la cabeza cuando se lo toma de los brazos y se lo levanta		Sostiene un objeto en la mano		Pronuncia dos sonidos guturales diferentes		Sonríe al acariciarlo	
1 a 3	3	Cuando está en posición boca abajo, levanta la cabeza y el pecho		Se lleva un objeto a la boca		Balbucea con las personas		Se voltea cuando se le habla	
	4	Cuando está sentado mantiene el control de la cabeza		Agarra objetos voluntariamente		Pronuncia 4 o más sonidos diferentes		Agarra las manos del examinador	
4 a 6	5	Se voltea de un lado a otro		Sostiene un objeto en cada mano		Ríe a carcajadas		Acepta y coge juguetes	
	6	Intenta sentarse solo		Pasa un objeto		Reconoce cuando se lo llama		Pone atención a la conversación	
	7	Se sostiene sentado con ayuda		Manipula varios objetos a la vez		Pronuncia 3 o más sílabas		Ayuda a sostener la taza para beber	
7 a 9	8	Se arrastra en posición boca abajo		Agarra un objeto pequeño con los dedos		Hace sonar el chimesco		Reacciona frente a su imagen en el espejo	
	9	Se sienta por sí solo		Agarra un cubo con dedos pulgar e índice		Pronuncia claramente una palabra		Imita aplausos	
	10	Gatea		Mete y saca objetos de una caja		Niega con la cabeza		Entrega un objeto al examinador	
10 a 12	11	Se agarra y se pone de pie		Agarra un tercer objeto sin soltar otros		Llama a la madre o acompañante		Pide un juguete u objeto	
	12	Se para solo sin ayuda		Busca objetos escondidos		Entiende una orden sencilla		Bebe una taza solo	
	13	Da pasos solo		Hace una torre de 3 cubos		Reconoce 3 objetos		Señala una prenda de vestir	
13 a 18	14	Camina solo		Pasa hojas de un libro		Combina 2 palabras		Señala 2 partes del cuerpo	
	15	Corre		Espera que salga la pelota		Reconoce 6 objetos		Avisa para ir al baño	
	16	Patea la pelota		Tapa una caja de manera correcta		Nombra 5 objetos		Señala 5 partes del cuerpo	
19 a 24	17	Lanza la pelota con las manos		Hace garabatos		Usa frases de 3 palabras		Trata de contar experiencias	
	18	Salta en dos pies		Hace torres de 5 o más cubos		Dice más de 20 palabras claras		Durante el día tiene control de la orina	
	19	Se para en puntas de ambos pies		Ensarta 6 o más cuentas		Dice su nombre completo		Diferencia hombre y mujer	
25 a 36	20	Se levanta sin usar las manos		Copia línea horizontal y vertical		Conoce alto, bajo, grande, pequeño		Dice el nombre de su mamá y de su papá	
	21	Camina hacia atrás		Separa objetos grandes y pequeños		Usa oraciones completas		Se lava solo las manos y la cara	
	22	Camina en puntas de pies		Dibuja figura humana de 3 partes		Conoce para qué sirven 5 objetos		Puede desvestirse solo	
37 a 48	23	Se para en un solo pie		Corta el papel con las tijeras		Repite 3 números		Comparte juegos con otros niños	
	24	Lanza y agarra la pelota		Copia cuadrado y círculo		Describe bien un dibujo		Tiene amigo (s) especial (es)	
	25	Camina en línea recta		Dibuja figura humana de 5 partes o más		Cuenta los dedos de la mano		Puede vestirse y desvestirse solo	
49 a 60	26	Salta tres o más pasos en un pie		Agrupar objetos por color y forma		Distingue: atrás, adelante, arriba, abajo		Sabe cuantos años tiene	
	27	Hace rebotar la pelota y la agarra		Dibuja imitando una escalera		Reconoce o nombra 4 o 5 colores		Organiza juegos	
	28	Con los pies juntos salta una cuerda de 25 cm. de altura		Agrupar objetos por color, forma y tamaño		Expresa opiniones		Hace mandados	
61 a 72	29	Corre saltando y alternando los pies		Reconstruye torres de 10 cubos		Conoce izquierda y derecha		Conoce el nombre de la calle, barrio, pueblo de residencia	
	30	Salta desde 60 cm. de altura		Dibuja una casa		Conoce en orden los días de la semana		Habla de su familia	
Puntaje		Sumatoria "A" MOTRICIDAD GRUESA		Sumatoria "B" MOTRICIDAD FINA ADAPTATIVA		Sumatoria "C" AUDICIÓN Y LENGUAJE		Sumatoria "D" PERSONAL SOCIAL	

PARÁMETROS NORMATIVOS PARA LA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DE NIÑOS MENORES DE 60 MESES

EDAD EN MESES	"A" Motricidad Gruesa				"B" Motricidad Fina Adaptativa				"C" Audición y Lenguaje				"D" Persona Social				TOTAL			
	Aleria	Medio	Medio alto	Alto	Aleria	Medio	Medio alto	Alto	Aleria	Medio	Medio alto	Alto	Aleria	Medio	Medio alto	Alto	Aleria	Medio	Medio alto	Alto
	1-3	0-1	2-3	4-5	6-	0-1	2-3	4-5	6-	0-1	2-3	4-5	6-	0-1	2-3	4-5	6-	0-6	7-13	14-22
4-6	0-4	5-6	7-9	10-	0-4	5-6	7-9	10-	0-4	5-6	7-9	10-	0-4	5-6	7-9	10-	0-19	20-27	28-34	35
7-9	0-7	8-10	11-13	14-	0-7	8-10	11-13	14-	0-7	8-10	11-13	14-	0-7	8-10	11-13	14-	0-31	32-39	40-48	49
10-12	0-11	12-13	14-16	17-	0-11	12-13	14-16	17-	0-11	12-13	14-16	17-	0-11	12-13	14-16	17-	0-42	43-49	50-56	57
13-18	0-13	14-16	17-19	20-	0-13	14-16	17-19	20-	0-13	14-16	17-19	20-	0-13	14-16	17-19	20-	0-51	52-60	61-69	70
19-24	0-16	17-19	20-23	24-	0-16	17-19	20-23	24-	0-16	17-19	20-23	24-	0-16	17-19	20-23	24-	0-61	62-71	72-83	84
25-36	0-19	20-23	24-27	28-	0-19	20-23	24-27	28-	0-19	20-23	24-27	28-	0-19	20-23	24-27	28-	0-74	75-86	87-100	101
37-48	0-22	23-26	27-29	30-	0-22	23-26	27-29	30-	0-22	23-26	27-29	30-	0-22	23-26	27-29	30-	0-89	90-100	101-114	115
49-60	0-26	27-29	30-		0-26	27-29	30-		0-26	27-29	30-		0-26	27-29	30-		0-101	102-113	114-	

FOTOS DE LOS PACIENTES ANTES DEL TRATAMIENTO





FOTOS DE LOS PACIENTES DESPUES DEL TRATAMIENTO

