



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA TERAPIA FÍSICA**

TEMA:

Aplicación de la Estimulación Temprana en el desarrollo psicomotriz de los niños y niñas de 0-1 año con retraso psicomotor atendidos en el área de estimulación temprana del Hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo" de la Ciudad de Guayaquil en un periodo de mayo a septiembre del 2016

AUTORA:

Aguiño Sánchez, Lourdes Narcisa

Trabajo de Titulación Previo a la Obtención del Título:

LICENCIADA EN TERAPIA FÍSICA

TUTORA:

Encalada Grijalva, Patricia Elena

Guayaquil, Ecuador

19 de Septiembre de 2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA TERAPIA FÍSICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Aguiño Sánchez, Lourdes Narcisa**, como requerimiento para la obtención del Título de **Licenciada en Terapia Física**.

TUTORA

f. _____

Encalada Grijalva, Patricia Elena

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Celi Mero, Martha Victoria

Guayaquil, a los 19 del mes de Septiembre del año 2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA TERAPIA FÍSICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Aguiño Sánchez, Lourdes Narcisa

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación **Aplicación de la Estimulación Temprana en el desarrollo psicomotriz de los niños y niñas de 0-1 año con retraso psicomotor atendidos en el área de Estimulación Temprana en el Hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo" de la ciudad de Guayaquil en un periodo de mayo a septiembre del 2016** previo a la obtención del **Título de Licenciada en Terapia Física**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 19 del mes de septiembre del año 2016

LA AUTORA

f. _____

Aguiño Sánchez, Lourdes Narcisa



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

AUTORIZACIÓN

Yo, Aguiño Sánchez, Lourdes Narcisa

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación **Aplicación de la Estimulación Temprana en el desarrollo psicomotriz de los niños y niñas de 0-1 año con retraso psicomotor atendidos en el área de Estimulación Temprana en el Hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo" de la ciudad de Guayaquil en un periodo de mayo a septiembre del 2016**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 19 del mes de septiembre del año 2016

LA AUTORA:

f. _____

Aguiño Sánchez, Lourdes Narcisa

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a Dios, la bendición de haberme permitido terminar mis estudios y haber permitido que personas maravillosas hayan aportado para que este sueño pueda cumplirse.

Agradezco el esfuerzo que mis padres Alba Sánchez y John Aguiño han hecho, para poder ser una profesional y haberme dado el apoyo y el ánimo día a día para no flaquear a pesar de las dificultades que se presentaron en el camino y también a mi hermano John.

Agradezco a los docentes quienes brindaron sus conocimientos y experiencias para lograr esta meta.

También agradecer a la Lcda. Lídice Reyes quien me abrió las puertas del área para poder llevar a cabo este proyecto y a las autoridades del Hospital.

Gracias infinitas a todos los que han estado conmigo en esta etapa, y sin olvidar a mi amigo Oswaldo que ha sido mi gran apoyo, y a todos aquellos que han colaborado en este feliz término de mi vida estudiantil que asumo con mucha responsabilidad y ética profesional.

Lourdes Aguiño

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a quienes me han apoyado y guiado en el camino, a mis padres Alba Sánchez Palacios y John Aguiño Sangurima.

Lourdes Aguiño



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA TERAPIA FÍSICA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

PATRICIA ELENA ENCALADA GRIJALVA

TUTORA

ISABEL GRIJALVA GRIJALVA

MIEMBRO I DEL TRIBUNAL

STALIN AUGUSTO JURADO AURIA

MIEMBRO II DEL TRIBUNAL

SHEYLA ELIZABETH VILLACRÉS CAICEDO

OPONENTE

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁG.
REPORTE URKUND	
AGRADECIMIENTO	VI
TRIBUNAL.....	VIII
ÍNDICE	IX
ÍNDICE DE TABLAS.....	XI
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	XII
RESUMEN.....	XIII
ABSTRACT	XIV
INTRODUCCIÓN.....	15
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	20
2. OBJETIVOS.....	21
2.1. Objetivo General	21
2.2. Objetivos Específicos.....	21
3. JUSTIFICACIÓN	22
4. MARCO TEÓRICO	23
4.1. Marco Referencial	23
4.2. Marco Teórico	25
4.2.1. Desarrollo psicomotor normal.....	25
4.2.2. Retraso del desarrollo.....	29
4.2.3. Estimulación Temprana.....	36
4.3. Marco Legal.....	46
5. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.....	50
6. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LAS VARIABLES.....	51
7. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	52
7.1. Justificación de la elección del diseño.....	52
7.2. Población y Muestra.....	52
7.2.1. Criterios de Inclusión.....	53
7.2.2. Criterios de Exclusión	53
7.3. Técnicas e Instrumentos de Recogida de Datos.....	53
7.3.1. Técnicas.....	53

7.3.2. Instrumentos.....	54
8. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	55
8.1. Análisis e interpretación de resultados.....	55
9. CONCLUSIONES	63
10. RECOMENDACIONES	64
11. Presentación de Propuesta de Intervención.....	65
Protocolo de Tratamiento Fisioterapéutico.....	67
BIBLIOGRAFÍA:.....	71
ANEXOS	78

ÍNDICE DE TABLAS

CONTENIDO	PÁG.
Tabla 1: Materiales a utilizar en las pruebas manipulativas por edades.....	36
Tabla 2: Distribución porcentual del género de los niños	55
Tabla 3: Distribución porcentual por edad.....	56
Tabla 4: Distribución porcentual del diagnóstico de los niños	57
Tabla 5: Distribución del nivel de retraso global de los niños	58
Tabla 6: Distribución del nivel de retraso del Control Postural (P).....	59
Tabla 7: Distribución del nivel de retraso de la Coordinación óculo-motriz (C)	60
Tabla 8: Distribución del nivel de retraso del Lenguaje (L).....	61
Tabla 9: Distribución del nivel de retraso de Sociabilidad (S).....	62

ÍNDICE DE GRÁFICOS

CONTENIDO	PÁG.
Gráfico N°1: Distribución porcentual del género de los niños	55
Gráfico N°2: Distribución porcentual por edad.....	56
Gráfico N°3: Distribución porcentual del diagnóstico de los niños	57
Gráfico N°4: Distribución del nivel de retraso global de los niños	58
Gráfico N°5: Distribución del nivel de retraso del Control Postural (P)	59
Gráfico N°6: Distribución del nivel de retraso de la Coordinación óculo-motriz (C)	60
Gráfico N°7: Distribución del nivel de retraso del Lenguaje (L).....	61
Gráfico N°8: Distribución del nivel de retraso de Sociabilidad (S).....	62

RESUMEN

La Estimulación Temprana es muy importante en el desarrollo psicomotor de un niño. El propósito principal de esta es aprovechar la capacidad de moldeabilidad que tiene el cerebro de un niño, por lo que debe ser considerada como una estrategia de prevención. En Ecuador, el programa de estimulación no es algo antiguo, es algo que ha adquirido interés recientemente en los centros de educación y en los padres. El objetivo de este trabajo, ha sido demostrar los beneficios de la estimulación temprana en el desarrollo psicomotriz de los niños y niñas de 0-1 año con retraso psicomotor en el Hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo". Para lo cual se utilizó la técnica de Facilitación Neuromuscular Propioceptiva basado en la concientización del movimiento, mediante comandos auditivos y visuales. El presente trabajo de investigación es de enfoque cuantitativo, secuencial y probatorio, con alcance explicativo. Se seleccionó una muestra de 15 pacientes con retraso psicomotor. En los resultados obtenidos mediante la aplicación del Test Brunet-Lézine de manera global antes de la intervención se obtuvo un 13% de casos leves, 7% moderado y 80% severo. Luego de la aplicación de la estimulación temprana se observaron mejorías en el que un 40% pasó a ser normal, 47% leve, 7% moderado y 7% severo. En conclusión puedo decir que en este trabajo se ha demostrado satisfactoriamente que la Estimulación Temprana en los niños desde los primeros meses de vida contribuyen al mejor desarrollo psicomotriz. Por tanto recomiendo que quienes trabajen con los niños sean personas capacitadas para mejorar el desarrollo psicomotriz, siendo los más indicados los fisioterapeutas.

Palabras clave: ESTIMULACIÓN TEMPRANA; DESARROLLO PSICOMOTRIZ; RETRASO PSICOMOTOR; TEST-BRUNET LÉZINE; EDAD CRONOLÓGICA.

ABSTRACT

Early stimulation is important in the children psychomotor development. The principal purpose of this is to take benefit of the moldable capacity that the child's brain has, additionally it must be consider as a prevention strategy. In Ecuador, the stimulation program is not something old, it has recently acquired interest in the education centers and parents. The objective of this research has been demonstrated the benefits of the early stimulation in psychomotor development in boys and girls of 0-1 year of psychomotor disorder in Dr. Teodoro Maldonado Carbo hospital. In order to work out, the Proprioceptive Neuromuscular Facilitation technique was used which is based in the awareness of movement by hearing and visual commands. The present investigation approach is quantitative, sequential and evidentiary, with explanatory. Investigators selected a sample of 15 patients with psychomotor disorder. In the results obtained by the application of the Brunet- Lézine test in a global way before the intervention we got a 13% of mild cases, 7% moderate and 80% severe. After the application of early stimulation better results were observed in which 40% passed to be normal, 47% mild, 7% moderate and 7% severe. In conclusion I can say that this work has demonstrated satisfactorily that early stimulation in kids since their first month of lives contribute better to the psychomotor development. Therefore I recommend that those who work with children are trained people to improve psychomotor development, the most indicated physiotherapists.

Key Words: EARLY STIMULATION; PSYCHOMOTOR DEVELOPMENT; PSYCHOMOTOR DISORDER; BRUNET-LÉZINE TEST, CHRONOLOGICAL AGE.

INTRODUCCIÓN

El gobierno Ecuatoriano está enfocando los objetivos de atender a todos los sectores de la población, siendo principalmente los de salud y educación, de los sectores más vulnerables, para analizar las fortalezas y debilidades de sus acciones efectuadas y según los resultados obtenidos ajustar los cambios necesarios, para lograr sus objetivos planteados, de tener sus sistemas sociales óptimos y eficaces, buscar las soluciones pertinentes, de las cuales tenemos que trabajar con calidad y calidez, según la nueva constitución vigente (2008) y el Plan Nacional del Buen Vivir (PNBV).

En el ambiente de salud, se busca siempre mejorar los protocolos de tratamiento para las diferentes enfermedades, que son comunes en nuestro medio, tomando en consideración los parámetros internacionales y haciendo adaptaciones acordes a nuestra posibilidad y realidad social.

Actualmente el área de Estimulación Temprana del Hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo" cuenta con 150 niños/as que presentan diversas dificultades en su desarrollo, por enfermedades como parálisis cerebral, síndrome de Down y retraso psicomotor, cuyas causas pueden ser muchas, entre las cuales están, los problemas que la madre haya tenido durante el embarazo, ya sean estos de salud como emocionales; así como pueden ser problemas que se presenten en el momento del parto. La atención y fin social, debe tener como objetivo prevenir la discapacidad, de estos niños/as que en el futuro sean incluidos como entes socioeconómicamente activos, para la recuperación como ser humano, según sus capacidades, para lo cual se busca utilizar los mejores protocolos posibles para conseguir este objetivo inclusivo.

El retraso del desarrollo es una demora en la secuencia de los hitos madurativos, ya que los hitos madurativos si se cumplen en el desarrollo del

niño pero de manera lenta, respecto a su edad (Álvarez Gómez, Soria Aznar, Galbe Sánchez, 2009), con la estimulación temprana podemos activar las diferentes áreas sensitivas y motoras de los niños, que por diversos factores no se han estimulado y desarrollado adecuadamente.

La metodología tiene un enfoque cuantitativo, secuencial y probatorio; se estudió una muestra de quince niños de 0-1 año con retraso, se llevó un registro del inicio de la estimulación temprana y evolución, para lo cual se aplicó el Test Brunet-Lézine.

La hipótesis planteada fue que la Estimulación Temprana mejora el desarrollo psicomotriz de los niños y niñas de 0-1 año con retraso psicomotor, que acuden al área de Estimulación Temprana del Hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo" de la ciudad de Guayaquil.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El retraso del desarrollo psicomotor es una alteración que se presenta con alta incidencia en nuestro país y puede causar discapacidad si no es atendido oportunamente. Al referirnos con retraso del desarrollo, se trata de una alteración en los niveles de maduración ya sea neurológica, psicomotora, sensitivo-perceptivo, psicológica y de lenguaje que pueden causar o no una discapacidad. Esto puede presentarse en niños que con factores de riesgo como: desnutrición, inadecuada atención ya sea en el embarazo, en el parto, en los primeros días o en los primeros años de vida.

Según Licona (2013) una de sus causas es la asfisia neonatal, la cual "sigue siendo un problema frecuente en la práctica pediátrica y causa importante de morbimortalidad, puede ocurrir antes del nacimiento, durante el trabajo de parto o en el período neonatal". Es la causa más común de retraso psicomotor (p.26).

En la actualidad la Estimulación Temprana se ha convertido en una de las mejores armas para mejorar el desarrollo de los niños. No solo ayuda a mejorar el progreso de los niños y reducir sus problemas, sino que también contribuye a mejorar las relaciones con sus padres y el entorno.

En sus inicios, indica Garza (2014) que la estimulación temprana fue utilizada únicamente como terapia remedial para quienes no desarrollaban habilidades emotivas, cognitivas y/o motoras, y en otros casos era necesario encauzarlas cuando presentaban leve retardo psicomotor.

En décadas pasadas, era la madre quien se encontraba involucrada al cien por ciento en la crianza de sus hijos, ya que era dedicada únicamente al hogar y sus labores, siendo ellas, las que de una u otra forma proporcionaban los estímulos necesarios para el desarrollo del niño.

En la actualidad las cosas han cambiado, las madres se dedican a trabajar, descuidan a sus hijos o los dejan a cargo de terceras personas, por tal razón los niños llegan a presentar depresión o por el contrario reacciones emocionales violentas, e inclusive alteraciones en su desarrollo psicomotor presentando un retraso.

Sin embargo en los últimos años la comunidad internacional se ha dirigido a todos los países, al desarrollo de programas que vayan dirigidos hacia la protección de la niñez, y a la mejora de calidad de vida. Es por eso que Huiracocha (2012) señala que actualmente todos "los niños y niñas tienen derecho al desarrollo digno, esto implica cuidado, protección del curso normal y atención de calidad cuando hay alteraciones" (p.32).

En su investigación Montoya, Giraldo, Arango, Forgiarini, & García (2014) indicaron qué:

El desarrollo de los nuevos ciudadanos de un país y su sobrevivencia como grupo social están relacionados con los esfuerzos que las instituciones gubernamentales, de salud y educativas, entre otras, realicen en función de la asistencia, cuidada con educación y atención de la salud con calidad a los niños a inicio de su vida, para que desarrollen sus potencialidades a nivel cognitivo, emocional y social, lo que facilitará la transformación de las nuevas generaciones. (p. 638)

En el área de Estimulación Temprana del Hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo" una de las causas más frecuentes de atención de los niños, es la Hipotonía, siendo este la causa de la mayoría de casos atendidos en el área.

Esta alteración está presente en el 2 a 3% de los recién nacidos y lactantes a nivel mundial generando problemas en el desarrollo psicomotor del niño. La Licenciada en Educación para la Salud Lídice Reyes, del Hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo", señala que los niños que no son tratados a tiempo, en un futuro tendrán dificultades para sentarse, mantenerse de pie e incluso realizar otro tipo de actividades de acuerdo a sus edades.

En su trabajo de investigación Barreno & Macías indican que:

La importancia de la estimulación temprana está considerada en la Constitución Nacional 2008 vigente y en el Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017, donde se abordan que el desarrollo infantil integral se da a través de varias acciones integradas de parte de la familia, comunidad y el estado ecuatoriano. (p. 111)

Durante esta investigación dentro del área de Estimulación Temprana del Hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo", para niños de 0-1 año, se detectará el nivel de retraso psicomotor con el que llegan, y dependiendo su estado, se realizará el programa de Estimulación Temprana, así posteriormente mejorar su desarrollo psicomotor.

1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Conociendo la importancia de la Estimulación Temprana se formula la siguiente pregunta:

¿Qué beneficios tiene la Estimulación Temprana en el desarrollo psicomotriz de los niños y niñas de 0-1 año que presentan retraso psicomotor en el área de Estimulación Temprana del Hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo" de la ciudad de Guayaquil?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Demostrar el efecto de la estimulación temprana en el desarrollo psicomotriz de los niños y niñas de 0-1 año con retraso psicomotor en el área de Estimulación Temprana del Hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo" de la ciudad de Guayaquil.

2.2. Objetivos Específicos

- Evaluar el nivel de desarrollo psicomotriz de los niños de 0-1 año, mediante una valoración inicial por medio del Test de Brunet-Lézine para conocer el estado actual del infante.
- Aplicar la estimulación temprana en los niños de 0-1 año.
- Establecer los beneficios de la estimulación temprana mediante el análisis de resultados.
- Diseñar un programa de Estimulación Temprana como propuesta de intervención para niños de 0-1 año con retraso psicomotor.

3. JUSTIFICACIÓN

La situación de los niños con retraso psicomotor, son críticas por su alta incidencia, ya que son dependientes para su diario vivir, con los mismos derechos al buen vivir, que en muchas ocasiones no son respetados.

El retraso psicomotor es considerado, como una demora en los procesos madurativos, que sí se cumplen en el niño, pero es algo que sucede de manera lenta y por ende no sucede en la edad cronológica correspondiente.

Es importante esta investigación por el análisis de los problemas de los niños con retraso psicomotor, dando pleno conocimiento sobre la problemática existente en sus diversos contextos, biopsicosocial y sobre todo de inclusión, buscando mecanismos para posibles soluciones que beneficien tanto al niño, a la familia en general y a toda la sociedad.

El test de Brunet-Lézine permite evaluar el desarrollo del niño, y explorar cada una de las áreas del niño evaluando su nivel madurativo: (P) control postural, (C) coordinación oculomotriz, (L) lenguaje, (S) sociabilidad.

Este estudio es con la finalidad de demostrar el efecto de la estimulación temprana en el desarrollo psicomotriz en los niños y niñas de 0-1 año que serán atendidos en el área de Estimulación Temprana del Hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo", para que sea parte del tratamiento integral del retraso psicomotor.

De esta manera se podrá dar cumplimiento al Plan Nacional del Buen Vivir, a la inclusión social, considerada como una respuesta a esa gran mayoría que la necesita para mejorar la calidad de vida de los niños, a su familia y a la sociedad.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Marco Referencial

El estudio de Intervención Temprana en Europa: Organización de Servicios y Asistencia a los niños y sus familias. Tendencias en 17 países Europeos, se basa en describir el abordaje de 17 países en cuanto a la intervención temprana, los países examinados fueron aquellos que forman parte de la Agencia de Europa, es decir los 15 estados miembros de la Unión Europea, Noruega e Islandia. Cada país fue investigado en cuanto a los servicios de intervención temprana. En algunos países existen servicios descentralizados, sin embargo estos procuran ser más accesibles.

En cuanto a los profesionales, estos son de nivel alto, los equipos no serán los mismos en todos los países, pero tienen similitud en cuanto al funcionamiento de estos; para muchos países algo primordial es enfocarse en la prevención. Algo que se vio reflejado en todos los países era el interés y consideración de los padres respecto a la atención que necesitaban sus hijos (Soriano, 1999).

Este trabajo se dio con el fin de demostrar la efectividad de un programa de Estimulación Temprana en la institución "Vida's Centro de la Familia", realizado en niños con desarrollo motor normal de 0-3 años, siendo el total de niños 100, dividiéndolo en un grupo experimental conformado por 50 niños, y un grupo de control de 50 niños. Este trabajo tuvo una duración de 6 meses, aplicándosele tanto al inicio como al final una Escala de Evaluación del Desarrollo de Memphis.

Las intervenciones del grupo experimental constaban de masaje, musicoterapia, estimulación acuática, técnicas de lenguaje, y dinámicas de juego.

Al final de este trabajo, la valoración de Memphis demostró resultados significativos en el desarrollo psicomotor de los niños en aproximadamente 4 meses, lo que demuestra la utilidad del programa con el que se trabajó. El grupo de control también tuvo mejoría pero en menor cantidad que aquellos que recibieron la estimulación (Flores, 2013).

La Evaluación del impacto del programa de vigilancia y promoción del desarrollo integral del niño sobre la estimulación en el hogar en niños menores de 3 años, se basa en incorporar a las familias un programa de vigilancia y promoción del desarrollo integral en niños menores de 3 años, en el que están incluidas las madres o el encargado de cuidar al niño. Para este estudio se incluyeron 162 niños con sus cuidadores 78 de ellos formaron parte del grupo de intervención mientras que los 84 fueron parte solo de un programa de control. Ambos grupos al ser comparados en cuanto a un nivel de estimulación, mostraron diferencias significativas pues los que pertenecían al grupo de control, presentaron un nivel de estimulación baja.

De esta manera quedó comprobada la eficacia de un programa de estimulación temprana, resultados que se fueron observando desde el cuarto mes de intervención, la mejoría también fue reflejada en los hogares en cuanto a organización e involucramiento para con los niños. (Izazola, et al., s.f).

Mediante la Importancia de la vigilancia del desarrollo psicomotor por el pediatra de Atención Primaria: revisión del tema y experiencia de seguimiento en una consulta en Navarra se realizó la detección precoz de los problemas del desarrollo es un procedimiento diseñado para identificar a niños que deben recibir una valoración y diagnóstico de un posible trastorno del desarrollo. A pesar de que hace ya más de tres décadas, profesionales como Illingworth y Haggerty señalaron una nueva morbilidad en la práctica pediátrica en problemas del desarrollo, todavía resulta difícil precisar cuál sería la mejor manera de identificar a niños con retraso del desarrollo. Para este estudio se tomó un grupo de 472 niños de 0-6 años nacidos entre 1996 y 2000 para el seguimiento del desarrollo se utilizó la escala de Haizea- Llevant.

En una muestra la prevalencia del retraso del desarrollo es relevante el 8,68% de la población general de 0-6 años atendidos en las consultas de pediatría. El 51,21% evolucionó hacia algún tipo de patología, lo que supondría el 4,4% de la población en general de los niños de 0-6 años. El 73% de estos niños presentaron riesgo biológico y social mientras que el 27% no lo tenía, en ambos grupos hubo niños que evolucionaron hacia algún tipo de patología. De esto parte un interés de tratar no solo niños con discapacidades sino a aquellos que corren el riesgo de presentarlas (Álvarez, Soria, Galbe, 2009a).

4.2. Marco Teórico

4.2.1. Desarrollo psicomotor normal

Mediante una guía "0-12 meses Manual de Instrucciones de Bebé" (Nasanovsky, J., Ruggeri, M., 2003) se rescató información importante sobre el desarrollo de los niños desde el primer mes de vida hasta los doce meses.

4.2.1.1. Primer mes

En su primer mes de vida, el niño presenta una serie de reflejos arcaicos o primitivos. Cuando los niños están boca abajo o boca arriba tienden a llevar su cabeza hacia un mismo lado porque aún no tienen un control cefálico total.

Durante este primer mes de vida los bebés ante cualquier ruido se asustan y abren sus manos y brazos a lo que conocemos como el "Reflejo de Moro".

4.2.1.2. Segundo mes

Los reflejos arcaicos que están presentes desde el primer mes, siguen presentes durante su segundo mes. Entre estos sigue manifiesto el reflejo cervical asimétrico.

Aquí ya sigue un objeto con su mirada, aunque no en su totalidad, sonrío al ver un rostro de quienes lo observan, en especial el de la madre, y comienza a emitir sonidos guturales.

4.2.1.3. Tercer mes

En este tercer mes los reflejos arcaicos van a ir desapareciendo; hay un mayor control cefálico, por lo cual el niño puede levantar ligeramente la cabeza cuando está boca abajo, al cambiarlo de posición ya logran mantener su cabeza en la línea media, persistiendo aún una ligera oscilación.

4.2.1.4. Cuarto mes

En este mes, no hay presencia de los reflejos arcaicos, hay un control total de su cabeza sin presencia de oscilación. El "Reflejo de prensión primitiva" ha desaparecido, sus manos ya no permanecen cerradas, lo que le permite al niño tenerlas abiertas y tener una prensión manual. En esta etapa hay una mejor coordinación entre ojo-mano, lo que le permite tener la mirada fija en un objeto de su atención y poder manipularlo con sus manos, incluso en esta etapa ya comienzan a llevarse los objetos a su boca.

4.2.1.5. Quinto mes

Durante este mes, aún no permanece sentado, el niño es más activo juega con su manitos, incluso ya comienza a ponerse de costado, es decir que comienza a rolar, cuando se coloca boca abajo ya logra apoyarse en sus antebrazos y si a su alrededor hay algún objeto cerca que le llame la atención intenta agarrarlo con sus manos.

4.2.1.6. Sexto mes

Aquí el niño puede mantenerse sentado con o sin apoyo de sus manos, estas a su vez ya presentan mayor habilidad y logra pasar objetos de una mano a otra, en esta etapa aparece también la reacción de paracaidista, que es cuando coloca sus manos en reacción a una caída. Hay mayor movimiento en cuanto a sus giros, y al estar boca abajo ya logra sostenerse sobre sus manos y brazos extendidos. Respecto a su lenguaje ya comienza a balbucear diciendo sílabas como ma-ma, pa-pa.

4.2.1.7. Séptimo mes

El bebé en esta etapa, puede aún necesitar del apoyo de sus manos al sentarse, pero no todos, pues algunos podrán hacerlo sin apoyo; la habilidad de sus manos ha aumentado, aquí en esta etapa está más establecida su reacción de paracaidista, que es reacción de defensa ante una caída, también juega ya no solo con sus manos sino con sus pies.

4.2.1.8. Octavo mes

El bebé se logra sentar sin necesidad de apoyo y puede jugar libremente, y su habilidad manual es mucho mayor; en esta etapa la mayoría de niños ya

comienzan a adoptar la posición de gateo e inclusive algunos logran mantenerse de pie, pero con apoyo, por ejemplo sosteniéndose del corral.

4.2.1.9. Noveno mes

En esta etapa el niño se sienta bien, gatea, se pone de pie, e incluso comienza a dar pasos con ayuda de alguien o sosteniéndose de algún lugar. Su habilidad manual sigue aumentando, hay mayor habilidad en el uso de su pulgar e índice.

4.2.1.10. Décimo mes

El niño es mucho más activo, pues gatea y da pasos, está explorando lo que hay a su alrededor, incluso ya hay niños que deambulan sin ninguna ayuda o apoyo, van adquiriendo mayor confianza en cuanto a sus habilidades de movimiento. Sus habilidades manuales han mejorado, teniendo el desarrollo de motricidad fina, pudiendo coger objetos pequeños.

4.2.1.11. Décimo primer mes

Sus miembros inferiores ya están más firmes, y comienza a ganar equilibrio, da sus primeros pasos a una distancia corta. Sus habilidades manuales han mejorado por lo que ya hay una precisión en sus dedos índice y pulgar. Ya dice sus primeras palabras como mamá y papá.

4.2.1.12. Décimo segundo mes

Ha llegado a su primer añito, camina con mayor precisión, su destreza manual ha mejorado en cuanto a motricidad fina y gruesa, y en cuanto a su lenguaje incorporando nuevas palabras.

4.2.2. Retraso del desarrollo

Al decir esto nos referimos a aquellos niños cuyo peso está por debajo de otros niños de su misma edad y género, pero no solo nos referimos al peso sino también a que no han adquirido las habilidades propias a su edad.

En su estudio Álvarez, Soria, Galbe, (2009) definen al retraso del desarrollo como una demora en la secuencia de los hitos madurativos, para estos autores no hay nada anormal en ello, ya que los hitos madurativos si se cumplen en el desarrollo del niño pero de manera lenta, respecto a su edad.

4.2.2.1. Causas

El retraso en los niños suele observarse cuando presentan un peso y estatura menor a los de su edad. Es importante saber si el retraso en el desarrollo se da por problemas de salud de la madre, fetales, factores ambientales, sociales o algún tipo de maltrato e inclusive iatrogénicas.

4.2.2.2. Incidencia

Según Figueiras, et al., (2011) señalan que: "La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 10% de la población de cualquier país consta de personas con algún tipo de deficiencia" (p. 2).

Se estima que en Estados Unidos hay un 1-3% de niños menores de 5 años que presentan retraso en su desarrollo, que 5-10% de niños sufre alguna discapacidad referente al desarrollo psicomotor (Álvarez et al., 2009b).

En España, en una investigación sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud realizada por el Instituto Nacional de Estadística en 1999 indicó que el 2,24% de niños de 0-6 años presentan una limitación; el 2,5% de niños de esta edad tiene un trastorno en su desarrollo psicomotor que no deriva en discapacidad y otro 2,5% de niños que si presentan riesgo biológico o social de padecer un trastorno (Álvarez et al., 2009c).

En el Ecuador no hay estudios que indiquen con exactitud un porcentaje de prevalencia de los retrasos del desarrollo, "La Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales de FLACSO indica que en el país hay 989 instituciones que trabajan con Niños y Niñas Adolescentes (NNA) con capacidades especiales pero no se sabe cuántos" (Huiracocha, et al., 2012, p. 15).

4.2.2.3. Factores de riesgo

Los agentes que alteran el desarrollo del embrión son considerados como factores de riesgo. Durante el embarazo hay diversos factores que pueden aumentar las posibilidades de tener riesgo, entre las cuales están: Antecedentes de preclamsia, consumo de alcohol y drogas, madres menores de 14 años y mayores de 35, hemorragia, problemas en el embarazo (Jumbo, 2011a).

Cuando el infante va creciendo aparecerán diversos factores que pueden llegar a afectar en el desarrollo del niño. Tique & Ramos (2012) en su investigación cita que: "Los primeros dos años de vida del infante es el período de desarrollo cerebral más intenso, por tal razón cuanto más estimulante sea

el entorno en la infancia, mayor será el desarrollo y el aprendizaje del niño” (p.71).

Por lo cual es importante estimular al niño permitiéndole un óptimo desarrollo. Pero aquellos niños que no sean estimulados adecuadamente, se verán afectados su desarrollo cerebral, por lo que puede sufrir retraso en cualquiera de las áreas, dejando marcas definitivas. La falta de afecto y amor en sus primeros años de vida, puede dejar huellas permanentes, provocando así una alteración del desarrollo normal del niño.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) indica que los factores de riesgo conllevan a un crecimiento inadecuado, en los que resaltan los factores genéticos, familiares, psicosociales, ambientales, también se incluye en ellos la estabilidad familiar y las características de los padres (Tique & Ramos, 2012).

4.2.2.3.1. Preeclampsia

Enfermedad propia del embarazo que llega a manifestarse por presión arterial, retención de líquidos o por la presencia de proteínas en la orina, la progresión de esta puede ser lenta o brusca en las etapas finales del embarazo. Lo que esta provoca es un crecimiento intrauterino inadecuado, disminución del líquido amniótico e incluso provocar el desprendimiento prematuro de la placenta. Esta se desaparece al momento de dar a luz, y por ende tendremos un bebé prematuro el cual deberá recibir los debidos cuidados (Jumbo, 2011b).

4.2.2.3.2. Prematurez

Es cuando el bebé no completó sus semanas dentro del vientre materno, por lo que puede presentar dificultades al adaptarse a su nuevo entorno. Son niños que nacen antes de las 37 semanas y su peso es menor de 2500 g. En ciertos casos esto puede darse por la mala alimentación y bajo peso que presente la madre, lo que puede ocasionar la desnutrición del feto, cardiopatías, preeclampsia, enfermedades circulatorias, metabólicas, intoxicaciones, miomas, entre otras. Al nacer este presentará inmadurez en algunos de sus sistemas, que aún no están listos para responder a su nuevo entorno.

Los problemas más graves, que ponen en peligro la vida del bebé se dan en el sistema respiratorio y cardiocirculatorio. Los problemas más frecuentes son relacionados a una mala nutrición, infecciones e inclusive hemorragia intracraneana (Jumbo, 2011c).

Para evitar el aumento de factores de riesgo es importante que se identifique cualquier tipo de alteración que se manifieste en el niño, y para que este tenga un buen desarrollo es necesario prestar mucha atención a su evolución y a los factores que puedan intervenir en esta (Figueiras et al., 2011).

Existe una posibilidad que permite detectar enfermedades en la etapa neonatal, denominada Tamiz Neonatal Ampliado, enfermedades tales como: enfermedades endocrinológicas, defectos en el metabolismo de carbohidratos, fibrosis quística, entre otros (Nasanovsky & Ruggeri, 2003).

4.2.2.4. Test de evaluación del neurodesarrollo

El test o escala de evaluación que se utilizará para la evaluación del desarrollo de los niños será la "Escala del desarrollo psicomotor en la primera infancia: Test de Brunet- Lézine".

4.2.2.4.1. Test de Brunet- Lézine

Este test es publicado por primera vez en 1951 cuyas autoras son Odette Brunet e Irene Lézine. Lo que permite esta escala es evaluar el desarrollo del recién nacido, y explorar cada una de las áreas del niño evaluando su nivel madurativo por lo que mediante este test se evalúan 4 áreas:

P: control postural

C: coordinación oculomotriz

L: lenguaje

S: sociabilidad

Control Postural: Esta área abarca todo lo que tiene que ver con movimientos y desplazamientos permitiéndole al niño entrar en contacto con su medio externo. Comprende también lo que es la coordinación y motricidad gruesa y fina.

Para que el niño pueda desarrollar esta área debemos darle la libertad de manipular objetos, texturas diferentes, permitiendo que explore lo que le rodea con toda libertad, sin dejar de establecer límites (Izquierdo, 2012a).

Coordinación óculo-motriz: Es la ejecución de movimientos entre la visión y un objeto, provocando la acción de coger un objeto con la mano o moverlo

con el pie. Se puede decir que la coordinación óculo-motriz es la acción de movimientos entre la vista y la mano (Lalalelo, 2012).

Lenguaje: Es el sistema de comunicación que tenemos los seres humanos. La primera manera de comunicarse que tiene un bebé es a través del llanto, luego llegará un momento en que empieza el balbuceo, gestos, tratando de comunicarse de cierta manera con quienes lo rodean.

Esta área abarca tres aspectos, los cuales son: capacidad comprensiva, gestual y expresiva. La capacidad comprensiva está desarrollada desde el nacimiento, es decir que a pesar que el niño aún no pronuncie palabras, es capaz de entender lo que uno le dice, por lo que es importante que siempre se le hable constantemente y de manera articulada y clara (Izquierdo, 2012b).

Debemos tener en claro que el lenguaje está unido al pensamiento, por lo que es importante que cuando le enseñamos algún objeto o figura al niño digamos su nombre y así su cerebro pueda establecer conexiones relacionando así los objetos con las palabras (Izquierdo, 2012c).

Social: En esta área se incluye la sociabilización que tiene el niño y las experiencias afectivas que este tenga, dándole así la oportunidad de poder relacionarse con otros.

Para que esta área pueda desarrollarse de manera oportuna, es importante la participación que tengan los padres pues serán ellos los que brinden a sus hijos la seguridad de relacionarse con los demás, esto lo hacen brindándoles seguridad, cuidados, amor; es muy eficaz el apoyo y cuidado que los niños reciban de su familia y así puedan desenvolverse socialmente en el mundo y puedan expresar lo que sienten y piensan con toda libertad (Izquierdo, 2012d).

Esta escala consta de tres partes: La escala que se aplica a niños de 1-30 meses, se encuentra dividido en 16 niveles, cada uno consta de 10 ítems, de los cuales 6 corresponden a la evaluación y observación por parte del examinador y los otro 4 son preguntas que se le hace a la madre, al final de esto la edad de desarrollo será igual a la suma de las respuestas obtenidas en cada una de las áreas (Chacha & Crespo, 2015).

4.2.2.4.2. Aplicación del test

Las preguntas que se encuentran en el test nos dan una idea acerca de en qué nivel se debería encontrar el niño. Durante el examen las respuestas deben ser anotadas en el protocolo junto con las observaciones del niño. Al final del examen hay preguntas que son para hacérselas a la madre, los resultados deben ser agrupados en una ficha de nivel para calcular el desarrollo global y parcial del niño (Basantes & Carpio, 2016a).

4.2.2.4.3. Materiales

Del primero al sexto mes se comienzan con las pruebas en las que el niño estará boca arriba, luego se continúa con las pruebas de control postural, coordinación oculomotriz o manipulativas.

Después de los 6 meses, la prensión está sólidamente adquirida por lo que se comienza por las pruebas manipulativas, durante las cuales el niño está sentado sobre las rodillas de la madre, delante de la mesa, y se termina con las pruebas posturales (Basantes & Carpio, 2016b).

Tabla 1: Materiales a utilizar en las pruebas manipulativas por edades.

Tres, cuatro y cinco meses	Seis, siete y ocho meses
<ul style="list-style-type: none">- Cubos (madera)- Pastilla- Aro- Espejo	<ul style="list-style-type: none">-Cubos (madera)- Cubos o tazas-Aros-Cuchara-Campanilla-Espejo
Nueve y diez meses	Doce meses
<ul style="list-style-type: none">-Cubo (madera)-Cubo y taza-Taza y cuchara-Pastilla-Campanilla-Tablero de ajuste	<ul style="list-style-type: none">-Cubos (madera)-Taza y cuchara-Pastilla-Tablero de ajuste-Papel y lápiz-Libro de dibujos

Fuente: Tomada de Basantes & Carpio (2016)

Elaborado por: Aguiño Sánchez, L.

4.2.2.4.4. Calificación

En esta escala cada ítem valdrá 1 punto cuando el niño realiza la actividad, por lo tanto si tenemos un niño normal su puntaje será de 10, la suma total de los puntos obtenidos se los divide por 10, de esta manera obtendremos la edad madurativa que presenta el niño (Basantes & Carpio, 2016c).

4.2.3. Estimulación Temprana

4.2.3.1. Historia de Estimulación Temprana

La estimulación temprana, comenzó a ser utilizada por primera vez en 1961 en Inglaterra, con el fin de ayudar a los niños que presentaban algún tipo de daño cerebral o retraso. Pero esta comenzó a utilizarse como un programa

remedial, que permitiera recuperar las "habilidades cognitivas, sociales, lingüísticas y físicas de personas con leves retardos mentales y cerebrales" (Garza, 2014, p. 15).

En su estudio Beltrán (2011) señala que en el inicio de la estimulación temprana, el fisioterapeuta Glen Doman y su equipo llevaban años tratando niños con parálisis cerebral, dándose cuenta que solo masajeando sus extremidades no sanaban. Llegando a la conclusión que habría que imitar la naturaleza del desarrollo del cerebro. Es así como comenzaron a trabajar con niños que presentaban lesiones cerebrales imitando movimientos de un niño normal, con más intensidad, logrando así que el desarrollo de estos niños mejoren en gran manera permitiéndoles gatear, incluso andar. Dando inicio a la formación de programas de estimulación temprana y así poder mejorar la calidad de vida de los niños.

En 1963 este tipo de programas da inicio en Sudamérica justamente en Uruguay, por otro lado en 1971 se inicia en Venezuela. Es entre los siglos XIX Y XX que se toma la debida atención en cuanto a la educación preescolar en América Latina, debido al crecimiento que tuvo la mujer respecto al trabajo remunerado. Por tal razón se comenzaron a crear guarderías para que los niños reciban la debida atención y cuidados mientras sus madres trabajan. Tomando también fuerza en Europa entre las décadas del 50 y 60 (Acosta, 2013a, p.1).

En 1975, Molly Thorburn, médica patóloga de Jamaica realizó un proyecto de estimulación para niños menores de 6 años, en el que se basaba en enseñarle a la madre a trabajar con su hijo por medio de trabajadores comunitarios a domicilio, teniendo como resultado, progresos muy favorecedores en los niños (Acosta, 2013b).

En Ecuador, el programa de estimulación no es algo antiguo, es algo que ha adquirido interés recientemente en los centros de educación y en los padres. El 23 de agosto del 2007 se firmó un convenio entre la Vicepresidencia de la República y el Ministerio de Educación para poner en función más de 80 unidades de estimulación temprana. Es el Vicepresidente Lenin Moreno quien aclara que se brindaría atención gratuita a aquellos niños que tengan hasta 5 años de edad, con alteraciones en su desarrollo (Acosta, 2013c).

4.2.3.2. Concepto de Estimulación Temprana

La Estimulación Temprana es muy importante en el desarrollo psicomotor de un niño, mediante esta se puede aprovechar al máximo el desarrollo mental y social, y a su vez facilita la adaptación al entorno que lo rodea. El propósito principal de esta es aprovechar la capacidad de moldeabilidad que tiene el cerebro de un niño, por lo que debe ser considerada como una estrategia de prevención.

Beltrán (2011) señala que "le llamamos estimulación temprana a toda aquella actividad de contacto o juego con un bebe o niño que propicie, fortalezca y desarrolle adecuada y oportunamente sus potenciales humanos" (p.13).

Los seres humanos en sus primeros años de vida son seres dependientes de sus padres y cuidadores. Por tal razón el bebé necesita madurar, aprender y adquirir habilidades, aptitudes de supervivencia y autonomía de manera paulatina; dando así oportunidad a la estimulación temprana para cimentar este tipo de procesos (Garza, 2012, p.27).

Cuando estimulamos a un bebé, le estamos proporcionando el medio para que pueda desarrollarse y pueda fluir su capacidad de aprender; eso permitirá también a los padres a conocer mejor a sus bebés y mejorar el acercamiento

entre ambos. La estimulación temprana es un programa muy favorecedor para los niños, en el cual podemos trabajar con ellos a manera de juegos, actividades que los diviertan y les permita entrar por un momento en otro ambiente, fuera de preocupación alguna, tener la oportunidad de brindarles más atención y amor, obteniendo resultados positivos de todo esto.

Según lo señala, la Organización Mundial de la Salud (2016):

Para el futuro de la sociedad es fundamental que los niños puedan alcanzar un crecimiento físico y un desarrollo psicológico óptimo. Teniendo una buena nutrición y salud, los constantes cuidados y el estímulo para aprender en sus primeros años de vida ayudan a los niños a obtener mejores resultados escolares, estar más sanos y participar en la sociedad.(párr.1)

4.2.3.3. Fundamento

La filosofía de la estimulación temprana según Izquierdo (2012), es intervenir lo más pronto posible en las necesidades del niño, basándose en la coparticipación que debe tener la familia en el proceso de rehabilitación, mejorando así sus capacidades. Es la familia quien tiene mayor influencia en el desarrollo de los niños, especialmente los padres, pues son ellos los que muestran a su hijo parte del universo y cultura que formará parte de su desarrollo y así como el tener el mayor tiempo para aprender a estimularlos adecuadamente.

Las experiencias de una estimulación adecuada según Izquierdo (2012) tienen sus bases en el órgano más grande del ser humano, el cerebro:

El tejido cerebral madura en forma escalonada, e inclusive a distinto ritmo en su velocidad de crecimiento. Existe definitivamente, una sincronización en las regiones cerebrales. Se dice que a los 6 meses postnatales se da el ápice de su crecimiento. Este extraordinario proceso es muy lábil y puede ser positivamente moldeado por un enriquecimiento del medio. (p.24)

4.2.3.4. Importancia de la Estimulación Temprana

Las diversas investigaciones que se han realizado sobre Estimulación Temprana han tenido resultados favorables en el desarrollo de los niños, en comparación con aquellos que no la han recibido. Un punto importante es saber que un bebé aún no tiene desarrollado por completo el proceso madurativo de su sistema nervioso, por lo cual es necesario aprovechar al máximo la plasticidad de su cerebro (Garza, 2014).

Es por eso que la estimulación temprana juega un papel importante dentro del desarrollo de los niños ya que serán estimuladas las diferentes áreas de desarrollo, para lograr lo deseado en cuanto a la pronta recuperación del niño, para esto se trabajará con diferentes técnicas o métodos, en la cual los niños se divertirán con estas actividades.

Es primordial que el niño reciba lo más pronto posible la debida atención, sabiendo que entre más pronto reciba la estimulación temprana, más pronto serán notorios los resultados, aprovechando al máximo la plasticidad del cerebro, que hace que los niños capten más fácilmente los estímulos brindados.

4.2.3.5. Beneficios de la Estimulación Temprana

La estimulación temprana logra grandes beneficios en el desarrollo de los niños/as, según lo señala la investigación de Choco & Serrano (2015):

- Logra un efecto favorable en el desarrollo de su inteligencia emocional y su coeficiente intelectual
- Los niños tienden a tener una mejor personalidad, amables, sociables y sonrientes
- Se puede prevenir dificultades en su desarrollo
- El poder de concentración y memoria en aquellos niños que son estimulados, es mucho más avanzado
- Los niños presentan un autoestima elevado
- Los lazos con sus padres son más fuertes
- Se fortalece sus sistema inmunológico
- Mejor desarrollo integral
- Poseen mayores habilidades y destrezas.

El realizar la estimulación a temprana edad en los niños, es un factor muy importante, por lo que al realizar las actividades y ejercicios estamos fortaleciendo su desarrollo intelectual; para esto también es importante que permitamos al niño desenvolverse libremente, por sus propios medios y nosotros complementar su desarrollo mediante la estimulación. (pp. 30-32)

4.2.3.6. Técnicas de Neurodesarrollo

Hay diferentes abordajes terapéuticos con los cuales se puede intervenir, dentro de esta investigación trataremos solo tres:

4.2.3.6.1. Facilitación neuromuscular propioceptiva (FNP)

Según información rescatada por Sophie Levitt (2013), menciona que, Herman Kabat junto con Margaret Knott y Dorothy Voss, desarrollaron un sistema de técnicas que les permita facilitar los movimientos, disminuir hipertonía, fortalecer y mejorar la coordinación. Este método posee las siguientes características:

Estos patrones son helicoidales es decir que son rotatorios y diagonales. Los patrones de movimiento, no son movimientos en masa y consisten en los siguientes componentes de forma simultánea en las caderas, rodillas y pies o también en los hombros, codos, muñecas y manos: Flexión o extensión, abducción o aducción, rotación externa o interna (Levitt, 2013).

Los estímulos sensitivos aferentes que se emplean son el tacto, presión, tracción y compresión, estiramiento o alargamiento de un miembro, también están incluidos los estímulos visuales y verbales.

Levitt (2013) señala que "El trabajo funcional abarca varios métodos para el entrenamiento de la rotación, el arrastre, la deambulación y varias posiciones de equilibrio mientras el paciente se sienta, se arrodilla y se para" (p.38).

4.2.3.6.2. Masaje Shantala

Este es un masaje que se originó en la India, que consiste en realizar movimientos al contacto con la piel del niño. El masaje infantil es de gran importancia ya que le permite al niño tener una personalidad positiva y a más de esto les permite tener un control frente al estrés, ya que ellos también pueden presentar estrés debido a que apenas están conociendo el mundo que los rodea.

El contacto piel a piel no solo beneficia a los niños, sino que también beneficia a las madres dando una sensación de relación. Mediante el masaje el niño comienza a experimentar sensaciones nuevas como sentimientos, olores, sonidos. Es importante también que la persona que esté dando el masaje se dirija al niño con un tono agradable. Algo que debemos saber es que dando masajes elevamos el umbral de estimulación en el niño.

Domínguez & Bállega, (2006) señalan en su investigación algunos de los beneficios que aporta el masaje a los niños:

Se fortalecen los órganos internos, se estimula el cerebro, reduce el estrés, relaja la mente y alegra el espíritu, se crea un lenguaje corporal, se relaja su sistema nervioso, regula su sistema digestivo, fortalece músculos y alivia algún tipo de molestia. Si el bebé se encuentra irritado, con sueño o hambre debemos respetar ese momento y no imponer el masaje sin su consentimiento. (p. 5)

Este masaje lo realizaremos con aceite tibio, es decir que lo frotaremos en nuestras manos, para que coja calor, según esta técnica la persona que da el masaje, debe estar con las piernas estiradas acomodándose al tamaño del bebé, entonces lo podemos hacer frotándonos el aceite en las manos, de esta manera le hacemos saber que la hora del masaje ha llegado, también es recomendable que después del masaje el niño reciba un baño. (Domínguez & Bállega, 2006)

El masaje lo comenzamos dando en el pechito, colocando nuestras manos y separándolas siguiendo las costillas, llevar las manos al punto de partida y repetir el movimiento; también podemos hacer el movimiento de arriba hacia abajo en dirección opuesta es decir mientras una mano sube la otra baja.

Ahora colocaremos una mano en la parte baja del pecho a un costado y llevamos la mano al lado contrario, luego repetimos el movimiento con la otra mano.

Para dar el masaje en sus brazos, mantenemos elevado el brazo del niño y con la mano libre damos el masaje llevando la mano del hombro hacia arriba, haciendo una presión suave, luego las dos manos trabajarán juntas haciendo una especie de brazalete en el niño, ejerciendo una ligera presión.

En sus extremidades inferiores trabajamos de la misma manera que con los brazos, elevamos su pierna haciendo con la mano libre una especie de brazalete y ejerciendo una suave presión, luego hacemos lo mismo con las dos manos, siguiendo el ritmo y ligera presión.

En la espalda, colocamos nuestras manos sobre esta, a la altura de los hombros y adelantamos las manos una después de la otra y vamos bajando una vez que llegamos a las nalgas, volvemos a subir hacia los hombros. Ahora la mano que está más cerca de la cabeza realizara el trabajo solo, mientras la otra sujeta las nalgas y se pone al empuje de la otra mano, y se repite la maniobra, aquí debe ejercerse presión.

Terminamos el masaje en la cara del bebé, masajeamos la frente con la punta de los dedos llevándolos hacia un costado, bordeando sus cejas, y el contorno de sus ojos a lo largo de las mejillas, con los pulgares bordeamos la nariz del niño desde su base hasta el inicio de la frente (Domínguez & Bállega, 2006).

4.2.3.6.3. Musicoterapia

Es la combinación de dos importantes disciplinas: la música y la terapia. Mediante la música se le permite al paciente exteriorizar, representar y proyectar experiencias internas.

Los niños que presentan enfermedades ya sean crónicas o que necesitan cuidados continuos, presentan toda clase de dificultad ya sea física, intelectual o afectiva, la musicoterapia se encarga de utilizar la capacidad creadora que tienen los niños estimulando su sentido de la vista, oído, tacto inclusive su motricidad fina (Palma, 2013a).

La musicoterapia produce efectos cognitivo- intelectuales permitiendo un mejor desarrollo de la atención sostenida, facilitación de aprendizaje, desarrollo de la memoria, desarrollo de relaciones tiempo-espaciales, produce relajación y meditación. Entre los efectos fisiológicos que produce la musicoterapia tenemos una mejoría en cuanto a ritmo cardiaco, ritmo respiratorio, actividad muscular, nivel de resistencia al dolor.

La música ayuda a desarrollar una sensación de seguridad es decir que "tiene la capacidad de captar la atención y, por eso mismo, de atenuar los sonidos del ambiente, porque afecta de forma más directa a los sistemas primitivos del cerebro, que exigen menos esfuerzos cognitivos" (Palma, 2013b, p. 196).

En musicoterapia se emplean diferentes formas de intervención que permiten un vínculo terapéutico y una forma de relacionarse con las personas con las que se trabaja, entendiendo que junto a la música se generan cambios significativos.

4.3. Marco Legal

4.3.1. La Constitución de la República del Ecuador (2008) señala:

Capítulo tercero

Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

Sección quinta Niñas, niños y adolescentes

Art. 44.- El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas.

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

Art. 45.- Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción.

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

4.3.2. Dentro del Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017:

El Estado debe brindar protección, atención y cuidado a los grupos de atención prioritaria, como adultos mayores, niños, niñas y adolescentes, personas con discapacidad, personas en movilidad humana, personas en abandono y personas en mendicidad, entre otras.

Para el periodo 2013-2017 se plantean las políticas de la primera infancia para el desarrollo integral como una prioridad de la política pública. En Ecuador hay 1,5 millones de niños y niñas menores de cinco años de edad; el 33,1% –es decir, 485 000 niños y niñas– asiste a algún programa de desarrollo infantil o de educación inicial (INEC, 2010). El desafío actual es fortalecer la estrategia de desarrollo integral de la primera infancia, tanto en el cuidado prenatal como en el desarrollo temprano (hasta los 36 meses de edad) y en

la educación inicial (entre 3 y 4 años de edad), que son las etapas que condicionan el desarrollo futuro de la persona. (p.119).

“Garantizar el desarrollo integral de la primera infancia, a niños y niñas menores de 5 años”.

- Fortalecer y mejorar los servicios de desarrollo infantil integral y de educación inicial, de manera articulada al Sistema Nacional de Educación y para todos los niños y niñas del país, priorizando los sectores más vulnerables, con enfoque de pertinencia cultural.
- Normar y controlar el cumplimiento de estándares de calidad en los servicios públicos y particulares de desarrollo infantil y educación inicial, para garantizar el desarrollo de las áreas motriz, cognitiva, afectivo-social y de lenguaje de los niños y niñas. (p.127).

La Constitución, en el artículo 66, establece “el derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios”. Por ello, mejorar la calidad de vida de la población es un proceso multidimensional y complejo. (p.136)

4.3.3. Dentro del Código de la Niñez y Adolescencia publicada por la Ley No. 100. En Registro Oficial 737 de 3 de enero del 2003:

Art. 27.- Derecho a la salud.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual.

Art. 55.- Derecho de los niños, niñas y adolescentes con discapacidades o necesidades especiales.- Además de los derechos y garantías generales que

la ley contempla a favor de los niños, niñas y adolescentes, aquellos que tengan alguna discapacidad o necesidad especial gozarán de los derechos que sean necesarios para el desarrollo integral de su personalidad hasta el máximo de sus potencialidades y para el disfrute de una vida plena, digna y dotada de la mayor autonomía posible, de modo que puedan participar activamente en la sociedad, de acuerdo a su condición.

Tendrán también el derecho a ser informados sobre las causas, consecuencias y pronóstico de su discapacidad y sobre los derechos que les asisten.

5. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

La Estimulación Temprana mejora el desarrollo psicomotriz, que abarca el control postural, coordinación oculomotriz, lenguaje y el área social de los niños y niñas de 0-1 año con retraso psicomotor, que acuden al área de Estimulación Temprana del Hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo" de la ciudad de Guayaquil.

6. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

Las variables consideradas en este trabajo son las siguientes: Retraso psicomotor y Estimulación temprana

Variable dependiente	Concepto	Indicadores	Valor
Retraso Psicomotor	Demora en la secuencia de los hitos madurativos, ya que estos si se cumplen en el desarrollo del niño pero de manera lenta, respecto a su edad.	Test de Brunet-Lézine: Control postural Coordinación óculo-motriz Lenguaje Social	Normal Leve Moderado Severo

Variable independiente	Concepto
Estimulación Temprana	Es "toda aquella actividad de contacto o juego con un bebe o niño que propicie, fortalezca y desarrolle adecuada y oportunamente sus potenciales humanos" Beltrán (2011).

7. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

7.1. Justificación de la elección del diseño

El presente trabajo de investigación es de enfoque cuantitativo, secuencial y probatorio, usando la recolección de datos para poder probar la hipótesis, mediante análisis estadístico (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2010). Es decir que mediante la intervención se midió los resultados obtenidos en el proceso, con alcance explicativo porque se intervino de manera individual con los pacientes y se analizaron sus características y resultados, en respuesta al análisis al que fueron sometidos, respondiendo a las causas de los eventos y sus fenómenos (Hernández Sampieri, et al., 2010a).

Esta es una investigación experimental refiriéndose a realizar una acción y después observar las consecuencias (p. 121), es decir que se analizan los cambios dados a través del tiempo en este caso, como estaban los niños en su desarrollo psicomotor antes de la estimulación temprana y después de la intervención, evaluando los resultados obtenidos.

7.2. Población y Muestra

La población es de 150 niños y niñas de 0-1 año atendidos en el servicio de Estimulación Temprana del Hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo" de la ciudad de Guayaquil. Considerando los criterios de inclusión y de exclusión se seleccionó una muestra de 15 pacientes.

El tipo de muestra es no probabilística seleccionada por el investigador de acuerdo a las características de este trabajo (Hernández Sampieri, et al., 2010b).

7.2.1. Criterios de Inclusión

- Niños de 0-1 año que asisten al Servicio de Estimulación Temprana del hospital "Dr.TMC de Guayaquil".

7.2.2. Criterios de Exclusión

- Niños que realicen terapias en otros centros
- Niños que reciben tratamiento farmacéutico u otros
- Niños mayores de 1 año

7.3. Técnicas e Instrumentos de Recogida de Datos

7.3.1. Técnicas

Observación: Es uno de los instrumentos que más se utilizan, siendo el acto de observar el proceso de mirar con atención una actividad en la cual estemos interesados (Cerde, 1991). Información recolectada durante la aplicación del Test Brunet-Lézine junto con las historias clínicas.

Encuesta: Es la recolección de datos de la muestra (Cerde, 1991a). Mediante la aplicación del test Brunet-Lézine, analizando los resultados obtenidos.

Documental: Mediante la entrevista podemos obtener todo tipo de información que no obtendremos mediante la observación (Cerde, 1991b). Esta información necesaria sobre cada paciente la obtendremos a través de las Historias Clínicas.

7.3.2. Instrumentos

Historia Clínica: Datos necesarios de los pacientes con Retraso Psicomotor.

Test de Brunet- Lézine: Este test permitió evaluar cada área correspondiente al desarrollo de los niños las cuales fueron: Control postural y motricidad, Coordinación oculomotriz, Lenguaje y Social. Mediante este podremos obtener los niveles de retraso sea leve, moderado o severo.

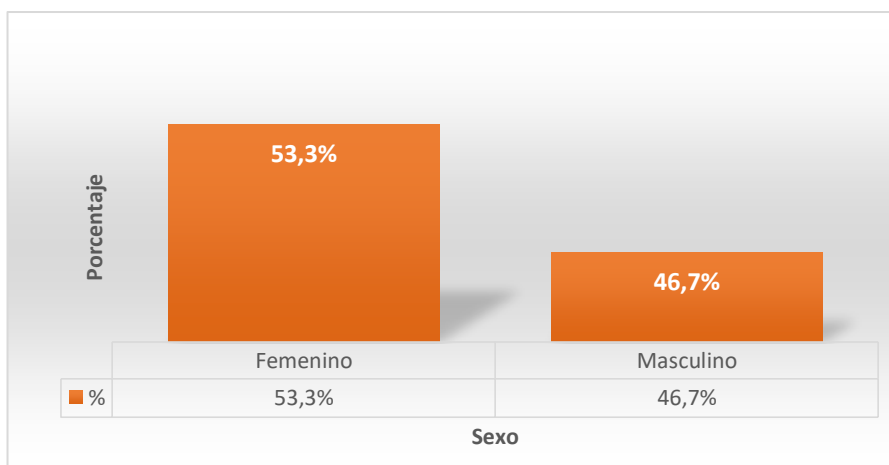
8. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

8.1. Análisis e interpretación de resultados

Tabla 2: Distribución porcentual del género de los niños

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	8	53,3%
Masculino	7	46,7%
TOTAL	15	100,0%

Gráfico N°1: Distribución porcentual del género de los niños



Fuente: Historia Clínica, realizado a los niños y niñas del Hospital "Teodoro Maldonado Carbo" de la Ciudad de Guayaquil. 2016.

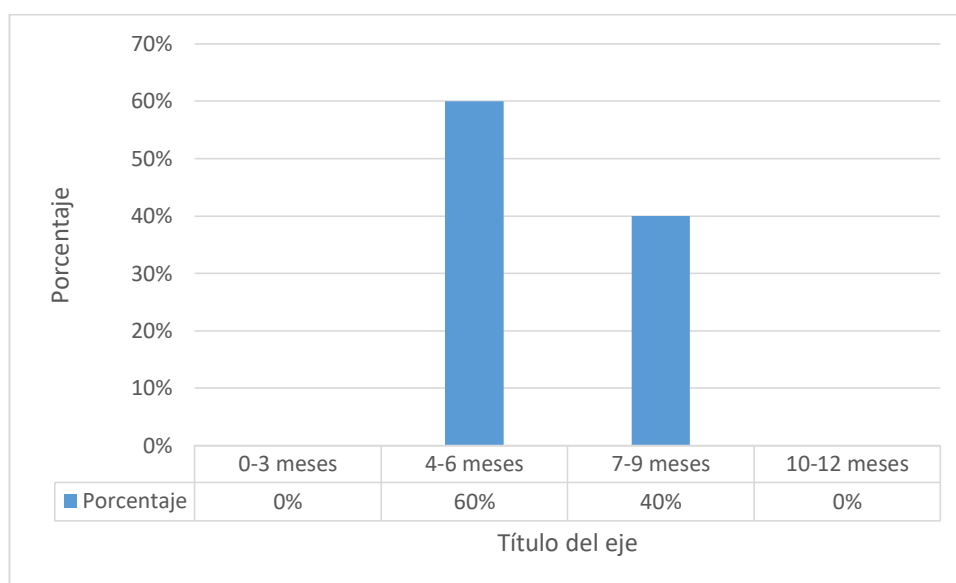
Elaborado por: Aguiño Sánchez, L.

Análisis e interpretación de resultados: De acuerdo a la Historia Clínica realizada a los niños de 0-1 año con retraso psicomotor, que acuden al área de Estimulación Temprana del Hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo", el 53,3% de los niños son de género femenino y el 46,7% corresponde al género masculino.

Tabla 3: Distribución porcentual por edad

Distribución porcentual por edad		
Edad	Frecuencia	Porcentaje
0-3 meses	0	0%
4-6 meses	9	60%
7-9 meses	6	40%
10-12 meses	0	0%
TOTAL	15	100%

Gráfico N°2: Distribución porcentual por edad



Fuente: Historia Clínica, realizado a los niños y niñas del Hospital "Teodoro Maldonado Carbo" de la Ciudad de Guayaquil. 2016.

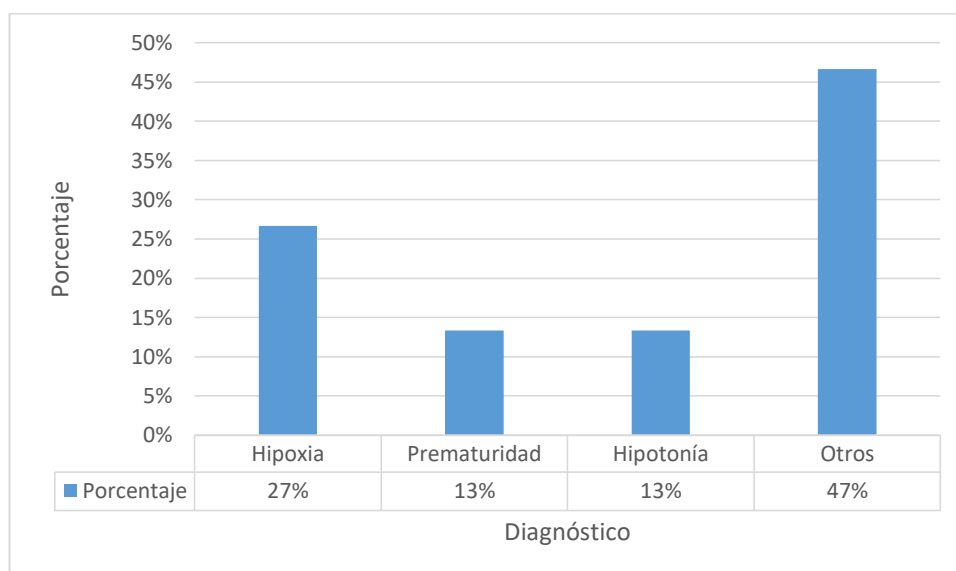
Elaborado por: Aguiño Sánchez, L.

Análisis e interpretación de resultados: El 60% de los pacientes corresponden al rango de edades de 4-6 meses y el 40% son de 7-9 meses.

Tabla 4: Distribución porcentual del diagnóstico de los niños

Distribución porcentual del diagnóstico de los niños		
Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Hipoxia	4	27%
Prematuridad	2	13%
Hipotonía	2	13%
Otros	7	47%
TOTAL	15	100%

Gráfico N°3: Distribución porcentual del diagnóstico de los niños



Fuente: Historia Clínica, realizado a los niños y niñas del Hospital "Teodoro Maldonado Carbo" de la Ciudad de Guayaquil. 2016.

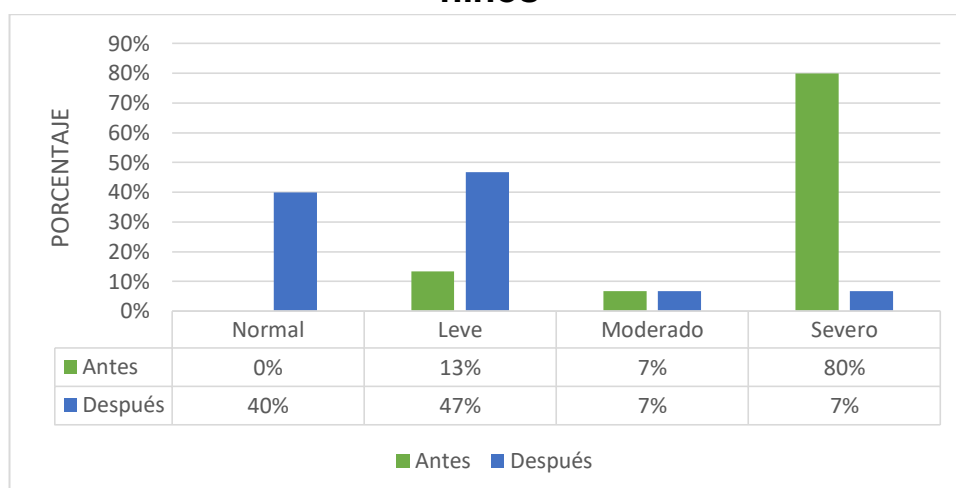
Elaborado por: Aguiño Sánchez, L.

Análisis e interpretación de resultados: De acuerdo a la Historia Clínica realizada a los niños de 0-1 año con retraso psicomotor, que acuden al área de Estimulación Temprana del Hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo", el 27% presentó hipoxia, 13% prematuridad, 13% hipotonía, 47% correspondiente a otros.

Tabla 5: Distribución del nivel de retraso global de los niños

Distribución del nivel de retraso global de los niños				
Nivel de retraso	Antes		Después	
	Niños	Porcentaje de niños	Niños	Porcentaje de niños
Normal	0	0%	6	40%
Leve	2	13%	7	47%
Moderado	1	7%	1	7%
Severo	12	80%	1	7%
TOTAL	15	100%	15	100%

Gráfico N°4: Distribución del nivel de retraso global de los niños



Fuente: Hospital "Teodoro Maldonado Carbo" de la Ciudad de Guayaquil. 2016.

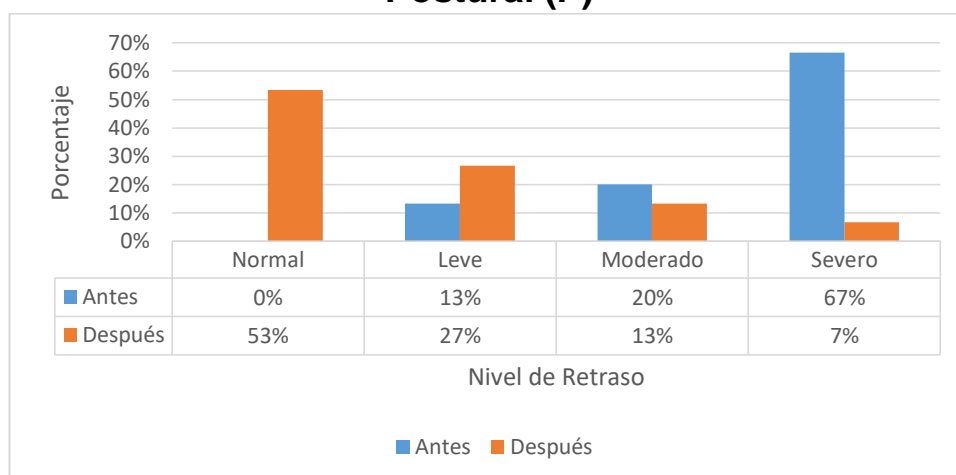
Elaborado por: Aguiño Sánchez, L.

Análisis e interpretación de resultados: De acuerdo a los resultados obtenidos mediante la aplicación del Test Brunet-Lézine de manera global, antes de la intervención tuvimos como porcentaje 13% leve, 7% moderado y 80%severo. Luego de la intervención, mejoraron considerablemente quedando el 40% normal, 47% leve, 7% moderado y 7% severo retraso motor, con la aplicación de la Estimulación Temprana.

Tabla 6: Distribución del nivel de retraso del Control Postural (P)

Distribución del nivel de retraso del Control Postural (P)				
Nivel de retraso	Antes		Después	
	Niños	Porcentaje de niños	Niños	Porcentaje de niños
Normal	0	0%	8	53%
Leve	2	13%	4	27%
Moderado	3	20%	2	13%
Severo	10	67%	1	7%
TOTAL	15	100%	15	100%

Gráfico N°5: Distribución del nivel de retraso del Control Postural (P)



Fuente: Hospital "Teodoro Maldonado Carbo" de la Ciudad de Guayaquil. 2016.

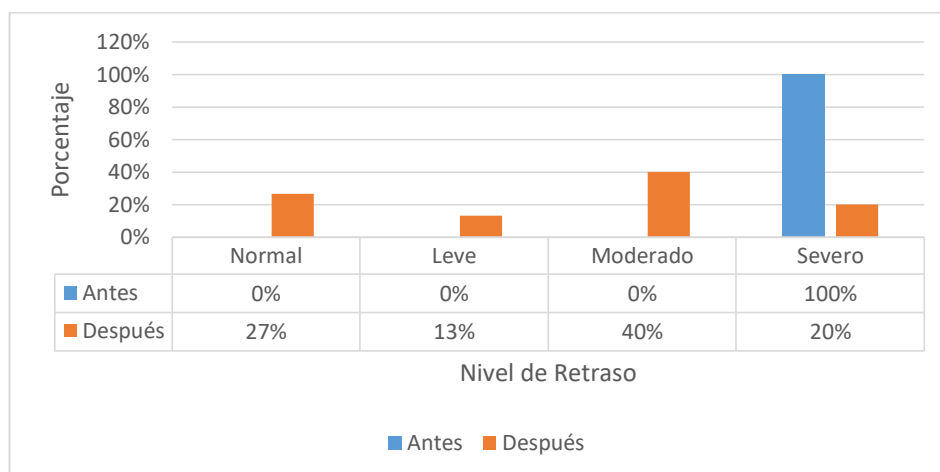
Elaborado por: Aguiño Sánchez, L.

Análisis e interpretación de resultados: De acuerdo a los resultados obtenidos mediante la aplicación del Test Brunet-Lézine respecto al Control Postural (P) realizado antes de la intervención, tuvimos el 13% leve, 20% moderado y 67% severo. Mientras que después de la intervención tuvimos que, presentaron mejor desarrollo psicomotor, 53% normal, 27% leve, 13% moderado y 7% severo.

Tabla 7: Distribución del nivel de retraso de la Coordinación óculo-motriz (C)

Distribución del nivel de retraso de la Coordinación óculo-motriz (C)				
Nivel de retraso	Antes		Después	
	Niños	Porcentaje de niños	Niños	Porcentaje de niños
Normal	0	0%	4	27%
Leve	0	0%	2	13%
Moderado	0	0%	6	40%
Severo	15	100%	3	20%
TOTAL	15	100%	15	100%

Gráfico N°6: Distribución del nivel de retraso de la Coordinación óculo-motriz (C)



Fuente: Hospital "Teodoro Maldonado Carbo" de la Ciudad de Guayaquil. 2016.

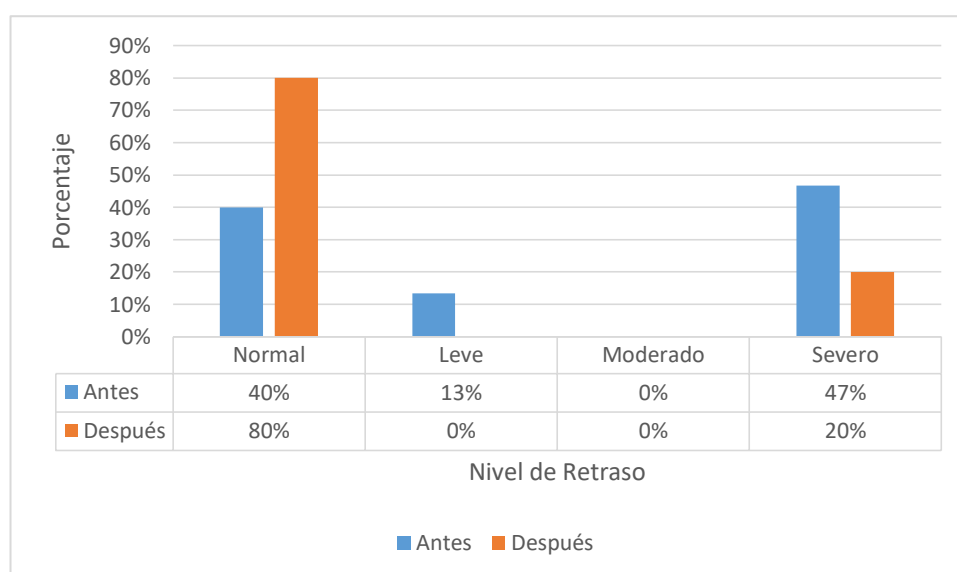
Elaborado por: Aguiño Sánchez, L.

Análisis e interpretación de resultados: De acuerdo a los resultados obtenidos mediante la aplicación del Test Brunet-Lézine respecto la Coordinación óculo-motriz (C) realizado antes de la intervención, tuvimos el 100% severo. Mientras que después de la intervención tuvimos el 27% normal, 13% leve, 40% moderado y 20% severo.

Tabla 8: Distribución del nivel de retraso del Lenguaje (L)

Distribución del nivel de retraso del Lenguaje (L)				
Nivel de retraso	Antes		Después	
	Niños	Porcentaje de niños	Niños	Porcentaje de niños
Normal	6	40%	12	80%
Leve	2	13%	0	0%
Moderado	0	0%	0	0%
Severo	7	47%	3	20%
TOTAL	15	100%	15	100%

Gráfico N°7: Distribución del nivel de retraso del Lenguaje (L)



Fuente: Hospital "Teodoro Maldonado Carbo" de la Ciudad de Guayaquil. 2016.

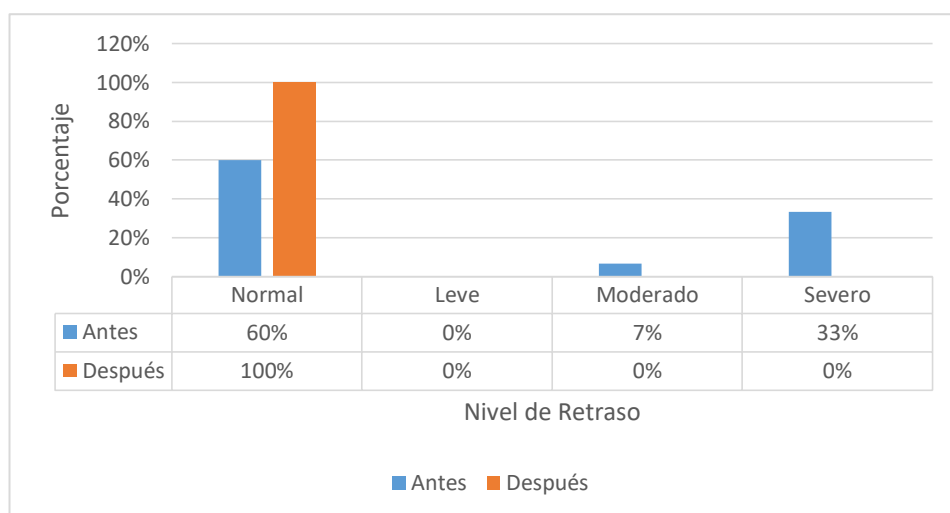
Elaborado por: Aguiño Sánchez, L.

Análisis e interpretación de resultados: De acuerdo a los resultados obtenidos mediante la aplicación del Test Brunet-Lézine respecto al Lenguaje (L), realizado antes de la intervención, tuvimos el 40% normal, 13% leve y 47% severo. Mientras que después de la intervención tuvimos el 80% normal y 20% severo.

Tabla 9: Distribución del nivel de retraso de Sociabilidad (S)

Distribución del nivel de retraso de Sociabilidad (S)				
Nivel de retraso	Antes		Después	
	Niños	Porcentaje de niños	Niños	Porcentaje de niños
Normal	9	60%	15	100%
Leve	0	0%	0	0%
Moderado	1	7%	0	0%
Severo	5	33%	0	0%
TOTAL	15	100%	15	100%

Gráfico N°8: Distribución del nivel de retraso de Sociabilidad (S)



Fuente: Hospital "Teodoro Maldonado Carbo" de la Ciudad de Guayaquil. 2016.

Elaborado por: Aguiño Sánchez, L.

Análisis e interpretación de resultados: De acuerdo a los resultados obtenidos mediante la aplicación del Test Brunet-Lézine respecto a Sociabilidad (S), realizado antes de la intervención, tuvimos el 60% normal, 7% moderado y 33% severo. Mientras que después de la intervención tuvimos mejoría del 100% normal.

9. CONCLUSIONES

Al llegar al final de este trabajo de titulación sobre la Aplicación de la Estimulación Temprana en el desarrollo psicomotriz de los niños y niñas de 0-1 año con retraso psicomotor atendidos en el área de Estimulación Temprana del Hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo" se ha llegado a la síntesis de las siguientes conclusiones.

1. Mediante la evaluación inicial se obtuvo un porcentaje del 13% leve, 7% moderado y 80% severo. Luego de la intervención, mejoraron considerablemente quedando el 40% normal, 47% leve, 7% moderado y 7% severo retraso motor.
2. La aplicación del plan de intervención de estimulación temprana, fue realizado dos veces por semana, y se constató mediante la evaluación final, que mejoraron en 87%.
3. Entre los beneficios de la estimulación temprana, se obtuvieron resultados positivos en el área psicomotriz, cognitivo, lenguaje y social.
4. Se diseñó un programa de estimulación temprana como propuesta de intervención para niños y niñas de 0-1 año con retraso psicomotor.

10. RECOMENDACIONES

1. Es importante que quienes trabajen con los niños dentro del área del Hospital, sean personas realmente capacitadas para mejorar el desarrollo psicomotriz de estos, en este caso los más indicados son los fisioterapeutas y no solo se enfoquen en mejorar su desarrollo, sino brindarle la debida atención demostrando amor, simpatía y seguridad hacia ellos, aprovechando sus potenciales y fomentado su crecimiento.
2. Se sugiere realizar estudios en otras instituciones hospitalarias donde se atiendan niños con retraso psicomotor y que estos puedan recibir una debida atención, siendo evaluados y tratados de manera individual.
3. Los padres también deben ser orientados, para que estos aporten al buen desarrollo psicomotor de sus hijos, en sus hogares, brindándoles la atención y debidos cuidados que ellos se merecen.
4. Se recomienda utilizar el plan de tratamiento aplicado en este proyecto.

11. Presentación de Propuesta de Intervención

11.1. TEMA

“Programa de estimulación temprana en el desarrollo psicomotriz de los niños y niñas de 0-1 año con retraso psicomotor”.

11.2. OBJETIVOS

11.2.1. Objetivo General

Aplicar la estimulación temprana para el tratamiento de niños y niñas con retraso psicomotor y otro tipo de situaciones.

11.2.2. Objetivos Específicos

- Plantear un programa de ejercicios para niños y niñas con retraso psicomotor.
- Fomentar actitudes que lleven hacia la investigación de nuevas técnicas de fisioterapia para niños y niñas con retraso psicomotor.

11.3. Justificación

Se debe considerar los protocolos de estimulación temprana, ya que surgen ante la necesidad de personas que estén aptas en el campo fisioterapéutico para trabajar con los niños de manera individual.

Se necesita la presencia de personas capacitadas, con formación sólida, que les permita desempeñar su labor de manera apropiada con los niños. La concepción plena del ideal de la formación continua, implica la necesidad de atender con calidad y contribuyendo de manera equitativa al desarrollo de todos los profesionales.

Para hacer realidad la formación adecuada es preciso asegurar una red de profesionales relacionados con los niños. Para lograrlo se considera imprescindible, que quienes trabajen con los niños en el área de estimulación temprana del Hospital "Teodoro Maldonado Carbo", sean profesionales especializados en fisioterapia y reciban en su formación obligatoria la capacitación para investigar y aplicar las terapias más eficaces, que posibiliten y aseguren la adecuada atención de los niños con retraso psicomotor.

“Programa de estimulación temprana en el desarrollo psicomotriz de los niños y niñas de 0-1 año con retraso psicomotor”.

Duración: 2 meses

Tiempo: 30 minutos

Frecuencia: 2 veces por semana

Protocolo de Tratamiento Fisioterapéutico



Figura 1.- Descarga de peso: con presión o resistencia. Los movimientos automáticos de ajuste de tronco y de miembros deben ser obtenidos por constantes transferencias de peso, con amplitud más o menos grande, por los lados hacia atrás y diagonalmente, dándose simultáneamente presión y resistencia.



Figura 2.- Descarga de peso: con presión o resistencia. Los movimientos automáticos de ajuste de tronco y de miembros, deben ser obtenidos por constantes transferencias de peso, con amplitud más o menos grande, por los lados hacia adelante y diagonalmente dándose simultáneamente presión y resistencia.



Figura 3.- FNP en cambio postural: Estimulación visual y comandos relacionales para realizar giros y apoyos laterales hacia la derecha, el cual busca estimular al niño a que logre sentarse solo.



Figura 4.- FNP en cambio postural: Estimulación visual y comandos relacionales para realizar giros y apoyos laterales hacia la izquierda, el cual busca estimular al niño a que logre sentarse solo.



Figura 5.- Taping: para estimular las reacciones de equilibrio o sea a activar movimientos de ajustamiento en cambios de postura, lo hacemos de manera alterna, hacia la izquierda.



Figura 6.- Taping: para estimular las reacciones de equilibrio o sea a activar movimientos de ajustamiento en cambios de postura, lo hacemos ahora hacia la derecha.



Figura 7.- Estimulación para equilibrio con apoyos laterales, hacia la derecha.



Figura 8.- Estimulación para equilibrio con apoyos laterales, hacia la izquierda.

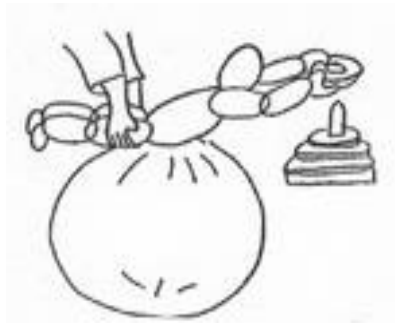


Figura 9.- Fortalecimiento de tronco y coordinación de miembros superiores.



Figura 10.- Facilitar que el niño juegue con sus apoyos, desplazándolos de la línea media hacia los costados

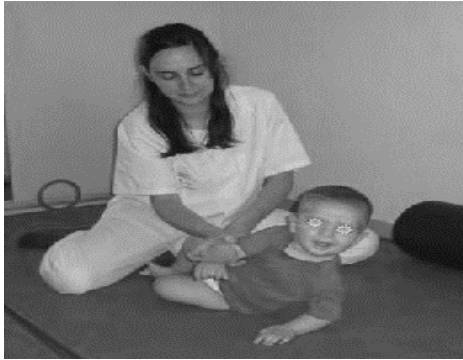


Figura 11.- Sedestación asistida: Afirmarle un muslo y ofrecerle la mano para que se afirme del lado contrario, es decir que se apoye en su codo y con nuestra ayuda se impulsa de forma diagonal y así llegar a la posición sedente.



Figura 12.- Estimulación propioceptiva para pararse: mediante el contacto de los pies con la superficie y rodillas semiflexionadas, con el fisioterapeuta colocado en la parte de atrás, bloqueando rodillas con una mano y con la otra facilitando el movimiento, para facilitar la bipedestación.



Figura 13.- Estimulación propioceptiva para pararse: se realiza de la misma manera que el ejercicio anterior, pero con la diferencia de que el niño ya no necesitará del apoyo de mi mano para pararse sino que él solo realizará la acción de pararse y sujetarse de un borde.

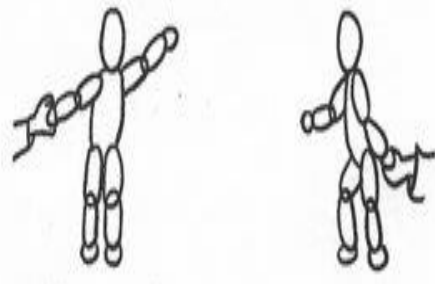


Figura 14.- Facilitar el equilibrio para la marcha.

BIBLIOGRAFÍA:

Acosta, M. (2013). *Implementación de un aula de estimulación temprana dirigida a niños y niñas menores de dos años para desarrollar las áreas: Socio afectiva, Motriz, Cognitiva, lenguaje en el Patronato Municipal de Amparo Social de la provincia de Cotopaxi del cantón Salcedo en el periodo 2012-2013.* (Tesis, Universidad Técnica de Cotopaxi). Recuperado de: repositorio.utc.edu.ec/bitstream/27000/1689/1/T-UTC-1561.pdf

Álvarez Gómez, M. J., Soria Aznar, J., Sánchez Ventura, G., AEPap. (2009). Importancia de la vigilancia del desarrollo psicomotor por el pediatra de Atención Primaria: revisión del tema y experiencia de seguimiento en una consulta de Navarra. *Revista Pediátrica de Atención Primaria*, 11(41). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/3666/366638710005.pdf>

Aquilla Ordóñez, E. C. (2012). *Prevalencia de los retrasos del desarrollo y los factores asociados en niños y niñas menores de tres años de edad que asisten al programa de estimulación temprana del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la Ciudad de Riobamba, 2012.* (Tesis de licenciatura, Universidad de Cuenca). Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3776/1/TECE18.pdf>

Bach. García Fiestas, E. I., & Herrera Neciosup, G. E. (2012). *Estimulación temprana y su impacto en el desarrollo psicomotor del niño menor de treinta meses. Hospital Naylamp-Chiclayo 2011* . (Tesis de Licenciatura, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo). Recuperado de:
http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/102/1/TL_Garc%C3%ADa_Fiestas_Erika.pdf

Barreno, Z., Macías, J. (2015). Estimulación temprana para potenciar la inteligencia psicomotriz: importancia y relación. *Revista Ciencia UNEMI*. 8(15), 1. Recuperado de:
<http://www.unemi.edu.ec/ojs/index.php/cienciaunemi/article/viewFile/205/203>

Basantes Morales, K. M., & Carpio Alvarado, M.F. (2016). *Estudio del desarrollo psicomotriz aplicando el Test Brunet-Lézine en niños de 1 a 6 años de edad con Síndrome de Down que asisten al Centro Educativo AVIINFA del Cantón Milagro durante el período de octubre 2015 a enero 2016*. (Tesis de Licenciatura, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil). Recuperado de:
<http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/5062>

Beltran Alvarez, L. (2011). *La estimulación temprana influye en el desarrollo socio-afectivo de niños y niñas de 0 a 24 meses de los centros de Desarrollo Infantil de la Fundación Ecuatoriana de Desarrollo Humano Calderón-Quito año lectivo 2010-2011* .(Tesis de Licenciatura, Universidad Central del Ecuador). Recuperado de:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/227/1/T-UCE-0010-30.pdf>

Cerda, H. (1991). Capítulo7: Medios, Instrumentos, Técnicas y Métodos en la Recolección de datos e información. Recuperado de:
<http://postgrado.una.edu.ve/metodologia2/paginas/cerda7.pdf>

Chacha Yunga, M.X., Crespo Espinoza, M. G. (2015). *Evaluación del desarrollo psicomotor en preescolares de 3 a 5 años de la escuela "Iván Salgado Espinosa" de la Ciudad de Cuenca 2014-2015*. (Tesis de Licenciatura, Universidad de Cuenca). Recuperado de:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21317/1/TESIS.pdf>

Choco Salinas, K. E. & Serrano Rodríguez, A. T. (2015). *"Programa de capacitación a madres adolescentes que cursan el nivel bachillerato sobre la estimulación temprana en los niños y niñas en su primer año de vida, Cuenca Distrito Sur, Marzo-Septiembre 2015"*. (Tesis de Licenciatura, Universidad de Cuenca). Recuperado de:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23520/1/tesis.pdf>

Código de la Niñez y Adolescencia. (2003). Disponible en:
<http://www.registrocivil.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/01/este-es-06-C%C3%93DIGO-DE-LA-NI%C3%91EZ-Y-ADOLESCENCIA-Leyes-conexas.pdf>

Constitución de la República del Ecuador. (2008). Disponible en:
http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf

Domínguez Román, E. M., Bállega Higuera, E., (2006). *Masaje Infantil: Shantala*. Recuperado de:
xa.yimg.com/kq/groups/331395/2102237018/name/MasajeinfantilSHANTALA.pdf

- Figueiras, A. C., Neves de Souza, I. C., Ríos, V. G., Benguigui, Y. (2011). *Manual para la Vigilancia del Desarrollo Infantil (0-6 años) en el contexto de AIEPI*. Recuperado de:
<http://www.paho.org/hq/dmdocuments/Vigilancia2.pdf>
- Flores, J., (2013). Efectividad del programa de estimulación temprana en el desarrollo psicomotor de niños de 0 a 3 años. *Revista "Ciencia y Tecnología"*, 9 (4). Recuperado de:
<http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/PGM/article/view/426/363>
- Garza Mata, J. P. (2014). *El impacto de la Estimulación Temprana en la primera infancia: estudio comparativo entre ambiente escolarizado y ambiente hogar*. (Tesis Maestría). Recuperado de:
http://bibsrv.udem.edu.mx:8080/e-books/Tesis/000044895_MED.pdf
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. Recuperado de:
https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf
- Huiracocha, T. (2012). El desarrollo psicomotor y la calidad de la atención temprana. *Maskana*, 3(2), 32. Recuperado de:
<http://ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/maskana/article/view/399/343>
- Huiracocha, L., Robalino, G., Huiracocha, M., García, J., Pazán, C., & Angulo, A., (2012). Retrasos del desarrollo psicomotriz en niños y niñas urbanos de 0 a 5 años: Estudio de caso en la zona urbana de Cuenca, Ecuador. *Maskana* 3(1). Recuperado de:
<https://www.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/maskana/article/viewFile/391/333>

Izazola Ezquerro, S. C., Rivera González, R., Villanueva Romero, M. Y.,
Orozco Restrepo, L. A., Sierra Cedillo, J. A., & Nájera, R.M. (s.f).
Evaluación del impacto del programa de vigilancia y promoción del
desarrollo integral del niño sobre la estimulación en el hogar en niños
menores de 3 años. Recuperado de: <http://revistas.psico-ags.net/index.php/ippd/article/view/8/8>

Izquierdo Orozco, M. A. (2012). *La Estimulación Temprana como factor fundamental en el desarrollo de habilidades sociales en los niños de edad escolar*. (Tesis, Universidad de Guayaquil). Recuperado de:
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/5980/1/TESIS%20ANGELA%20IZQUIERDO.pdf>

Jumbo Díaz, M.E. (2011). *“Estudio de los factores de riesgo identificados, en niños de 2 años 6 meses hasta 3 años 6 meses de edad y su influencia en el desarrollo de la psicomotricidad”*. (Tesis de Grado, Universidad Central del Ecuador). Recuperado de:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1383/1/T-UCE-0007-12.pdf>

Lalaleo Santos, S. N. (2012). *“ La Estimulación Temprana y su incidencia en el desarrollo de la coordinación óculo manual de los niños y niñas de 1 a 3 años del centro de desarrollo inicial “San Jacinto” de la Parroquia de Izamba”*. (Tesis de Licenciatura, Universidad Técnica de Ambato). Recuperado de:
[http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/5641/1/nata%20tesis%20lista%20\(2\).pdf](http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/5641/1/nata%20tesis%20lista%20(2).pdf)

Levitt, S.(2013). *Tratamientos de la parálisis cerebral y del retraso motor*. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.

Licon, T. (2013). Desarrollo psicomotor de niños con asfixia neonatal en el Hospital Leonardo Martínez. *Revista Facultad Ciencias Médicas*. Recuperado de <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2013/pdf/RFCMVol10-2-2013-5.pdf>

Matamoros Gómez, B. G., Peñarreta Sares, D. E. (2015). *Intervención educativa sobre Estimulación Temprana para promover el neurodesarrollo en recién nacidos dirigida a madres del Centro de Desarrollo Infantil "Mis Enanitos". Cuenca, 2014*. (Tesis de Licenciatura, Universidad de Cuenca). Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22989/1/TESIS.pdf>

Montoya, D., Giraldo, N., Arango, L., Forgiarini, R., & García, A. (2014). Características cognitivas, emocionales y conductuales de niños preescolares del programa buen comienzo en el noroccidente de Medellín. 14(2), 638. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/agor/v14n2/v14n2a15.pdf>

Nasanovsky, J., Ruggeri, M. (2003). *0-12 meses Manual de instrucciones del bebé*. Recuperado de: <http://www.zonapediatrica.com/manual-bebe/0a12meses.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Desarrollo del niño*. Recuperado de: http://www.who.int/topics/child_development/es/

Palma, J., (2013). *Musicoterapia*. Recuperado de: <ftp://ftp.puce.edu.ec/Facultades/CienciasEducacion/ModalidadSemipresencial/Musicoterapia-Johana%20Palma.pdf>

Plan Nacional del Buen Vivir (2013-2017). Disponible en:

<http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf>

Soriano, V., (2000). Intervención Temprana en Europa: Organización de Servicios y Asistencia a los Niños y sus Familias Tendencias en 17 países Europeos. Recuperado de: <http://atenciontemprana.com/wp-content/uploads/2015/09/Europa1VS.pdf>

Tique Hidalgo, J. M., & Ramos Mendez, M. N. (2012). *Factores que afectan el desarrollo psicomotor en infantes de 8 a 24 meses del Jardín Social Perlitas del Otún de Pereira 2012*. (Universidad Tecnológica de Pereira). Recuperado de: <http://repositorio.utp.edu.co/dspace/bitstream/11059/3113/1/37286132T595.pdf>

Toasa Cobo, J. E. (2015). *“La importancia de la Estimulación Temprana en el desarrollo psicomotriz de los niños y niñas de 0 a 5 años que acuden a la consulta pediátrica en el Hospital General Puyo”*. (Tesis de Licenciatura, Universidad Técnica de Ambato). Recuperado de: <http://nubr.co/8Do7>

ANEXOS

Anexo N°1 Historia Clínica



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

HISTORIA CLÍNICA PARA NIÑOS/AS

LUGAR DE PRÁCTICAS:.....FECHA:.....
RESPONSABLE DEL PACIENTE:.....

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:.....
FECHA DE NACIMIENTO:..... N° H.CLINICA:.....
EDAD:.....DOMICILIO:.....TELF:.....
...MOTIVO DE
CONSULTA:.....
DIAGNOSTICO:.....
.....
.....

2. COMPOSICION FAMILIAR

QUIENES COMPONEN LA
FAMILIA:.....
PADRE:.....EDAD:.....OCUPACION:.....
...MADRE:.....EDAD:.....OCUPACION:.....
.....
HERMANOS:.....EDAD:.....OCUPACION:.....
...
ESTADO CIVIL:.....CON QUIEN PASA EL NIÑO EN
CASA:.....

3. ANTECEDENTES PERSONALES

- EMBARAZO: PLANIFICADO.....
IMPREVISTO.....
- TUVO COMPLICACIONES
SALUD:.....EMOCIONALES:.....
- CARACTERISTICAS DEL PARTO:
NORMAL:.....CESAREA:.....PREMATURO:.....

OTROS:.....

- CONDICIONES INMEDIATAS POSTERIORES AL NACIMIENTO:
CICATRICES, MALFORMACIONES:.....
CONVULSIONES:..... OTROS:.....
- PAUTAS MADURATIVAS

ALIMENTACION:

LECHE
 MATERNA..... BIBERON..... MASTICACION.....
 ACTUAL.....
 HABITOS
 ORALES:.....
 SUEÑO:.....

MOTRICIDAD:

CARACTERISITICAS DE SUS
 MOVIMIENTOS:.....

 ...
 DESARROLLO MOTRIZ GRUESO:.....

4. ANTECEDENTES PATOLOGICOS

ENFERMEDADES,
 ACCIDENTES:.....
 VACUNAS:.....
 CIRUGIAS:.....
 ALERGIAS:.....
 CONTROL
 MEDICO:.....
 REALIZACION DE ESTUDIOS:.....
 OTROS:.....

5. INTERACCION FAMILIAR:

COMO SE RELACIONA CON SUS PADRES:.....
 COMO SE RELACIONA CON SUS HERMANOS:.....
 ACTIVIDADES QUE REALIZA EN FAMILIA:.....
 SITUACION FAMILIAR:.....
 OBSERVACIONES:.....

ELABORADO POR:.....

Anexo N°2 Test de Brunet-Lézine

NOMBRES Y APELLIDOS:.....FECHA DEL EXAMEN:.....

FECHA DE NACIMIENTO:.....

No.	Ítems	1 mes	Ptos.
1	P1	Sentado levanta la cabeza de vez en cuando vacilando	
2	P2	Boca abajo levanta la cabeza vacilando	
3	P3	Boca abajo mantiene la cabeza flexionada y hace movimientos de reptación	
4	C4	Reacciona al ruido de una campanilla	
5	C5	Sigue momentáneamente el movimiento del aro hasta un ángulo de 90%	
6	C6	Fija su mirada en el examinador	
7	P7	Aprieta el dedo colocado en su mano	
8	L8	Emite pequeños sonidos guturales	
9	S9	Deja de llorar al aproximarnos a él o al hablarle	
10	S10	Reacciona con movimiento de succión antes de darle el pecho o el biberón	

No.	Ítems	2 meses	Ptos.
11	P1	Sentado, mantiene la cabeza derecha durante un momento	
12	P2	Boca abajo, levanta la cabeza y los hombros	
13	P3	Boca arriba, sostiene la cabeza cuando se le sienta, mediante tracción sobre los antebrazos	
14	C4	Sigue con la vista a una persona que se desplaza	
15	C5	Sigue el movimiento del aro describiendo un ángulo de 180%	
16	S6	Responde mímicamente al rostro del examinador	
17	P7	Si se deja de lado, la madre lo encuentra boca arriba	
18	L8	Emite varias vocalizaciones	
19	S9	Se inmoviliza o vuelve la cabeza cuando se le habla	
20	S10	Sonríe a los rostros conocidos	

EVALUADOR:.....

NOMBRES Y APELLIDOS:.....FECHA DEL EXAMEN:.....

FECHA DE NACIMIENTO:.....

No.	Ítems	3 meses	Ptos.
21	P1	Sentado, mantiene la cabeza derecha	
22	P2	Boca abajo, se apoya en los antebrazos	
23	C3	Mira un cubo colocado sobre la mesa	
24	C4	Sostiene el sonajero moviéndolo con un movimiento Involuntario	
25	C5	Vuelve la cabeza para seguir un objeto	
26	S6	Responde con una sonrisa cuando el examinador le sonríe	
27	P7	Coge y atrae hacia si su sabana	
28	L8	Balbucea con vocalización prolongada	
29	S9	Se pone contento cuando ve el biberón o le van a dar el pecho	
30	S10	Juega con su mano, se la mira	

No.	Ítems	4 meses	Ptos.
31	P1	Boca abajo mantiene las piernas extendidas	
32	P2	Boca arriba, levanta la cabeza y los hombros mediante la tracción de los antebrazos	
33	P3	Sentado, palpa el borde de la mesa	
34	C4	Mira una pastilla colocada sobre la mesa	
35	C5	Boca arriba, inicia un movimiento de presión hacia el aro	
36	C6	Mueve el sonajero que se le ha colocado en la mano, Mirándolo	
37	P7	Cubre la cara con su sabana	
38	L8	Vocaliza cuando se le habla	
39	S9	Ríe a carcajada	
40	S10	Vuelve la cabeza inmediatamente a la persona que le habla	

EVALUADOR:.....

NOMBRES Y APELLIDOS:.....FECHA DEL EXAMEN:.....

FECHA DE NACIMIENTO:.....

No.	Ítems	5 meses	Ptos.
41	P1	Se mantiene sentado con un ligero apoyo	
42	P2	Boca arriba hace un movimiento para quitarse el pañuelo sobre la cabeza	
43	C3	Coge el cubo al contacto	
44	C4	Mantiene el cubo en su mano y mira al segundo	
45	C5	Tiende su mano hacia el objeto que se le ofrece	
46	C6	Sonríe ante el espejo	
47	P7	Coge el sonajero que está al alcance de su mano	
48	L8	Da gritos de alegría	
49	S9	Se destapa mediante movimiento de pataleo Se coge la pierna o rodilla	
50	S10	Ríe y vocaliza al manipular su juguetes	

No.	Ítems	6 meses	Ptos.
51	P1	Sostenido verticalmente (de pie), soporta una parte de su peso	
52	P2	Boca arriba, se quita el pañuelo que tiene sobre la cabeza	
53	C3	Coge el cubo colocado sobre la mesa ante sus vista	
54	C4	Sostiene dos cubos en ambas manos y mira al tercero	
55	C5	Sentado, coge con una mano el aro que se le balacea delante de él	
56	C6	Golpea o frota la mesa con la cuchara	
57	P7	Permanece sentado bastante tiempo con apoyo	
58	L8	Hace gorgoritos	
59	S9	Se coge los pies y manos	
60	S10	Distingue las caras conocidas de las desconocidas	

EVALUADOR:.....

NOMBRES Y APELLIDOS:.....FECHA DEL EXAMEN:.....

FECHA DE NACIMIENTO:.....

No.	Ítems	7 meses	Ptos.
61	P1	Se mantiene sin apoyo durante un momento	
62	P2	Sentado con apoyo, se quita el pañuelo que le cubre la cabeza	
63	C3	Coge dos cubos uno en cada mano	
64	C4	Coge la pastilla rastrillando	
65	C5	Levanta por el alza la taza invertida	
66	C6	Tiende la mano hacia el espejo, acaricia su imagen	
67	P7	Se pasa los juguetes de una mano a otra	
68	L8	Vocaliza varias sílabas, bien definidas	
69	S9	Se lleva los pies a la boca	
70	S10	Puede comer una papilla espesa con la cuchara	

No.	Ítems	8 meses	Ptos.
71	P1	Se incorpora, hasta quedar sentado con una ligera tracción de los brazos	
72	P2	Boca abajo, se quita el pañuelo que le cubre la cabeza	
73	C3	Coge el tercer cubo, soltando uno de los dos primero	
74	C4	Coge la pastilla con la participación del pulgar	
75	C5	Busca la cuchara que se le ha caído	
76	C6	Observa con atención la campanita	
77	P7	Estando boca arriba se vuelve boca abajo	
78	L8	Participa en juegos de escondite	
79	S9	Juega a tirar los juguetes al suelo	
80	S10	Juega a golpear un juguete contra otro	

EVALUADOR:.....

NOMBRES Y APELLIDOS:.....FECHA DEL
EXAMEN:.....

FECHA DE NACIMIENTO:.....

No.	Ítems	9 meses	Ptos.
81	P1	Se sostiene de pie con apoyo	
82	P2	Sentado sin apoyo se quita el pañuelo que le cubre la cabeza	
83	C3	Levanta la taza colocada boca abajo y coge el cubo escondido debajo	
84	C4	Coge la pastilla utilizando el pulgar y el índice	
85	C5	Acerca el aro hacia si tirando del cordón	
86	C6	Hace sonar la campanilla	
87	P7	Sosteniéndolo por los brazos da algunos pasos	
88	L8	Dice una palabra de dos sílabas	
89	S9	Reacciona ante algunas palabras familiares	
90	S10	Hace gestos de adiós, gracias y aplausos	

No.	Ítems	10 meses	Ptos.
91	P1	De pie y apoyado, levanta y apoya un pie	
92	P2	Encuentra un juguete escondido debajo del pañuelo	
93	C3	Mete o saca un cubo en la taza después de la demostración	
94	C4	Intenta coger la pastilla a través del frasco	
95	C5	Saca la pieza circular de su agujero	
96	C6	Busca el badajo de la campanilla	
97	P7	Se pone de pie solo	
98	L8	Repite sonidos que oye	
99	S9	Comprende una prohibición	
100	S10	Bebe de una taza o vaso	

EVALUADOR:.....

NOMBRES Y APELLIDOS:.....FECHA DEL EXAMEN:.....

FECHA DE NACIMIENTO:.....

No.	Ítems	12 meses	Ptos.
101	P1	Anda llevándolo de la mano	
102	P2	Coge el tercer cubo sin soltar los dos primero	
103	C3	Mete un cubo dentro de la taza	
104	C4	Imite el ruido de la cuchara dentro de la taza	
105	C5	Coloca bien la pieza circular en el agujero después de una demostración	
106	C6	Hace garabatos débiles después de la demostración	
107	P7	De pie se agacha para coger un juguete	
108	L8	Dice tres palabras	
109	S9	Da algo cuando le pide con palabras o gestos	
110	S10	Repite actos que dan risa	

EVALUADOR:.....

	P	C	L	S	GLOBAL
Nº de puntos					
Edad psicomotriz					

Edad Cronológica	
Retraso	

Anexo N°3 Tabla de conversión de los puntos en edades parciales de desarrollo

Mes	Puntos	P		Puntos	C		Puntos	L		Puntos	S		
		AD en meses y días	AD en días		AD en meses y días	AD en días		AD en meses y días	AD en días		AD en meses y días	AD en días	
2	6	2	60	6	2	60							
	5	1:20	50	5	1:20	50	4	2	60	4	2	60	
	4	1:10	40	4	1:10	40	3	1:15	45	3	1:15	45	
3	9	3	90	9	3	90				7	3	90	
	8	2:20	80	8	2:20	80	5	3	90	6	2:20	80	
	7	2:10	70	7	2:10	70				5	2:10	70	
4				13	4	120							
	12	4	120	12	3:21	111	7	4	120				
	11	3:20	110	11	3:14	104	6	3:15	105	8	4	120	
5				16		150					11	5	150
	14	5	150	15	5	140	9	5	150	10	4:20	140	
	13	4:15	135	14	4:20		8	4:15	135	9	4:10	130	
6				20	6	180							
	17	6	180	19	5:21	172	11	6	180				
	16	5:20	170	18	5:14	154	10	5:15	165	12	6	180	
7				23	7	210							
	21	7	210	23	7	210				14	7	210	
	20	6:21	201	22	6:20	200	12	7	210	13	6:15	195	
8				27	8	240							
	24	8	240	26	7:21	231	14	8	240				
	23	7:20	230	25	7:14	224	13	7:15	225	15	8	240	
9				31	9	270							
	27	9	270	30	8:21	261				17	9	270	
	26	8:20	260	29	8:14	254	15	9	270	16	8:15	255	
10				35	10	300							
	30	10	300	34	9:21	291			300	19	10	300	
	29	9:20	290	33	9:14	284	16	10		18	9:15	285	
12				43	12	365							
	36	12	350	41	11:15	345	20	12	360				
	34	11:10	340	39	11	330	18	11	330	21	12	360	
				37	10:15	315							
	32	10:20	320										

Anexo N°4 Tabla de Conversión de los puntos en edades globales de desarrollo

Puntos	Edad en meses	Edad en días	Puntos	Edad en meses	Edad en días	Puntos	Edad en meses	Edad en días
2	0:06	6	44	4:12	132	83	8:09	249
4	0:12	12	45	4:15	135	84	8:12	252
6	0:18	18	46	4:18	138	85	8:15	255
8	0:24	24	47	4:21	141	86	8:18	258
9	0:27	27	48	4:24	144	87	8:21	261
10	1:00	30	49	4:27	147	88	8:24	264
11	1:03	33	50	5:00	150	89	8:27	267
12	1:06	36	51	5:03	153	90	9:00	270
13	1:09	39	52	5:06	156	91	9:03	273
14	1:12	42	53	5:09	159	92	9:06	276
15	1:15	45	54	5:12	162	93	9:09	279
16	1:18	48	55	5:15	165	94	9:12	282
17	1:21	51	56	5:18	168	95	9:15	285
18	1:24	54	57	5:21	171	96	9:18	288
19	1:27	57	58	5:24	174	97	9:21	291
20	2:00	60	59	5:27	177	98	9:24	294
21	2:03	63	60	6:00	180	99	9:27	297
22	2:06	66	61	6:03	183	100	10:00	300
23	2:09	69	62	6:06	186	101	10:03	303
24	2:12	72	63	6:09	189	102	10:06	306
25	2:15	75	64	6:12	192	103	10:09	309
26	2:18	78	65	6:15	195	104	10:12	312
27	2:21	81	66	6:18	198	105	10:15	315
28	2:24	84	67	6:21	201	106	10:18	318
29	2:27	87	68	6:24	204	107	10:21	321
30	3:00	90	69	6:27	207	108	10:24	324
31	3:03	93	70	7:00	210	109	10:27	327
32	3:06	96	71	7:03	213	110	11:30	330
33	3:09	99	72	7:06	216	111	11:33	333
34	3:12	102	73	7:09	219	112	11:36	336
35	3:15	105	74	7:12	222	113	11:39	339
36	3:18	108	75	7:15	225	114	11:42	342
37	3:21	111	76	7:18	228	115	11:15	345
38	3:24	114	77	7:21	231	116	11:18	348
39	3:27	117	78	7:24	234	117	11:21	351
40	4:00	120	79	7:27	237	118	11:24	354
41	4:03	123	80	8:00	240	119	11:27	357
42	4:06	126	81	8:03	243	120	12:00	360
43	4:09	129	82	8:06	246			


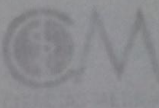
Anexo N°5 Base de datos antes de la intervención

N° Pacientes	Nombres y Apellidos	Edad Cronológica	Edad Psicomotriz	Nivel de retraso global
1	Anny Baquero	7 meses	6 meses	severo
2	Mariana Barsallo	6 meses	4 mes 21 días	severo
3	Leiner Burgos	8 meses	6 meses 21 días	leve
4	Noa Cando	6 meses	5 meses 9 días	severo
5	Bruno Chiriboga	6 meses	5 meses	severo
6	Emanuel Eduarte	8 meses	6 meses 27 días	severo
7	Lisette Gómez	6 meses	5 meses	severo
8	Ariana Hernández	6 meses	4 meses 18 días	severo
9	Dante Lainez	6 meses	3 meses 12 días	moderado
10	Gael Lainez	6 meses	3 meses 3 días	severo
11	Bianca Pionce	6 meses	5 meses	severo
12	Kaelys Quimí	6 meses	4 meses 21 días	severo
13	Elías Quiñonez	8 meses	6 meses 21 días	severo
14	Amy Reyes	7 meses	5 meses 24 días	severo
15	Bruno Villamar	8 meses	6 meses 21 días	leve


Anexo N°6 Base de datos después de la intervención

N° Pacientes	Nombres y Apellidos	Edad Cronológica	Edad Psicomotriz	Nivel de retraso global
1	Anny Baquero	9 meses	8 meses 9 días	Severo
2	Mariana Barsallo	8 meses	7 meses 9 días	Leve
3	Leiner Burgos	10 meses	10 meses	normal
4	Noa Cando	8 meses	7 meses 24 días	leve
5	Bruno Chiriboga	8 meses	7 meses 21 días	leve
6	Emanuel Eduarte	10 meses	9 meses 15 días	normal
7	Lisette Gómez	8 meses	8 meses	normal
8	Ariana Hernández	8 meses	7 meses 27 días	leve
9	Dante Lainez	9 meses	7 meses	Normal
10	Gael Lainez	9 meses	6 meses 21 días	Leve
11	Bianca Pionce	8 meses	7 meses 18 días	moderado
12	Kaelys Quimí	8 meses	8 meses	Normal
13	Elías Quiñonez	10 meses	9 meses 24 días	Leve
14	Amy Reyes	9 meses	8 meses 24 días	Leve
15	Bruno Villamar	10 meses	10 meses	Normal

Anexo N°7 Carta de permiso

 **TERAPIA FÍSICA** 

FCM-TF-604-2016

 COMPAÑIA
ISO 9001
CERTIFICADA



Guayaquil, 14 de julio del 2016

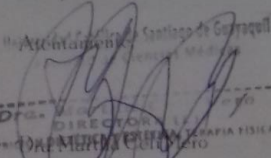
Doctora
Maria Zunino
Director de Investigación
Hospital "DR. TEODORO MALDONADO CARBO"
Ciudad-


De mis consideraciones

Por medio de la presente solicito formalmente a usted conceda la autorización correspondiente para que la Srta. Lourdes Narcisca Aguiño Sánchez, portadora de la cédula de identidad # 094158506-3, egresada de la Carrera Terapia Física de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, realice el proyecto de investigación con el tema "APLICACIÓN DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 0-1 AÑO CON RETRASO PSICOMOTOR ATENDIDOS EN EL ÁREA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA DEL HOSPITAL "DR. TEODORO MALDONADO CARBO" DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL EN UN PERIODO DE MAYO A SEPTIEMBRE DEL 2016. Este trabajo es un requisito fundamental para optar por el título de Licenciada.

En espera de tener una respuesta favorable, anticipo mi sincero agradecimiento.

Atentamente,

Dra. María Zunino
DIRECTORA DE TERAPIA FÍSICA
MUNICIPIO DE GUAYAQUIL
Directora (e)
Carrera Terapia Física
C.c. Archivo


Srta. Irene Pérez Porfies
SECRETARIA
COORD. GENERAL
INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA
FACULTAD DE ESPECIALIDADES TERC
29 JUL 2016

Anexo N°8 Galería de fotos

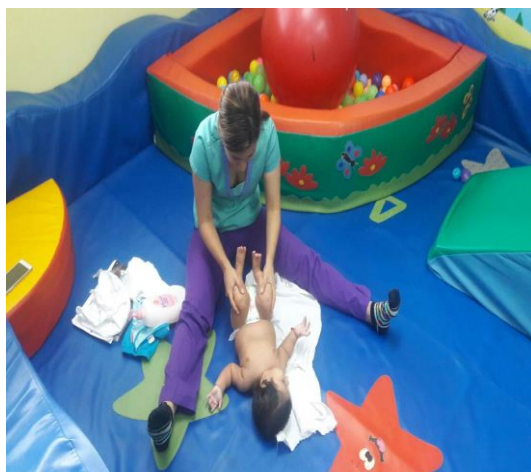


Figura N°1. Realización de estimulación propioceptiva en miembros inferiores.

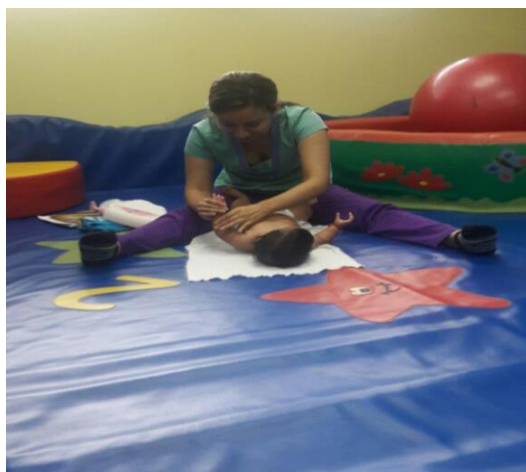


Figura N°2. Aplicación del masaje Shantala



Figura N°3. Actividades del área Motriz- subir escaleras



Figura N°4. Actividades del área motriz-gateo

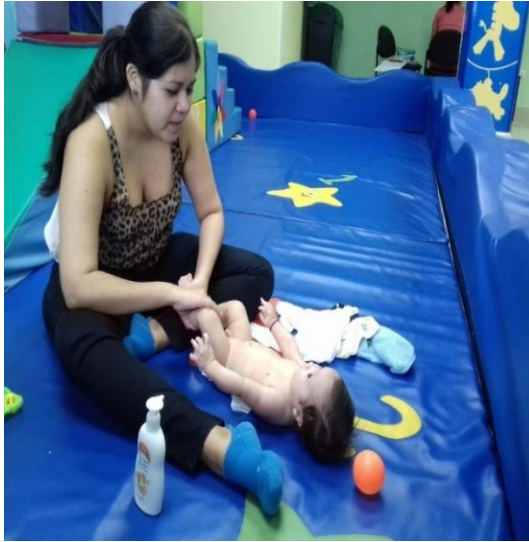


Figura N°5. Aplicación del masaje Shantala a los bebés por parte de las mamás



Figura N°6. Ejercicio FNP en cambio postural.



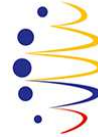
Figura N°7. Facilitando los apoyos desde la línea media hacia laterales.



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Aguño Sánchez, Lourdes Narcisa**, con C.C: # 094158806-3 autor/a del trabajo de titulación: **Aplicación de la Estimulación Temprana en el desarrollo psicomotriz de los niños y niñas de 0-1 año con retraso psicomotor atendidos en el área de Estimulación Temprana del Hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo" de la Ciudad de Guayaquil en un periodo de mayo a septiembre del 2016** previo a la obtención del título de **Licenciada en Terapia Física** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **19 de Septiembre de 2016**

Nombre: **Aguño Sánchez, Lourdes Narcisa**

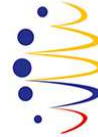
C.C: **094158806-3**



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Aplicación de la Estimulación Temprana en el desarrollo psicomotriz de los niños y niñas de 0-1 año con retraso psicomotor atendidos en el área de Estimulación Temprana del Hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo" de la Ciudad de Guayaquil en un periodo de mayo a septiembre del 2016		
AUTOR(ES)	Lourdes Narcisa, Aguiño Sánchez		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Patricia Elena Encalada Grijalva		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Terapia Física		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Terapia Física		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	19 de septiembre de 2016	No. DE PÁGINAS:	91
ÁREAS TEMÁTICAS:	Niños con retraso psicomotor, estimulación temprana, facilitación neuromuscular propioceptiva.		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Estimulación temprana- desarrollo psicomotriz- retraso psicomotor-Test Brunet Lézine- edad cronológica.		

RESUMEN/ABSTRACT

La Estimulación Temprana es muy importante en el desarrollo psicomotor de un niño. El propósito principal de esta es aprovechar la capacidad de moldeabilidad que tiene el cerebro de un niño, por lo que debe ser considerada como una estrategia de prevención. En Ecuador, el programa de estimulación no es algo antiguo, es algo que ha adquirido interés recientemente en los centros de educación y en los padres. El objetivo de este trabajo, ha sido demostrar los beneficios de la estimulación temprana en el desarrollo psicomotriz de los niños y niñas de 0-1 año con retraso psicomotor en el Hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo". Para lo cual se utilizó la técnica de Facilitación Neuromuscular Propioceptiva basado en la concientización del movimiento, mediante comandos auditivos y visuales. El presente trabajo de investigación es de enfoque cuantitativo, secuencial y probatorio, con alcance explicativo. Se seleccionó una muestra de 15 pacientes con retraso psicomotor. En los resultados obtenidos mediante la aplicación del Test Brunet-Lézine de manera global antes de la intervención se obtuvo un 13% de casos leves, 7% moderado y 80% severo. Luego de la aplicación de la estimulación temprana se observaron mejorías en el que un 40% pasó a ser normal, 47% leve, 7% moderado y 7% severo. En conclusión puedo decir que en este trabajo se ha demostrado satisfactoriamente que la Estimulación Temprana en los niños desde los primeros meses de vida contribuyen al mejor desarrollo psicomotriz. Por tanto recomiendo que quienes trabajen con los niños sean personas capacitadas para mejorar el desarrollo psicomotriz, siendo los más indicados los fisioterapeutas.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0980010972 04-4548082	E-mail: lourdesaguino@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Sierra Nieto Víctor, Mgs. Teléfono: +593-4-2206950- 2206951 E-mail: victor.sierra@cu.ucsg.edu.ec	

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	