



**UNIVERSIDAD NACIONAL
"PEDRO RUIZ GALLO"**

FACULTAD DE ENFERMERÍA



**"INFLUENCIA DE UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN
TEMPRANA EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS
RECIÉN NACIDOS PREMATUROS. SERVICIO DE
NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR
AGUINAGA ASENJO. MARZO – JUNIO, CHICLAYO 2014".**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORAS:

Bach. Enf. Aguirre Yamunaqué Victoria Astrid

Bach. Enf Cervera Inolopú Mirella Geraldine

Bach. Enf Chiroque Ruidias Clara Lizeth

ASESORA:

Dra. Enf. Clarivel Díaz Olano

LAMBAYEQUE - PERÚ

2014



**UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**“INFLUENCIA DE UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN
EL DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS RECIÉN NACIDOS
PREMATUROS. SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL
NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO. MARZO – JUNIO,
CHICLAYO 2014”.**

**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORAS:

Bach. Enf. Aguirre Yamunaqué Victoria Astrid

Bach. Enf Cervera Inolopú Mirella Geraldine

Bach. Enf Chiroque Ruidias Clara Lizeth

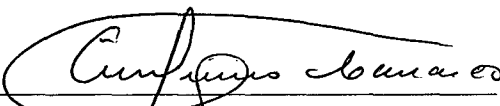
ASESORA:

Dra. Enf. Clarivel Díaz Olano

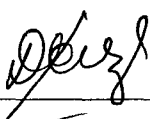
LAMBAYEQUE – PERÚ

2014

TESIS APROBADA POR LOS MIEMBROS DEL JURADO:



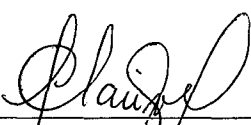
Dra. Muro Carrasco, Tania Roberta
PRESIDENTA



Mg. Cieza Maldonado, Dora Violeta
SECRETARIA



Mg. Santillán Medianero Viviana
VOCAL



Dra. Díaz Olano Clarivel
ASESORA

DEDICATORIA

A DIOS

*Por su infinita bondad de darnos
la vida y permitir hacer realidad la
culminación de nuestra TESIS.*

A NUESTROS PADRES

*A nuestros padres por su comprensión y
apoyo para realizarnos como
profesionales.*

ANUESTRA ASESORA

*A la Dra. Clarivel Díaz Olano por
todo el apoyo
brindado, la confianza y la ayuda
constante.*

AGRADECIMIENTO

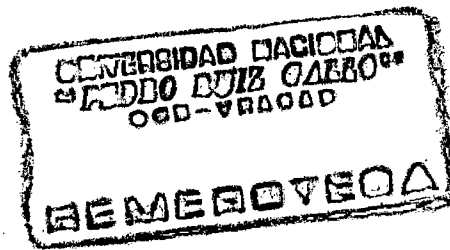
A Dios, por ser por darnos la oportunidad de vivir y por estar con nosotros en cada paso que damos, por fortalecer nuestros corazones e iluminar nuestras mentes y por haber puesto en nuestro camino a aquellas personas que han sido el soporte y compañía durante la realización del proyecto e informe de investigación.

A nuestros padres, por ser el pilar fundamental en todo lo que somos, en nuestra educación, tanto académica, como de la vida y por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A nuestra asesora, Dra. Clarivel Díaz Olano por su gran apoyo y motivación para la elaboración del proyecto e informe de investigación; por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional, por apoyarnos en su momento, por sus conocimientos y experiencias compartidas en el transcurso del ciclo y en el desarrollo del presente.

A los miembros del jurado Dra. Muro Carrasco Tania Roberta, Mg. Cieza Maldonado Dora Violeta, Mg. Santillán Medianero Viviana, por ayudarnos a mejorar la elaboración de nuestra investigación y permitir culminarla satisfactoriamente, obteniendo un grado más en nuestra profesión de enfermería.

Las autoras



ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
ÍNDICE	
RESUMEN	
SUMMARY	
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL	7
2.1. Antecedentes	8
2.2. Base Conceptual	9
2.3. Base Contextual	49
2.4. Base Legal	49
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	52
3.1. Tipo de Investigación	53
3.2. Enfoque de la Investigación	53
3.3. Población y muestra	55
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	56
3.5. Análisis de datos	56
3.6. Rigor científico	57
3.7. Principios éticos	58
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN...	61

CAPÍTULO V:	94
CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98
APÉNDICES	103

RESUMEN

Prematuridad, es sinónimo de inmadurez¹. Los recién nacidos prematuros debido a la inmadurez en los diferentes sistemas corporales y en su desarrollo neuropsicológico y psicomotor que los colocan en situación de alto riesgo, interrogándonos ¿Cuál es la influencia de un programa de estimulación temprana en el desarrollo psicomotor de los recién nacidos prematuros. Servicio de Neonatología del H.N.A.A.A. Marzo – Junio, Chiclayo 2014?, con el objetivo de determinar la influencia de este programa de estimulación temprana en el desarrollo psicomotor de estos recién nacidos prematuros. Este es un estudio Cuasi – Experimental, con Pre y Post test. La muestra constituida por 12 recién nacidos prematuros, seleccionados con técnica no probabilística de sujetos tipos, asignándose aleatoriamente 6 al grupo Experimental y 6 al Grupo Control, previa aplicación del pretest, mediante el Test Peruano del Desarrollo Psicomotor. Posteriormente se ejecutó el programa de estimulación temprana, y se evaluó el desarrollo psicomotor aplicando el Test Peruano del Desarrollo Psicomotor en los niños de 0 - 30 meses para comparar resultados del post test. Los resultados revelan que el Programa de Estimulación Temprana influyó en un 100% en el desarrollo psicomotor de los recién nacidos prematuros del grupo experimental, en las 4 áreas del desarrollo: motora, cognitiva, lenguaje y socio afectiva; en relación con el grupo control, en el segundo mes; utilizando la prueba estadística chi cuadrado.

Palabras clave: Estimulación Temprana, Recién Nacidos Prematuros, Desarrollo Psicomotor.

SUMMARY

Prematurity is synonymous with immaturity¹, the babies are born between weeks 37 and 42 of gestation, under normal conditions. Preterm infants show a number of characteristics that place them at high risk: degree of immaturity in the different body systems and their neuropsychological and psychomotor development.

Because of this importance, the following research question arose: what is the influence of an early stimulation program in psychomotor development of preterm infants. Neonatology Service of A.A.A.N.H. March-June, Chiclayo 2014? , with the objective: to determine the influence of an early stimulation program in psychomotor development of preterm infants. Neonatology Service of A.A.A.N.H. March-June, Chiclayo 2014. For its execution was applied quantitative and qualitative paradigm of Quasi - Experimental design, working with 12 preterm infants, who were selected by using the no probabilistic technique of subject types: 6 Experimental group and 6 Control Group, applying the Pre - Post test. Early stimulation program was conducted and evaluated by using the Peruvian Psychomotor Development Test in 0-30 month children. The early stimulation program influenced 100% in the psychomotor development of preterm infants from experimental group, in the 4 areas of development: motor, cognitive, language and socio-affective; relative to the control group, in the second month, using the chi square test statistic.

Key words: Early stimulation, preterm infants, psychomotor development.

CAPÍTULO I

INTRODUCCION

El recién nacido prematuro es aquel que nace antes de completar la semana 37 de gestación, siendo la gestación una variable fisiológica fijada en 280 días, más menos 15 días. La definición más precisa es la que señala que prematuridad es sinónimo de inmadurez. El grado de inmadurez establecería la relación del prematuro con su medio y determinaría su capacidad para resolver problemas ¹.

Según el Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros de la OMS: 15 millones de bebés nacen prematuramente cada año, 1 de cada 10 bebés nacen prematuramente, afectando a familias de todo el mundo, 1 millón de niños mueren cada año debido a complicaciones del nacimiento prematuro. Muchos sobrevivientes enfrentan una vida de discapacidad, incluyendo problemas de aprendizaje, visuales y auditivos².

Según Bejarano C. y Camacho R. en su investigación titulada “Programa de estimulación temprana en recién nacidos prematuros: Intervención hospitalaria, revela evidencias de que la intervención temprana durante la estancia en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales de los recién nacidos prematuros tiene efectos beneficiosos sobre el desarrollo psicomotor de los cuatro participantes de dicha investigación, los cuales se ubicaron en su edad cronológica y no su edad corregida³.

La presente investigación “Influencia de un programa de estimulación temprana en el desarrollo psicomotor de los recién nacidos prematuros. Servicio de Neonatología del H.N.A.A.A. Marzo – Junio, Chiclayo 2014” revela que el 100% de los recién nacidos prematuros del grupo experimental, dados de alta, a los cuales se les aplicó el Programa de estimulación temprana durante los dos primeros meses de vida, logran un desarrollo psicomotor normal en las diferentes áreas del desarrollo: motora, cognitiva, lenguaje y socioafectiva, a diferencia del grupo control.

En nuestro medio no encontramos centros de estimulación temprana ni públicos ni privados para niños prematuros. Lo cual constituye un grave problema, considerando el número de estos se está incrementando en los hospitales. Particularmente en nuestras prácticas hospitalarias, hemos encontrado un número creciente de nacimientos prematuros en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA), durante los meses de Octubre y Noviembre del año 2012 se han registrado mensualmente en promedio 10 RN prematuros.

Para el año 2013 en los meses de Enero a Diciembre se registraron 2119 nacimientos, de los cuales 218 fueron nacimientos prematuros, lo que corresponde al 10.28% del total de nacimientos⁴.

En lo que va del año 2014 en los meses de Enero – Febrero se registraron 287 nacimientos, de los cuales 17 fueron nacimientos prematuros.

Ante ésta situación; surgen las siguientes interrogantes ¿A qué problemas está expuesto el recién nacido prematuro en su desarrollo psicomotor? ¿Está capacitada la enfermera para elaborar y llevar a cabo un programa de estimulación temprana en recién nacidos prematuros? ¿Conocen los padres de los niños prematuros la importancia de la estimulación temprana? ¿Cómo influye la estimulación temprana en el desarrollo psicomotor de los recién nacidos prematuros?

Frente a esta situación y las interrogantes planteadas, nos formulamos el siguiente problema de investigación:

¿Cuál es la influencia de un programa de estimulación temprana en el desarrollo psicomotor de los recién nacidos prematuros. Servicio de Neonatología del H.N.A.A.A. Marzo – Junio, Chiclayo 2014?

El objetivo planteado es: Determinar la influencia de un programa de estimulación temprana en el desarrollo psicomotor de los recién nacidos prematuros. Servicio de Neonatología del H.N.A.A.A. Marzo – Junio, Chiclayo 2014.

Para concretar este objetivo, se plantearon los siguientes objetivos específicos: Identificar la influencia de un programa de estimulación temprana en el desarrollo psicomotor, en el Área motora de los recién nacidos prematuros. Servicio de Neonatología del H.N.A.A.A. Marzo – Junio, Chiclayo 2014.

Identificar la influencia de un programa de estimulación temprana en el desarrollo psicomotor, en el Área Cognitiva de los recién nacidos prematuros. Servicio de Neonatología del H.N.A.A.A. Marzo – Junio, Chiclayo 2014.

Identificar la influencia de un programa de estimulación temprana en el desarrollo psicomotor, en el Área del Lenguaje de los recién nacidos prematuros. Servicio de Neonatología del H.N.A.A.A. Marzo – Junio, Chiclayo 2014.

Identificar la influencia de un programa de estimulación temprana en el desarrollo psicomotor, en el Área Socioafectiva de los recién nacidos prematuros. Servicio de Neonatología del H.N.A.A.A. Marzo – Junio, Chiclayo 2014.

Esta investigación se justifica porque: la prematuridad, es sinónimo de inmadurez¹, en condiciones normales, los bebés llegan al mundo entre la semana 37 y la 42 de gestación.

En principio, los recién nacidos prematuros presentan, en comparación con los nacidos a término, una serie de características que los colocan en situación de alto riesgo. Es preciso indicar que las principales diferencias entre ambos grupos de niños no atañen únicamente a la apariencia física, sino también el grado de inmadurez, tal es el caso de los sistemas corporales del prematuro, los cuales no pueden asumir las funciones desempeñadas por la madre durante el embarazo.

Blair C. y Ramey S. explican que la prematuridad, en sí misma, no es causa directa de problemas en el desarrollo, sino que es la conjunción con otras variables postnatales lo que puede estar promoviendo diversas complicaciones en la

evolución del niño; entre estas variables se destacan la ausencia de apoyo social, un estatus socioeconómico bajo, niveles elevados de estrés de los padres y desconocimiento en estimulación temprana⁵.

Por tanto, estas condiciones del entorno en el que se desarrolla el niño nacido prematuro puede ejercer una baja influencia en su desarrollo.

En ello radica la importancia de brindarles una estimulación temprana oportuna y eficaz durante la primera etapa de vida. Pues las tasas de nacimientos prematuros han ido aumentando, según el Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros de la OMS: 15 millones de bebés nacen prematuramente cada año, 1 millón de niños mueren cada año debido a complicaciones del nacimiento prematuro².

El impacto de este estudio radica en que aportará teórica y metodológicamente en el tratamiento oportuno del desarrollo psicomotor en niños en condiciones de prematuridad, lo cual se concretizó en la elaboración de un programa de estimulación temprana, en el cual dichas sesiones mostraron los beneficios de la estimulación temprana. Aún más cuando en nuestro medio no existen centros especializados para la estimulación temprana de los niños nacidos prematuros al salir de alta, ni profesionales de la salud especializados en esta área. Esta situación, unida a la escasez de estudios dirigidos a promover el desarrollo psicomotor en ellos, motiva la presente investigación.

A los profesionales de enfermería les permitirá fortalecer, planificar y brindar el cuidado con calidad. Igualmente posibilitará la ampliación del campo laboral del enfermero y de esta manera pueda realizar el ejercicio independiente de su profesión tanto en consultorios privados y en el cuidado intrafamiliar.

Asimismo los resultados de la investigación servirán de base para futuras investigaciones y el perfeccionamiento del programa propuesto si así se requiere.

El informe se encuentra estructurado de la siguiente manera:

- I. INTRODUCCIÓN: constituye una serie del marco lógico de la investigación.
- II. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL: contiene la información en la que se fundamenta la investigación.
- III. MARCO METODOLÓGICO: señala el tipo de investigación, enfoque, población y muestra, así como las técnicas e instrumentos utilizados en la recolección de datos, teniendo en cuenta los principios éticos y rigor científico.
- IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN: se analiza temáticamente las unidades de significado de los discursos de los adolescentes, originando categorías y subcategorías, los cuales son analizadas a la luz de los conocimientos.
- V. CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÉNDICES

CAPÍTULO II

II. MARCO TEÓRICO - CONCEPTUAL

2.1. Antecedentes

A nivel internacional:

- Bejarano C. y Camacho R. realizaron en el año 2010 en México, una investigación denominada “Programa de estimulación temprana en recién nacidos prematuros: Intervención hospitalaria”, con el objetivo de optimizar las capacidades del niño en todas las áreas, mediante la estimulación temprana; en una muestra de cuatro neonatos uno femenino y tres masculinos, con un periodo de gestación menor a las 37 semanas y de un peso menor a los 2.5 kg. Se dividió la muestra en 2 grupos, el primero con los sujetos A y B gemelos, el segundo grupo se analizó por género, sujeto C (masculino), sujeto D (femenino). Se aplicó un programa de estimulación temprana diariamente las primeras dos semanas, la intervención fue en el hospital general Dr. Salvador Zubirán de la ciudad de Chihuahua, México y al alta hospitalaria, las sesiones continuaron en casa con apoyo de los padres bajo la supervisión de los terapeutas cada tercer día. El diseño fue cualitativo de investigación-acción de tipo práctico. El programa fue diseñado con duración de tres meses con un total de 40 sesiones. Concluyendo que al finalizar el programa de estimulación temprana los recién nacidos prematuros se ubicaron dentro de su edad cronológica y no su edad corregida³.

2.2. Base Conceptual:

Según La Sociedad Peruana de Pediatría en su informe “El recién nacido prematuro”, revela que la incidencia de la prematuridad varía entre 8 a 15 %. Siendo el promedio mundial de 11%. Esta cifra es diferente si se comparan distintas áreas geográficas y está demostrado que los factores socio-económicos determinan variaciones muy significativas, colocando en los países de menores recursos cifras tan altas como 15% ¹.

En los datos disponibles en el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) de los últimos 10 años, la tasa de prematuridad global varió entre 1996 y 2006 del 5,84% al 6,84%, a los que debe añadirse el infra registro producido por nuestra legislación. Existen diferencias entre Comunidades Autónomas y entre los diferentes Hospitales que superan en algunos al 10 % del total de nacimientos⁶.

Prematuro, según definición propuesta desde 1961 por el Comité de Expertos de la OMS es la de "recién nacido de peso inferior a 2500 grs. y nacido antes de 37 semanas de gestación” ⁷.

Según La Asociación Española de Pediatría, en su protocolo nos define “Un recién nacido prematuro es aquel que nace antes de completar la semana 37 de gestación, siendo la gestación una variable fisiológica fijada en 280 días, más menos 15 días” ².

Otros autores como Correa, considera como prematuro a todo producto de la concepción que haya salido del vientre materno antes de cumplir 37 semanas de gestación contadas a partir del primer día de la última menstruación, o sea 258 días⁷.

De igual modo en el Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros define parto prematuro como “Los bebés nacidos vivos antes de las 37 semanas completas de gestación”².

Para la Sociedad Peruana de Pediatría, el recién nacido prematuro o pre-término es un bebé que nace de un embarazo menor de 37 semanas. La definición más precisa es la que señala que prematuridad es sinónimo de inmadurez. El grado de inmadurez establecería la relación del prematuro con su medio y determinaría su capacidad para resolver problemas¹.

Para Clasificar al Recién nacido prematuro, según el Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros menciona las subcategorías de nacimiento prematuro, basado en las semanas de gestación: Extremadamente prematuro (<28 semanas), Muy prematuro (28 a <32 semanas) y Prematuro moderado o tardío (32 a <37 semanas)².

Correa clasifica al recién nacido prematuro en: Prematuro límite y lo considera como tal aquel que tiene entre 34 y 36 semanas de edad gestacional y constituyen el 48.9% de todos los prematuros; entre ellos la morbilidad es escasa y obedece principalmente a problemas metabólicos y respiratorios. Al Prematuro moderado,

aquel que tiene entre 31 y 34 semanas de edad gestacional y corresponden al 39% de todos los prematuros; su mortalidad es del 26.4% muy superior a la de los prematuros límite y está dada, básicamente, por la alta frecuencia de Enfermedad de Membrana Hialina y de Hemorragias Intracraneanas. Y por último, al Prematuro extremo aquel que tiene entre 24 y 30 semanas. En muchas áreas del tercer mundo la mortalidad de los prematuros menores de 28 semanas es casi 100% debida a los escasos recursos de atención que existen ahí. Constituyen el 8.3% de los prematuros mientras que si se consideran desde 24 semanas la cifra sube al 12.1%. La mortalidad más alta está dada especialmente por los problemas respiratorios⁷.

Para clasificar al recién nacido prematuro es necesario tener en cuenta su aspecto externo, pues ayuda a estimar en forma más o menos exacta la edad gestacional del niño.

El tono muscular hacia a la semana 28 es hipotónico y presenta las cuatro extremidades extendidas; hacia las 32 semanas hay flexión de las rodillas pero no se obtiene resistencia a la extensión de las mismas; para la semana 34 las extremidades inferiores adoptan una posición de flexión en 90° a nivel de rodillas y las superiores empiezan a mostrar flexión a nivel de codos y la maniobra talón-oreja empieza a tener dificultades para ser ejecutada. Para la semana 36 se nota flexión franca de las cuatro extremidades y la extensión pasiva se dificulta, es tan fuerte que no permite la extensión de las mismas.

El gran prematuro tiene importantes dificultades y limitaciones para adoptar esta postura. Además, tiene un elevado riesgo de sufrir, más tarde, dificultades de deambulación y/o movimiento como resultado de problemas posturales y mecanismos inadecuados durante su estancia en el hospital.

Posee también un peso que suele ser inferior a 2.500 grs. La pérdida de peso fisiológica es de un 15% del peso al nacimiento; recuperan su peso inicial posterior a los primeros 7 días de vida, aunque más lentamente que los neonatos a término. Su longitud es inversamente a su inmadurez, siempre inferior a 47 cm.

El perímetro cefálico es siempre inferior a 33 cm; no se evidencia una gran diferencia con el neonato a término, salvo en los muy pre términos, ya que el cráneo se ha desarrollado en los primeros meses de vida intrauterina. El tórax se desarrolla en los últimos meses de gestación, por lo que el perímetro torácico será mucho menor que la cabeza. La diferencia será más evidente cuanto menor sea la edad de gestación⁸.

En cuanto al Sistema nervioso se caracteriza por una escasa especialización neuronal, y una mielinización apenas incipiente. El comportamiento del prematuro es reflejo de su inmadurez, los reflejos arcaicos (succión, deglución y búsqueda) no existen o son débiles. Su posición es de flexión generalizada pero pasiva, con un tono muscular muy escaso y sin reflejos automáticos primarios, especialmente en los miembros inferiores.

La barrera hematoencefálica es muy permeable, lo que le hace especialmente vulnerable. Los grandes vasos que riegan el Sistema Nervioso Central se están formando y, en muchas ocasiones, el aporte sanguíneo cerebral se realiza todavía mediante la red capilar, que sangra con facilidad, dando lugar a la hemorragia intraventricular⁹.

Otro de los Sistemas importantes en el Recién Nacido Prematuro es el Sistema Respiratorio, que se caracteriza por presentar: pausas de apnea, respiración irregular y síndrome de distrés respiratorio.

La inmadurez de los centros respiratorios hace que se necesiten altas concentraciones de CO₂ para ser estimulados, lo que condiciona en el prematuro una acidosis respiratoria fisiológica. Existen diversas estructuras y funciones pulmonares del recién nacido prematuro son inmaduras: La debilidad de los músculos respiratorios, los cartílagos blandos y una red capilar insuficiente, junto a la inmadurez, el colapso alveolar y la escasez de surfactante endógeno con una capacidad pulmonar disminuida, hacen al prematuro susceptible de padecer patología pulmonar: la enfermedad de membrana hialina.

Las cantidades insuficientes de surfactante reducen la posibilidad de que el pulmón se llene de aire con facilidad y aumenta la presión de inspiración necesaria para expandir los pulmones con la entrada de aire.

La sustancia tensioactiva es sintetizado por los neumocitos tipo II, los cuales se distinguen desde las 25 semanas de gestación pero adquieren su madurez a las 34 semanas. Los alveolos colapsados (o atelectásicos) no facilitan el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono, lo que produce hipoxia, insuficiencia del flujo sanguíneo pulmonar y agotamiento de las energías disponibles del recién nacido prematuro.

La cubierta muscular de los vasos sanguíneos pulmonares no está completamente desarrollada. Por ello, las arteriolas pulmonares no se contraen bien en respuesta a los bajos niveles de oxígeno. La baja resistencia vascular pulmonar causa el paso de sangre de izquierda a derecha a través del conducto arterioso que vuelve a los pulmones.

La situación basal pulmonar del gran prematuro menor de 1.000 g de peso al nacimiento es extremadamente delicada. El conjunto de la vía aérea es mucho más inestable, y su tendencia al colapso mucho mayor, no sólo alveolar, sino desde la vía aérea superior. Lo cual condiciona que presenten más pausas de apnea que el gran prematuro de más peso, como respuesta a multitud de situaciones que le desagradan y que no son de origen respiratorio.

La piel del Recién Nacido Prematuro es muy fina y casi transparente; a través de ella se pueden ver los vasos y capilares; en el prematuro muy extremo la piel muestra un aspecto gelatinoso y friable. Al principio está enrojecida y,

paulatinamente, va palideciendo a la vez que madura. La ictericia hace su aparición antes que el recién nacido a término, siendo más intensa y prolongada, y potencialmente más peligrosa. Se advierte la presencia de gran cantidad de lanugo, principalmente en la cara y en la espalda, salvo en los muy prematuros, en los que todavía no ha hecho su aparición. Las uñas son rudimentarias, muy blandas y no llegan al extremo digital. Son frecuentes los edemas y la cianosis distal.

En cuanto al Desarrollo psicomotor, se desligan dos términos: la palabra “psico” hace referencia a la actividad psíquica y “motriz” se refiere al movimiento corporal. El desarrollo psicomotriz constituye un aspecto evolutivo del ser humano. Es la progresiva adquisición de habilidades, conocimientos y experiencias en el niño, siendo la manifestación externa de la maduración del SNC, y que no solo se produce por el mero hecho de crecer sino bajo la influencia del entorno en este proceso. La proliferación dendrítica y la mielinización axónica son los responsables fisiológicos de los progresos observados en el niño.

La maduración del SNC tiene un orden preestablecido y por esto el desarrollo tiene una secuencia clara y predecible: el progreso es en sentido céfalo-caudal y próximo-distal. Por tanto el desarrollo psicomotriz dependerá de: La dotación genética del individuo, su nivel de maduración, oportunidad de entrenamiento o aprendizaje en el momento oportuno que será facilitado por el entorno adecuado.

Existen factores que favorecen un óptimo desarrollo, estos son: un sólido vínculo madre-hijo, una estimulación sensorial oportuna y una buena nutrición. Así como

otros factores que pueden perturbar dicho desarrollo que van desde los factores de índole biológico (hipoxia neonatal, prematuridad, hiperbilirrubinemia, síndromes convulsivos, etc) hasta los factores de orden ambiental (ausencia de un vínculo madre-hijo adecuado y entorno hipoestimulante). Estos son los denominados factores de riesgo.

El desarrollo psicomotor se debe evaluar en todo niño que acude a control médico, más aún si dentro de sus antecedentes presenta algún factor de riesgo. La importancia de ello radica en la posibilidad de detectar cualquier alteración de este desarrollo para poder determinar las medidas adecuadas y oportunas a seguir.

Por norma general, el desarrollo psicomotor sigue un desarrollo parecido en todos los niños, comenzando desde la cabeza a los pies (lo primero que aprenden los niños es a sostener su cabeza).

El desarrollo psicomotor, es la base del desarrollo cognitivo, del lenguaje y posteriormente del desarrollo social y emocional. Está conformado por 4 áreas: Área Motora, Área Social, Área de Lenguaje y Área de Coordinación:

El Área motora se refiere al control que el niño es capaz de ejercer sobre su propio cuerpo. La motricidad se divide en gruesa y fina, así tenemos:

Motricidad gruesa: Implica coordinación de movimientos amplios, como: rodar, saltar, caminar, correr, bailar, etc.

Motricidad fina: Implica movimientos de mayor precisión que son requeridos especialmente en tareas donde se utilizan de manera simultánea el ojo, mano, dedos como por ejemplo: rasgar, cortar, pintar, colorear, enhebrar, escribir, etc).

El Área Social es la incorporación del niño o niña al medio social en que vive. Tiene dos vertientes; la adaptación al mundo de los demás y la autonomía progresiva frente a ese entorno que le rodea, y a las necesidades de la vida diaria, mediado por los siguientes factores: edad, alimentación, vestirse y desvestirse, higiene, desplazamientos, juego y sociabilidad.

En el Área de Lenguaje es preciso indicar que la comunicación no es exclusiva del lenguaje verbal, sino que por medio de gestos, caricias y, en definitiva, utilizando todos los sentidos, nos comunicamos unos con otros. Desde esta perspectiva, el lenguaje es un instrumento de comunicación, y mediante su uso expresamos y comprendemos las ideas y mensajes que transmitimos.

La adquisición del lenguaje implica el aprendizaje de un repertorio de sonidos y de palabras, así como la progresiva utilización, de forma cada vez más compleja, de las reglas para su uso. Con todo, es un área de aprendizaje muy importante, denominada “instrumental”, ya que forma parte del resto de ellas. Ésta área incluye todo tipo de comunicación tanto visible como auditiva¹⁰.

Y por último el Área de Coordinación es una capacidad motriz tan amplia que admite una gran pluralidad de conceptos. Entre diversos autores que han definido la coordinación, destacan:

Castañer M. y Camerino O., refieren que un movimiento es coordinado cuando se ajusta a los criterios de precisión, eficacia, y armonía¹¹.

Contreras R., la define como la capacidad neuromuscular de ajustar con precisión lo querido y pensado de acuerdo con la imagen fijada por la inteligencia motriz a la necesidad del movimiento¹².

Jiménez J. y Jiménez I. mencionan que es aquella capacidad del cuerpo para aunar el trabajo de diversos músculos, con la intención de realizar unas determinadas acciones¹³.

Árce M. destaca nos habla acerca de una que incluye muchas ciencias que se ocupan de estudiar, desde un punto de vista inter, multi y transdisciplinario la estructura y la organización funcional del Sistema Nervioso. Es una ciencia naciente, cuyo objeto de estudio es la educación y el cerebro humano, entendido como un órgano social que puede ser modificado por la práctica pedagógica. Se trata de la Plasticidad cerebral.

El cerebro, tal y como se ha demostrado en las últimas décadas, tiene la particularidad de que, pese a estar en gran parte programado genéticamente, puede

experimentar tanto cambios funcionales como estructurales por influencias endógenas y exógenas. Este fenómeno se denomina como “plasticidad cerebral”¹⁴.

Mulas F. y Hernández S., señalan que la plasticidad cerebral es el principio de organización que fundamenta la aplicación de programas de intervención terapéutica para la recuperación funcional. En efecto, la plasticidad de las estructuras nerviosas es un hecho evidente y es la base teórica que respalda la intervención con programas de atención temprana. Muchos niños afectados por patologías neurológicas o nacidos demasiado pronto logran un desarrollo aceptable, a pesar de la existencia de factores de riesgo y mal pronóstico asociados a su patología o circunstancia.

Muchas veces el daño neurológico comprobado en la neuro imagen, o los resultados iniciales de las pruebas de desarrollo, no necesariamente están relacionados con el resultado final. Existe evidencia acerca de la influencia que sobre la plasticidad cerebral tiene la estimulación, pero no se conoce exactamente qué es lo que ocurre en el cerebro humano. Sólo sabemos que en la plasticidad cerebral están implicados tanto factores externos, como la calidad de la intervención, factores propios de la ecología del niño (ambiente familiar que le rodea, factores demográficos, etc.)

Esta plasticidad inherente a las células cerebrales permite la reparación de circuitos corticales, integra otras áreas corticales para realizar funciones modificadas y responde a diversas afecciones.

Así, parece ser que la capacidad del cerebro para adaptarse a los cambios tiene importantes implicaciones en el aprendizaje. Pero debemos ser conscientes de que la plasticidad es mayor en los primeros años de vida y que ésta disminuye gradualmente con la edad, por lo que el aprendizaje y la recuperación se verán potenciados si se proporcionan experiencias o estímulos precoces al individuo¹⁵.

Sánchez C. señala que en el caso del recién nacido prematuro, su inmadurez biológica y funcional deja su cerebro a merced de una inmensa información sensorial, pero es incapaz de emplear mecanismos de inhibición y de protección, dado que, al parecer, esos mecanismos están relacionados con la maduración de las áreas corticales de mayor asociación y diferenciación¹⁶.

La estimulación precoz ha evolucionado en estos últimos tiempos a la estimulación temprana. Desde que se pusieron en marcha los primeros centros de intervención con niños menores de 6 años hasta la actualidad han transcurrido ya más de cuatro décadas, y en ese periodo se ha podido constatar la evolución que se ha ido produciendo en las formas de prevención y en el concepto de lo que se denominaba estimulación precoz y que ahora conocemos como estimulación temprana.

En efecto, desde sus inicios alrededor de los años 60 del siglo XX, éste ha sido un campo controvertido en cuanto a su valoración sociopolítica, en cuanto a los sujetos a los que ha de atender y también respecto a sus estrategias de intervención; pero

es desde mediados de los años 80, cuando se intensifica la preocupación y se llega a un cierto consenso.

Actualmente se acepta, que nos estamos refiriendo a una estrategia eficaz para prevenir y atenuar los efectos de un déficit de forma temprana en la vida del niño. Además, hoy en día, también se extiende a otros grupos considerados de riesgo, tales como los niños con retrasos evolutivos, niños de alto riesgo biológico y niños de alto riesgo social.

Este cambio es importante destacarlo porque va a marcar el tránsito de una intervención preventiva terciaria centrada de forma casi exclusiva en el niño y muy basada en aspectos médicos y rehabilitadores, hacia una intervención preventiva secundaria, dirigida de forma selectiva a las personas susceptibles de recibirla, y basada en los contextos o los ambientes que inciden en el desarrollo y, más concretamente, en la familia como eje de todo proceso de intervención.

De Linares C. y Rodríguez T. destacan: las primeras intervenciones recibieron el nombre de Estimulación Precoz, y su finalidad fundamental era el tratamiento, desde los primeros días de la vida del niño que padecía alguna deficiencia física, psíquica o sensorial. Estas intervenciones se basaban, fundamentalmente, en un modelo clínico; y la mayoría de los programas se centraban en métodos conductuales estructurados para poder enseñar a los niños nuevas habilidades ¹⁷.

Estos autores mencionan que a lo largo del siglo XX y lo que respecta al siglo XXI, se ha producido un importante cambio conceptual y metodológico con respecto al

primer planteamiento que tenía un carácter organicista y paidocéntrico: la estimulación precoz.

De modo que se supera el término inicial de “Estimulación Precoz”, como un tratamiento únicamente dirigido a la persona, para dar paso a un importante avance globalizador en la atención al niño. Este avance conlleva el considerar el contexto socio familiar como elemento no solo básico, sino imprescindible en cualquier proceso de intervención. Este cambio conceptual trae como consecuencia que se establezca y acuñe en la actualidad la expresión de “Estimulación Temprana”, que ya conlleva, como aparece en algunas relevantes definiciones, la necesidad de contemplar un conjunto de actuaciones dirigidas al niño, pero también a la familia y al entorno.

Terré O. define la estimulación temprana como: el conjunto de medios, técnicas, y actividades con base científica y aplicada en forma sistémica y secuencial que se emplea en niños desde su nacimiento hasta los seis años, con el objetivo de desarrollar al máximo sus capacidades cognitivas, físicas y psíquicas, permite también, evitar estados no deseados en el desarrollo y ayudar a los padres, con eficacia y autonomía, en el cuidado y desarrollo del infante¹⁸.

Asimismo Medina A., refiere que es el conjunto de acciones que potencializan al máximo las habilidades físicas, mentales y psicosociales del niño, mediante la estimulación repetitiva, continua y sistematizada ¹⁹.

Si bien el término es relativamente nuevo, las técnicas y su aplicación son tan antiguas como la humanidad misma. Todo gira alrededor del niño y sus fundamentos parten de descubrimientos científicos que remarcan la importancia de la primera infancia²⁰.

González G., refiere que la estimulación temprana está ideada para mejorar o prevenir los probables déficits en el desarrollo psicomotor de niños con riesgo de padecerlos tanto por causas orgánicas como biológicas o ambientales, por lo tanto consiste en crear un ambiente estimulante, adaptado a las capacidades de respuestas inmediatas del niño para que estas vayan aumentando progresivamente y su evolución sea lo más parecida a la de un niño normal.

Así mismo menciona que es importante tener en cuenta que el crecimiento total de un individuo se lleva a cabo por medio de la interrelación del desarrollo físico, mental, emocional y social, y la estimulación temprana producirá impacto en el crecimiento total del bebé, sin presionar ni acelerar ningún proceso de desarrollo. Simplemente, lo que busca es optimizar las capacidades del niño, en todas las áreas. Además cabe mencionar que la estimulación es muy sencilla de aplicar y que le va a proporcionar al niño las herramientas que necesita para el desarrollo de sus habilidades y un mejor desempeño en su futuro ²¹.

Doménech J. y García V. refieren que ésta puede comenzar en el momento del nacimiento o en los primeros años de vida; en cualquier caso, antes de la

escolarización. La estimulación temprana en el recién nacido prematuro es una de las indicaciones principales, ya sea como una forma de seguimiento evolutivo o como elemento de rehabilitación, debido a que la prematuridad y el bajo peso al nacer son factores de riesgo en sí mismos y además lo es la hospitalización prolongada que estas circunstancias conllevan ²².

Diversos enfoques rigen en la estimulación temprana: Primer enfoque es la Estimulación centrada en actividades y/o experiencias: es aquella que ejecuta rutinas agrupadas en áreas de desarrollo y objetivos, según la edad de los niños. A diferencia de una actividad, una experiencia es una situación “vivida intensamente”, que el niño explorará y descubrirá con emociones de gozo y asombro.

La mediación de una experiencia requiere, por un lado, la construcción de un ambiente lo suficientemente cálido y estimulante que atraiga el interés del niño, y por otro, la disposición de éste para interactuar. Así pues, los agentes facilitadores deberían seguir los siguientes pasos: Definir la experiencia de aprendizaje, crear un ambiente que tenga estímulos variados y que considere los distintos campos de conocimiento y áreas de desarrollo, potenciar la interacción social, el lenguaje verbal y corporal; y el contacto de los niños con el ambiente creado, permitir que los niños dispongan del tiempo necesario para familiarizarse con el medio, para explorar el mismo y permitirles a los niños que inicien sus propias actividades y juegos.

Para que dichas emociones sean “vivas” es necesario que el niño primero valore la experiencia, y luego, tenga el tiempo para sentirla, percibirla e interiorizarla.

El segundo enfoque es la Estimulación centrada en experiencias puntuales y/o proyectos, es aquella que busca que la misma se “viva” en un momento dado. Por el contrario, la centrada en un proyecto busca la participación de los niños en la construcción y determinación de objetivos y actividades alrededor de un tema concreto, el mismo que se aborda de manera más exhaustiva desde la mayor cantidad de perspectivas posibles.

El tercer enfoque es la Estimulación puramente intelectual u orientada hacia aspectos variados del desarrollo, es aquella que busca generar una experiencia en un sentido a la vez. Por el contrario, la estimulación multisensorial trabajará varios sentidos al mismo tiempo. La integralidad del desarrollo hace que los distintos ámbitos evolutivos se interrelacionen y dependan unos de otros para su maduración. Por lo tanto, no es posible considerar un crecimiento intelectual ajeno al desarrollo sensorial, motriz, del lenguaje o de la personalidad.

Pero sí existen programas de estimulación temprana, como el basado en las inteligencias múltiples, que se orientan hacia lo cognitivo, sin con ello, pretender minimizar la trascendencia para el niño de otros aspectos fundamentales, como el de la personalidad.

El cuarto enfoque es la Estimulación centrada en áreas de desarrollo y/o espacios o campos de aprendizaje: Las áreas del desarrollo son los distintos aspectos que el niño experimenta una maduración y crecimiento. Entre las áreas de desarrollo están la sensorialidad y la percepción, la coordinación motriz, la inteligencia, el lenguaje y el área socioemocional. Los campos de aprendizaje son los espacios del conocimiento en los que el niño puede trabajar una o más áreas del desarrollo.

Las dos perspectivas ofrecen puertas de entrada distintas. La estimulación centrada en áreas de desarrollo buscará favorecer de manera directa el crecimiento de un ámbito específico. Por el contrario, las entradas en campos de aprendizaje intentarán trabajar en distintas áreas del conocimiento pudiendo el niño experimentar libremente en ellas con una o más de sus áreas de desarrollo.

Las dos perspectivas son válidas. En los primeros 3 años de vida, antes de la aparición del pensamiento simbólico, la primera puede ser más útil. Pero a partir de esta edad, es posible trabajar tanto en áreas de desarrollo como en campos de aprendizaje.

El quinto enfoque es la Estimulación basada en el constructivismo o en una transmisión - adquisición de conocimiento: Es aquella que intenta que el sujeto modifique su estructura mental, situación que se da, según Piaget, cuando se produce un estado de desequilibrio originado por un estímulo que no encaja en el esquema mental existente.

Ciertas corrientes de estimulación toman una posición del lado innatista argumentando que niños menores de 5 años viven una etapa de desarrollo en la que es posible la incorporación masiva de conocimientos. Por lo tanto, su posición es la de exponerlos repetidamente a la mayor cantidad de información, sea esta de palabras nuevas, canciones, cuentos, colores, animales, etc.²³

Así mismo Existen diversas técnicas de Estimulación Temprana en niños prematuros tales como:

Masaje infantil: Es la aplicación de movimientos procedentes de técnicas de masaje hindú, sueco y reflexología. Además de ayudar a mantener el vínculo con los padres, favorece el aumento de peso, mejora la digestión y evita cólicos. El niño tiene que estar en condiciones de recibirlos. Los bebés son muy sensibles al tacto y pueden no tolerar el masaje. Se tiene que aplicar de una forma paulatina y progresiva.

Masaje por contención: es aquella donde se “arropa” al bebé con las manos, tocándolo muy sutilmente. Si lo acepta, se le pueden mecer los pies. La ventaja es que produce en el niño una sensación de cobijo, como en el claustro materno.

Tacto terapéutico: Es un masaje “sin contacto”, en el que la imposición de manos se produce a 5-10 centímetros del cuerpo del bebé. Se trata de “acariciar” al pequeño pero sin tocarlo. Es ideal para bebés muy pequeños o muy inestables que no soportan otras manipulaciones.

Método canguro/piel con piel: Se coloca al bebé desnudo sólo con el pañal encima del pecho desnudo de su padre o madre, tapándolo con la ropa del adulto o un arrullo. Ayuda a no romper el vínculo materno – filial, favorece el aumento de producción de leche materna y contribuye a regular la temperatura, el ritmo cardíaco y respiratorio del niño ²³.

Es importante conocer el rol de los profesionales y padres en la participación de los programas de intervención en estimulación temprana. Estos programas están asociados con mejores niveles de resultados en las valoraciones cognitivas, en cuanto a los niños, y en un mejor desarrollo por parte de la madre en cuanto a su papel como cuidadora principal¹⁰.

Los programas de estimulación varían, no solo en lo relativo a sus medios (uso de visitas al domicilio familiar, o en el centro de desarrollo, o en ambas), objeto de la intervención (enfocado en el niño o en los padres), momento (comienzo y duración), intensidad (o frecuencia), y contenido para la sesión a brindar, sino que también varían en los términos de quiénes son los participantes de la experiencia de intervención ¹⁷.

Candel I., menciona que en pocas ocasiones, se ha criticado a los programas de atención temprana que siguen modelos tradicionales, por el hecho de que la intervención es excesivamente artificial, muy centrada en contextos artificiosos, que luego dificultan la generalización de los aprendizajes a los contextos más naturales ²⁴.

En este sentido cabe destacar que el ambiente natural del niño es la familia, primero, y la Escuela Infantil después. Por tanto, las intervenciones deben ser diseñadas y ejecutadas teniendo en cuenta estos contextos naturales, sirviéndose para ello de actividades funcionales, que tengan un claro sentido y significación para el niño²⁵.

De Linares C. y Rodríguez T., señalan que todo esto conlleva también la necesidad del cambio en cuanto al papel del profesional de la atención temprana, y al tipo de relación que se establece con la familia. Como se destaca en numerosos trabajos, esa interacción familia-profesional tiene una enorme importancia en la calidad de la intervención; por lo tanto, su estudio ha de ocupar un lugar predominante dentro de los contextos que marcan las bases para una intervención familiar.

Así pues, existen diferentes modelos de intervención que tienen, a su vez, diferente significado evolutivo. Concretamente, debemos diferenciar entre aquellos modelos de intervención basados en el profesional como centro y eje de la toma de decisiones, de aquellos otros que se centran en la familia como conjunto¹⁷.

Turnbull A. presenta cuatro modelos o momentos para llevar a cabo el programa de estimulación temprana:

El primer modelo sería el denominado “psicoterapia y ayuda psicológica” y abarca la década de los años cincuenta a los sesenta del siglo XX. En este modelo es el profesional el que ejerce el poder, ya que actúa como experto, como el único capaz de ayudar a los niños con discapacidad o riesgo de padecerla, pero sobre todo a los padres, a superar el tremendo impacto que supone el nacimiento de ese niño.

Aclaremos, además que hablamos de padres, pero en realidad, en esos momentos, era la madre el único centro de interés y atención en la mayoría de los casos²⁵.

De Linares C. y Rodríguez T., destacan que el tratamiento, tenía como objetivo: “la madre y su relación con el hijo con déficit”. Desde este modelo, la intervención, muchas veces, era psicoterapéutica y psicológica, y se efectuaba fundamentalmente sobre los progenitores, no recibiendo los hijos casi ninguna ayuda; puesto que se consideraba que muchas de las patologías y dificultades surgían a causa de los problemas sin solucionar de la madre con su propio pasado y con su sentimiento de fracaso y de pérdida de control de la situación ¹⁷.

El segundo modelo surge entre los años sesenta y setenta, denominado genéricamente como “entrenamiento a padres”. Comienza a dominar el principio de la intervención centrada en la familia, pero ahora con una orientación básicamente conductual. Se va diluyendo la idea de padres emocionalmente deficientes y emerge la idea de considerarlos potencialmente capacitados para intervenir en la formación de sus hijos, y con ello, se plantea la necesidad de implicarlos en los programas de atención temprana.

No obstante, el control básico sigue siendo del profesional, del experto y, por lo tanto, es él quien ejerce la autoridad que le otorga el conocimiento de la materia, ya que es el formador que tiene que intervenir conductualmente sobre el niño e instruir a los padres para que ellos, a su vez, se conviertan también instructores de sus hijos.

Este modelo se basa en los siguientes supuestos:

Primer supuesto: Los niños con déficit aprenderán más y tendrán más posibilidades de optimizar su desarrollo y minimizar sus discapacidades si los padres les instruyen también en casa.

Segundo supuesto: Los padres no tienen participación en la estructura del programa, pero sí intervienen en su desarrollo. Aquellos padres que adquieren y demuestran mejores destrezas beneficiarán más a sus hijos.

Tercer supuesto: Los padres han de tener tiempo y energía suficiente para involucrarse en el programa de entrenamiento con sus hijos.

Luego surge un nuevo y tercer modelo al que se puede denominar, genéricamente, como “centrado en la familia”. Este modelo adquiere su mayor impulso a finales de los años ochenta, principios de los noventa del pasado siglo, y conceptualmente, reconoce y defiende la importancia de la familia como una entidad integral. Por ello, la intervención ha de centrarse en la relación entre sus miembros, no solamente considerando a la figura materna, como ocurría en los modelos anteriores, sino en el concepto extenso de familia.

Sus características comunes podemos resumirlas en los siguientes elementos fundamentales: Aumenta la capacidad de elección y de decisión de la familia; crece el convencimiento de que la familia tiene aspectos positivos, puntos fuertes, con los que se puede trabajar, por lo que hay que aprovecharlo; el profesional es un agente más y pierde el papel dominante que mantenía en los modelos anteriores; ahora, tanto la familia como el profesional comparten la responsabilidad y el poder.

Un aspecto clave de este modelo es el énfasis que pone en las posibilidades de las familias y en sus propios recursos, y no tanto en sus limitaciones. Esto comporta actuaciones en las que se tratará de favorecer y potenciar un mayor y mejor conocimiento de las familias; colaborar en el desarrollo de sus destrezas y habilidades; proveerles, a su vez, de una amplia información que les posibilite mejorar cualquier toma de decisiones y opciones; y potenciar el uso de los recursos sociales.

Por último, Turnbull A., exponen el cuarto modelo planteado por el “fortalecimiento colectivo”. Este modelo presenta a las familias como verdaderos beneficiarios del método de fortalecimiento, aunque también los profesionales lo son. Su éxito radica en encontrar formas de colaboración y participación por medio de una relación apropiada entre familias y profesionales. La colaboración entre ellos tiene su propia fuerza que irradia sinérgicamente a los contextos comunitarios.

A través de este tipo de participación se aprovechan mejor los recursos que se pueden usar. En esta situación, el papel del profesional radica en facilitar o guiar a la familia en su obtención del mayor número de recursos dentro de los sistemas formales o informales.

Éste modelo va más allá, en tanto, en cuanto el medio en el que las familias y los profesionales interaccionan y colaboran también va a resultar beneficiado, ya que el principal objetivo del “fortalecimiento colectivo” es hacer a los contextos, como mínimo, más directamente participativos ²⁵.

Ramey C. y Ramey S. introdujeron siete principios básicos que deben caracterizar la intervención en estimulación temprana en general y que es importante considerar:

Intensidad: Cuanto más frecuente y mayor es la calidad de los servicios mayor es su eficacia.

Momento de Inicio: la intervención tiende a ser más eficaz cuanto antes se inicie.

Servicios directos frente a servicios indirectos: Cuando se prestan a los padres o a los hijos los servicios de la intervención.

Mantenimiento de las mejoras en el entorno: Es necesario establecer un sistema social de soporte o mecanismos permanentes para aumentar y mantener las mejoras cognitivas y socioemocionales alcanzadas a lo largo de la intervención temprana.

Generalización: Es preciso proporcionar múltiples servicios a las familias y a los niños para mejorar la eficacia de la intervención, antes que pensar en la idea simplista del currículum de los programas como único agente de mejora.

Atención a las diferencias individuales: Los programas que dan respuesta a las diferencias y necesidades individuales tienen más posibilidades de ser eficaces.

Sensibilidad a las diferencias culturales, o multiculturalismo: que puede describirse como la atención a las características del grupo social al que pertenece el niño y su familia ⁵.

Coie J. señala que la promoción de la salud y la prevención están interrelacionados y, de hecho, consideran que deben establecerse intervenciones universales para promocionar la salud en la población en general, e intervenciones más reducidas, y destinadas a la prevención de desórdenes severos, en poblaciones de riesgo; como lo son los recién nacidos pretérmino²⁶.

A las niñas y niños de 0 a 30 meses se les debe aplicar el Test Peruano de Desarrollo del Niño (TPD). Este Test es un instrumento que determina el perfil en 12 líneas del desarrollo, correspondiente a diferentes comportamientos:

Comportamiento motor postural, que incluye las siguientes líneas de desarrollo: Control de cabeza y tronco – sentado, control de cabeza y tronco – rotaciones, control de cabeza y tronco – marcha.

Comportamiento viso motor, que incluye las siguientes líneas de desarrollo: uso de brazo y mano, visión.

Comportamiento del lenguaje, que incluye las siguientes líneas de desarrollo: Audición, lenguaje comprensivo y lenguaje expresivo.

Comportamiento personal social, que incluye las siguientes líneas de desarrollo: alimentación vestido e higiene, juego, comportamiento social, inteligencia y aprendizaje.

Para la evaluación Test Peruano de Desarrollo del Niño, se deben tener en cuenta algunas consideraciones previas.

La evaluación debe hacerse con la participación de los padres o responsable del cuidado del niño, en un ambiente adecuado (sin ruidos molestos), con ropa cómoda, tratando de que la niña o niño se sienta menos temeroso. Se explicará a los padres los logros del desarrollo que su hijo debe alcanzar según su edad, para que puedan estimularlo adecuadamente en su hogar.

En la primera evaluación explorar sobre la existencia de factores de riesgo para el desarrollo.

Para la aplicación de los instrumentos de evaluación, el profesional de enfermería debe ser experto en el manejo de la guía y la batería respectiva para cada prueba, garantizando que durante la evaluación la atención del examinador se centre en la niña o niño y no en el material impreso.

Los instrumentos deben administrarse sólo si la niña o niño está tranquilo y muestra condiciones adecuadas de salud. Si la niña o niño llora, está irritable, con sueño o enfermo, orientar y citar a los padres y/o responsables del cuidado de la niña y niño para evaluación posterior.

El control de crecimiento y desarrollo de las niñas o niños prematuros se deberá realizar en establecimientos de salud de nivel 2 ó 3; es responsabilidad del médico pediatra, profesional de enfermería o médico general y se debe usar edad corregida hasta los 2 años.

Los resultados se interpretan de la siguiente manera:

Si el perfil de desarrollo obtenido no muestra desviación se cataloga como Desarrollo Normal.

Si la línea del desarrollo está desviada a la izquierda de la edad cronológica actual, se cataloga como Trastorno del desarrollo.

Si la línea de desarrollo está desviada a la derecha de la edad cronológica actual, se cataloga como adelanto del desarrollo.

Si no hay desviación de la línea a la izquierda pero existe el antecedente de al menos un factor de riesgo se cataloga como Riesgo para Trastorno del Desarrollo.

Para interpretar los resultados, se deben tener en cuenta los siguientes criterios.

Evaluación de niñas y niños de 0 a 30 meses utilizando el Test Peruano de desarrollo del niño. Los resultados pueden ser:

Desarrollo normal: Cuando la niña y el niño ejecuta todas las conductas evaluadas según la edad cronológica correspondiente.

Riesgo para trastorno del desarrollo: Cuando el niño o niña ejecuta todas las conductas evaluadas según la edad cronológica correspondiente.

Trastorno del desarrollo: Cuando el niño o niña no ejecuta una o más de las conductas evaluadas según la edad cronológica correspondiente y en la lectura del perfil se encuentra: Desviación a la izquierda de un mes en un solo hito, desviación a la izquierda de un mes en dos o más hitos, desviación a la izquierda de dos meses o más en un solo hito, desviación a la izquierda de dos meses o más en dos o más hitos, desviación a la izquierda de un solo hito, asociado a un factor de riesgo.

Manejo de problemas del desarrollo según nivel de complejidad y capacidad resolutive. Durante la evaluación del desarrollo el profesional, explicará y demostrará a los padres o responsables del cuidado de la niña y el niño, el modo y las pautas de estimulación al niño de acuerdo a los resultados obtenidos:

Si el resultado obtenido es desarrollo normal: felicitar a los padres o cuidadores y mencionar los logros del niño o niña vinculados a las prácticas realizadas. Explicar

y demostrar medidas y pautas de estimulación y controlar de acuerdo al calendario según edad y el nivel de desarrollo del niño y niña.

Si el resultado obtenido es Riesgo para trastorno del desarrollo: analizar con los padres o responsables del cuidado de la niña y el niño el factor o situación de riesgo detectado e identificar mecanismos para su disminución. Explicar y demostrar medidas y pautas de estimulación. En estos casos es necesario involucrar a la familia en el seguimiento para garantizar el control de acuerdo al calendario según edad y el nivel de desarrollo del niño y niña.

Si el resultado obtenido es Trastorno del desarrollo: El manejo se hará con base a los factores causales encontrados y de acuerdo a lo descrito a continuación:

Si el perfil muestra desviación a la izquierda de un mes en uno o más hitos: Explicar y demostrar a los padres o responsables del cuidado de la niña y el niño las medidas y pautas de estimulación que debe realizar en casa relacionadas con los factores y el trastorno encontrado, durante 2 meses, según el esquema del desarrollo.

Realizar como mínimo una visita domiciliaria antes del siguiente control. Reevaluar al niño cada mes. Si después de 2 meses de seguimiento con pautas de estimulación no mejora, referirlo al establecimiento de salud de mayor complejidad.

Si el perfil muestra desviación a la izquierda de dos o más meses en uno o más hitos o el perfil muestra desviación a la izquierda de un solo hito asociado a un factor de riesgo: Referirlo inmediatamente al establecimiento de salud de mayor complejidad

y asegurarse que la referencia sea efectiva; así mismo verificar la contra referencia para continuar con el seguimiento.

Si los padres no llevan a la niña o niño al establecimiento de referencia indicado, el profesional de enfermería debe organizar las acciones con el equipo multidisciplinario y otras instituciones responsables de la protección del niño a fin de hacer efectiva la referencia.

Si el resultado obtenido es déficit del desarrollo: Explicar y demostrar medidas y pautas de estimulación y citar en 2 semanas para control, si mejora continuar con los controles de acuerdo al calendario según edad; si no mejora, derivar al nivel superior para evaluación por especialista.

Si los padres no llevan a la niña o niño al establecimiento de referencia indicado, el profesional de enfermería debe organizar las acciones con el equipo multidisciplinario y otras instituciones responsables de la protección del niño a fin de hacer efectiva la referencia.

Para el manejo de la Niña y Niño durante la evaluación es necesario:

El niño debe estar acompañado preferentemente por sus padres o adulto responsable de su cuidado a fin de que pueda proporcionar la información pertinente.

La niña o el niño deben ser evaluados despiertos y sanos y en un ambiente carente de distracciones.

Es conveniente explicar a padres o adulto responsable de su cuidado los objetivos de la prueba para obtener su mejor colaboración.

Todo estímulo o manipulación del niño por el evaluador debe ser realizado con suavidad y sin incomodarlo.

En caso de utilizar material de evaluación, debe ser mostrado al niño únicamente cuando vaya a ser usado y debe ser retirado de su vista cuando ya no sea necesario.

Se evitará apartar bruscamente al niño de alguna actividad interesante para él; para someterlo a otra prueba; se evitará también presionarlo para que responda antes de que esté listo para hacerlo. La rapidez con que se administre la prueba deberá adaptarse al temperamento del niño y a la experiencia del evaluador.

La Evaluación Del Desarrollo se realizará de acuerdo a la edad cronológica de la niña o el niño, calculada en meses, considerando para ello los 30 días cumplidos, considerar que un mes y 28 días se reconoce como un mes y en cambio un mes y 29 días ya se considera 2 meses.

La evaluación comenzará con la columna de hitos del mes anterior; a la que corresponde la edad cronológica de la niña o niño en meses, a partir de ella se evaluará la línea de comportamiento horizontalmente y hacia la derecha hasta llegar al hito más alto que pueda obtenerse colocando en este último hito una marca (X).

Los hitos que se han graficado en la ficha para ayuda visual y cuyo grado de dificultad de obtención es variable se califica como presentes o ausentes según sean o no observados (explorados por el examinador) o referidos por los padres o adulto responsable del cuidado del niño.

Existen hitos, la mayoría diseñados para ser observados por el evaluador; otros, para ser referidos por el acompañante, y otros hitos, escasos, que puedan ser observados o referidos. En este último caso preferir de ser posible, la observación directa del hito.

La calificación de un hito requiere, de su apreciación tal como se describe en el esquema, pero es importante la apreciación crítica razonable del evaluador. Es válida la apreciación de un hito durante la búsqueda de otro ó si el niño se adelanta en la ejecución.

En caso de no obtener algún hito, su exploración puede ser diferida para más tarde, según criterio, mientras se pasa a explorar otros hitos.

El Llenado Del Formato De Evaluación Del Desarrollo se realizará de la siguiente manera:

Registrar el Nombre de la niña o niño y el N° Historia Clínica según corresponda.

En la parte posterior del formato se encuentra una lista de preguntas que se debe aplicar a los padres de la niña o niño a fin de obtener y registrar información relacionada a antecedentes, enfermedades asociadas, y otros.

Encerrar en un círculo el mes correspondiente a la edad cronológica de la niña o niño. Una vez concluida la evaluación, se unirán las marcas de todos y cada uno de los hitos logrados, mediante una línea que partirá desde la edad cronológica encerrada en el círculo hasta la última marca.

Esta línea continua así obtenida será el perfil de desarrollo de la niña o niño evaluado; las desviaciones hacia la izquierda se considerarán retrasos y las

desviaciones hacia la derecha, adelantos en el desarrollo de las líneas de comportamiento correspondientes.

Los espacios en blanco del esquema, significan que el hito inmediato anterior todavía está desarrollándose durante el trecho de estos espacios y pueden ser marcados como correctos en el mes cronológico en que se está evaluando al niño, naturalmente si la ejecución del mencionado hito es exitosa.

La exploración de cada hito Test Peruano de Desarrollo del Niño debe hacerse de acuerdo a las condiciones descritas a continuación:

PARA LA EDAD DE 1 MES:

1° Hito: CONTROL DE CABEZA Y TRONCO

Postura inicial y técnica para obtener el objetivo: Decúbito dorsal

Hito y respuesta esperada: Movimientos asimétricos de brazos y piernas: mueve activa y asimétricamente brazos y piernas.

2° Hito: CONTROL DE CABEZA Y TRONCO. ROTACIONES

Postura inicial y técnica para obtener el objetivo: Decúbito ventral

Hito y respuesta esperada: Levanta la cabeza por momentos: Levanta la cabeza por momentos y la coloca de lado.

3° Hito: CONTROL DE CABEZA Y TRONCO. MARCHA

Postura inicial y técnica para obtener el objetivo: Levantar al niño sujetándolo bajo la axila y hacer que los pies toquen suavemente una base o superficie firme.

Hito y respuesta esperada: Puesto de pie extiende las piernas: Extiende las piernas y apoya los pies sobre la base.

4° Hito: USO DEL BRAZO Y MANO

Postura inicial y técnica para obtener el objetivo: Colocar dedo del examinador en la palma de la mano del niño presionando suavemente.

Hito y respuesta esperada: Aprieta cualquier objeto colocado en su mano: Aprieta y suelta el dedo más de una vez.

5° Hito: VISIÓN

Postura inicial y técnica para obtener el objetivo: Decúbito dorsal, iluminar directamente a los ojos con una linterna a 30cm. de distancia.

Hito y respuesta esperada: Frunce el ceño y rechaza con parpadeo la luz intensa: Frunce el ceño y/o parpadea en expresión de rechazo.

6° Hito: AUDICIÓN

Postura inicial y técnica para obtener el objetivo: Decúbito dorsal. Sonar la campana a 20cm. sobre y al lado de cada oído.

Hito y respuesta esperada: Detiene sus movimientos al oír un sonido: Detiene sus movimientos o acciones, pestañea o se sobresalta.

7° Hito: LENGUAJE COMPRENSIVO

Postura inicial y técnica para obtener el objetivo: En decúbito dorsal o en brazos de su acompañante, este le habla con cariño.

Hito y respuesta esperada: Sonríe con la voz de su madre: Sonríe ante la voz de su madre.

8° Hito: LENGUAJE EXPRESIVO

Postura inicial y técnica para obtener el objetivo: Preguntar a la madre por qué llora su hijo.

Hito y respuesta esperada: Lloro por una causa: hambre, frío, sueño. Responde por: hambre, frío o sueño.

9° Hito: COMPORTAMIENTO SOCIAL

Postura inicial y técnica para obtener el objetivo: Preguntar qué hace el niño cuando está llorando y lo cargan.

Hito y respuesta esperada: Cuando llora se tranquiliza al ser alzado o acariciado: Se calma o deja de llorar.

10° Hito: ALIMENTACION, VESTIDO E HIGIENE

Postura inicial y técnica para obtener el objetivo: Preguntar si puede lactar o succiona, o chupa.

Hito y respuesta esperada: Chupa: Respuesta afirmativa.

11° Hito: JUEGO

Ninguna actividad para este hito

12° Hito: INTELIGENCIA Y APRENDIZAJE

Postura inicial y técnica para obtener el objetivo: decúbito dorsal.

Hito y respuesta esperada: Demuestra estar atento: Está atento a lo que rodea.

PARA LA EDAD DE 2 MESES:

1° Hito: CONTROL DE CABEZA Y TRONCO

Ninguna actividad para este hito

2° Hito: CONTROL DE CABEZA Y TRONCO. ROTACIONES

Ninguna actividad para este hito

3° Hito: CONTROL DE CABEZA Y TRONCO. MARCHA

Postura inicial y técnica para obtener el objetivo: Levantar al niño sujetándolo bajo la axila y hacer que los pies toquen suavemente una base o superficie firme.

Hito y respuesta esperada: Puesto de pie extiende las piernas: Parado no sostiene el peso de su cuerpo. Dobla las piernas sin sostener su peso.

4° Hito: USO DEL BRAZO Y MANO

Ninguna actividad para este hito

5° Hito: VISIÓN

Postura inicial y técnica para obtener el objetivo: Decúbito dorsal. Con la cabeza del niño en la línea media mostrarle la linterna y luego desplazarla Completamente a uno y a otro lado.

Hito y respuesta esperada: Sigue con la mirada objetos sin sonido en ángulo de 90°. Sigue con la mirada, rotando el cuello 45° a uno y otro lado.

6° Hito: AUDICIÓN

Ninguna actividad para este hito

7° Hito: LENGUAJE COMPRENSIVO

Ninguna actividad para este hito

8° Hito: LENGUAJE EXPRESIVO

Postura inicial y técnica para obtener el objetivo: Observar o preguntar a la madre qué dice su hijo o qué contesta cuando ella le habla.

Hito y respuesta esperada: Emite sonidos o “agú” cuando se le habla, responde con “a”, “i” o “agú”.

9° Hito: COMPORTAMIENTO SOCIAL

Postura inicial y técnica para obtener el objetivo: Preguntar qué hace el niño cuando está llorando y lo cargan.

Hito y respuesta esperada: Cuando llora se tranquiliza al ser alzado o acariciado: Se calma o deja de llorar.

10° Hito: ALIMENTACION, VESTIDO E HIGIENE

Ninguna actividad para este hito

11° Hito: JUEGO

Ninguna actividad para este hito

12° Hito: INTELIGENCIA Y APRENDIZAJE

Postura inicial y técnica para obtener el objetivo: Decúbito dorsal. Colocar un plumón o sonaja en la palma de la mano del niño.

Hito y respuesta esperada: Al contacto con un objeto abre y cierra la mano: Abre y cierra la mano dos o más veces al contacto con el plumón o sonaja²⁷.

En la presente investigación abordamos las siguientes teorías de enfermería:

MADELEINE LEININGER desarrolló su teoría de la Diversidad y Universalidad de los cuidados, basada en su convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidados que desean o necesitan de los demás. La cultura determina los patrones y estilos de vida que tiene influencia en las decisiones de las personas, ésta teoría ayuda a la enfermera a descubrir y documentar el mundo del paciente y utiliza sus puntos de vista étnicos, sus conocimientos y sus prácticas en conjunto con una ética apropiada (conocimiento profesional) como base para adoptar acciones y decisiones profesionales coherentes con los modos culturales.

Resulta esencial que el profesional de enfermería sepa responder de manera integral a las necesidades de los pacientes.

Es fundamental para llevar a cabo un proceso de relación de ayuda eficaz, que el profesional de enfermería tenga la capacidad de identificar y dar respuestas a las necesidades espirituales y emocionales de las personas a las que presta cuidado, en este caso, de los recién nacidos prematuros, ya que; de este modo ayudamos a desarrollar sus habilidades y potenciar sus capacidades.

El profesional de enfermería tiene que descubrir y adquirir los conocimientos acerca del mundo del recién nacido y de sus padres y así haga uso de sus puntos de vista internos, sus conocimientos y prácticas, todo con la ética adecuada, de manera que nos produzca ningún daño, para ambos.

JEANS WATSON desarrolló su teoría del Cuidado Humano. Según esta teoría, la enfermera se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos. Los pacientes requieren unos cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida. El cuidado del profesional de enfermería es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal.

El trabajo de Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales, hacia aspectos más humanos. En este caso, es importante abordarla en la investigación pues es escaso el número de profesionales de la salud, sensibilizados con este alto porcentaje de niños nacidos prematuros, a quienes no se les brinda la estimulación temprana necesaria.

NOLA PENDER desarrolló su teoría: Promoción de la salud. Ésta teoría identifica en el individuo factores cognitivos - preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse, cómo cuidar a sus familiares y llevar una vida saludable. La autora resalta “hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro”.

La promoción de la salud en niños nacidos prematuros es muy importante porque permite desarrollar sus habilidades y potencializar sus capacidades brindadas por los profesionales de la salud y reforzadas por los cuidadores.

KATHRYN BARNARD desarrolló su teoría: Modelo de la interacción padre – hijo, la cual se basa en la elaboración de instrumentos de valoración para determinar la salud, el crecimiento y desarrollo del niño, considerando al conjunto padres- hijo como un sistema interactivo. Barnard sostiene que este sistema está influido por las características individuales de cada miembro, que pueden modificarse de manera que satisfagan las necesidades del sistema. También define la modificación como una conducta adaptativa.

Participan las características del niño, la respuesta del niño al cuidador, la sensibilidad de los padres a las señales de los niños, capacidad de los padres para aliviar el malestar del niño y actividades de los padres que fomentan el crecimiento social y emocional.

Dentro de sus afirmaciones teóricas resalta: Interacción del cuidado – niño y experiencias en curso y de las expectativas del dúo, todos los cuidadores adultos aportan al cuidado, la interacción entre los niños y los cuidadores, modifican la conducta del otro, proceso de adaptación del cuidador al bebé, promover aprendizaje del entorno temprano y positivo, que incluya una relación de educación²⁸.

2.3. Base Contextual:

El Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, es una institución de nivel IV que pertenece a la Provincia de Lambayeque. Es la unidad de hospitalización técnico administrativa que tiene por objetivo otorgar a los asegurados y sus derechohabientes prestaciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación en su da salud. Brinda atención especializada, y un cuidado integral con calidad, eficiencia y calidez a la población asegurada.

Cuentan con un equipo multidisciplinario con capacidad de innovación y capacitación constante, utilizando tecnología avanzada, y comprometido en dar una atención integral, personalizada, y con alta responsabilidad satisfaciendo las necesidades de salud de nuestros usuarios. Los cuales se encuentran bajo la

jurisdicción de los diferentes departamentos y dependen directamente del Gerente Regional de Atención de Lambayeque.

El servicio de Neonatología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA) registra un aproximado de 700 ingresos mensualmente de los cuales, 62 son prematuros. En los meses de Octubre y Noviembre del año 2012 se evidenció un promedio de 10 RN prematuros. Para el año 2013 en los meses de Enero a Diciembre se registró 2119 nacimientos, de los cuales 218 fueron nacimientos prematuros, lo que correspondió al 10.28% del total de nacimientos. En lo que va del año 2014 en los meses de Enero – Febrero se registró 287 nacimientos, de los cuales 17 fueron nacimientos prematuros.

Las sesiones de estimulación temprana se desarrollaron en las viviendas de los niños nacidos prematuramente, en compañía de los padres de familia. Dichas sesiones se realizaron una vez por semana, comprometiendo a los padres y familiares continuar con la realización de estas.

2.4. Base Legal:

Nuestro trabajo de investigación está sustentada bajo la siguiente base legal:

- Ley de Estimulación Pre-Natal y Temprana N°28124 la cual tiene como fin potenciar el desarrollo físico, mental y sensorial del ser humano a través del Programa de Estimulación Prenatal y Temprana, orientado a lograr el desarrollo humano armónico e integral de la niñez sin exclusión alguna.

- La Constitución Política del Perú en los artículos 7° y 9°, que reconocen el derecho a la salud y los artículos 13° y 14° establecen que la educación tiene por finalidad el desarrollo integral de la persona humana y promueve el conocimiento y el aprendizaje.
- Así también el Código de los Niños y Adolescentes en sus artículos 14° y 15° reconoce derecho a la educación y, el Artículo 21° precisa el derecho a la atención integral de salud, mediante la ejecución de políticas que permitan su desarrollo físico e intelectual³⁰.

CAPITULO III

III. MARCO METODOLOGICO

3.1 Tipo de investigación:

Es una investigación adscrita al paradigma cuantitativo, porque tuvo como propósito medir las variables en estudio.

3.2 Enfoque de la investigación

En la presente investigación se utilizó el diseño Cuasi - Experimental. Se denomina diseños cuasi - experimentales a aquellos diseños en los cuales no se asignan al azar los sujetos que forman parte del grupo experimental y del grupo control, puesto que los grupos de trabajo ya existen previamente al inicio del estudio.

Cuasi - experimental, porque no se tiene control de las variables intervinientes. Y para la realización del diseño de contrastación se utilizó el método Pre test - Post test con un grupo Experimental y otro Grupo de Control.

El Pre-test: Es una medición previa de la variable dependiente a ser utilizada antes de la aplicación de la variable independiente.

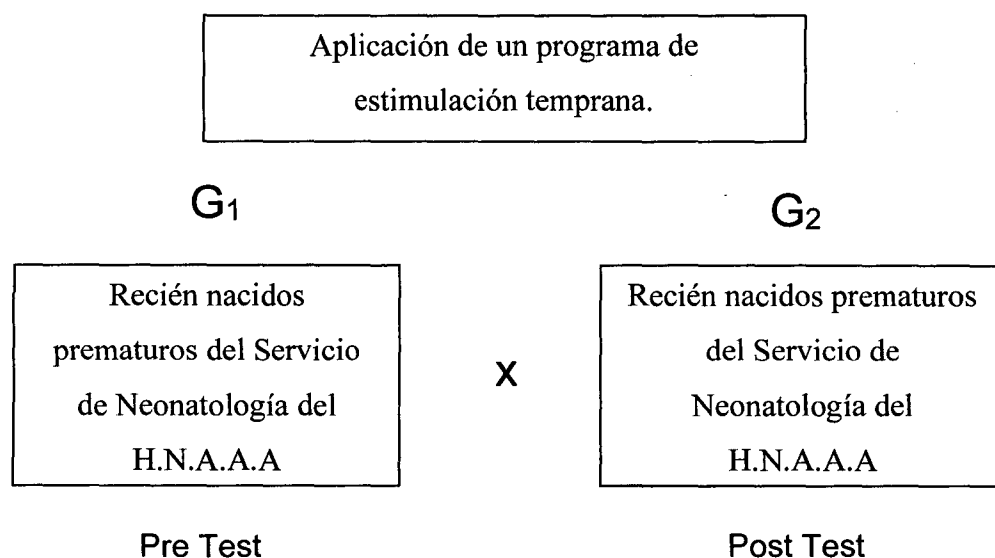
La aplicación de la variable independiente se realizó a los sujetos de la muestra.

El post test: Una nueva medición de la variable dependiente después de la aplicación de la variable independiente.

$G.E: O_1 A \text{ ----- } X \text{ ----- } O_2$

$G.C: O_1 B \text{ ----- } O_2$

Figura N° 1 Diseño de la Contrastación para Grupo Experimental



Donde:

G1 = Cantidad de niños nacidos prematuros del Servicio de Neonatología del H.N.A.A.A antes de la aplicación de un programa de estimulación temprana.

X = Aplicación de un programa de estimulación temprana para mejorar el desarrollo psicomotor.

G2 = Cantidad de niños nacidos prematuros del Servicio de Neonatología del H.N.A.A.A después de la aplicación de un programa de estimulación temprana.

3.3 Población y muestra

En esta investigación, la población estuvo constituida por 12 niños nacidos prematuros dados de Alta, del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, de los cuales 6 pertenecieron al Grupo Experimental y 6 pertenecieron al Grupo Control.

Criterios de Inclusión:

- Recién nacido prematuro sano
- Estar de alta hospitalaria
- Al momento de la captación presentaron: edad menor a 28 días de edad
- Recién nacido con edad gestación mayor a 34 semanas y menor de 37 semanas.
- Ser hijo de padres que desea participar voluntariamente en el estudio y que firmen el consentimiento informado.

La muestra fue seleccionada a través de la técnica no probabilística de sujetos tipos, hasta completar los 12 participantes.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la variable independiente se utilizará:

- **Análisis Documental:** porque permitió seleccionar las ideas informativamente relevantes de distintos documentos con el objetivo de expresar su contenido sin ambigüedades para recuperar la información contenida.
- **La lista de cotejo:** porque permitió identificar los logros de los niños nacidos prematuros, antes y después de la aplicación del programa de la estimulación temprana.

Para la variable dependiente se utilizará:

- **La Observación:** porque permitió establecer la relación con el objeto de estudio, del cual se obtuvo datos, que luego fueron sintetizados para el desarrollo de la investigación.
- **Test Peruano del Desarrollo del Niño:** porque es el instrumento que se utilizó para la evaluación psicomotora en los niños de 0 - 30 meses.

3.5 Análisis de datos

Los datos fueron procesados utilizándose la estadística inferencial, con la prueba de chi cuadrada.

El análisis se hizo a la luz de la literatura y los antecedentes de estudios.

3.6 Rigor científico

La calidad de la investigación en ciencias de la salud es un aspecto fundamental que los investigadores permanentemente debemos garantizar, esta calidad científica estará determinada por los siguientes criterios:

Los criterios que se utilizaron para evaluar la calidad científica de un estudio cuantitativo son:

Confidencialidad:

Este criterio hace énfasis en el rol del profesional de enfermería en la utilización y desempeño dentro del ámbito de su profesión tomando en cuenta los valores y principios éticos y bioéticos en el desarrollo de sus cuidados enfermeros.

En nuestra investigación se garantizó que la información brindada por los padres de los niños nacidos prematuros, fue utilizada para fines netamente académicos.

Credibilidad:

Se buscó que los hallazgos del estudio sean reconocidos como “verdaderos” por las personas que participaron en el estudio, evitando subjetividades del investigador. La credibilidad entraña dos aspectos, primero realizar la investigación de forma tal que se incremente la credibilidad de los resultados y segundo seguir los pasos necesarios para demostrarlos.

Confiabilidad:

La información brindada por los padres de los niños nacidos prematuros no fue manipulada o alterada por el investigador. Por tanto, se mostraron contenidos emitidos en forma natural y espontánea y sin incorporación de prejuicios de los investigadores.

Auditabilidad:

La investigación representó el inicio para que se puedan realizar otras investigaciones, mediante este criterio se ayudó en la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Para ello es necesario contar con un registro y documentación completa de la investigación.

En el presente estudio para garantizar el cumplimiento de este principio se realizó un informe con su respectivo análisis, así como las referencias bibliográficas utilizadas, con el fin de facilitar que otro investigador pueda realizar estudios similares.

3.7 Principios éticos

Principio de respeto de la dignidad humana

La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad constituyen el fin supremo de la sociedad y el estado y fundamento para el ejercicio de los derechos que le son propios. El valor de la persona humana no depende de factores ajenos a su dignidad. El ser humano es respetado no solo como

persona, sino también conforme a su pertenencia a la familia humana. Este principio se realizó: Llamándole por su nombre a los niños nacidos prematuros, brindándole un trato digno, respetando las creencias y costumbres de los padres.

Principio de primacía del ser humano y defensa de la vida

El interés humano debe prevalecer sobre el interés de la ciencia, la investigación y aplicación científica y tecnológica, deben procurar el bien de la persona. Es la ciencia la que se encuentra al servicio de la persona humana, no la persona humana al servicio de la ciencia.

La investigación realizada en los niños nacidos prematuros buscó siempre hacer el bien y evitar el mal, al ejecutar el programa de estimulación temprana.

Principio de autonomía y responsabilidad personal

La autonomía debe siempre ser orientada al bien de la persona humana y nunca puede ir en contra de su dignidad. La investigación realizada se desarrolló aplicando el consentimiento libre, expreso e informado a los padres de los niños nacidos prematuros. El cual constó de información adecuada y previamente explicada.

Principio de sociabilidad o subsidiaridad

La vida y la salud no solo corresponden a un bien personal. Sino también social. Toda persona debe comprometerse a considerar su propia vida y salud, así como los demás como un verdadero bien.

Sociabilidad: porque al momento de ejecutar el programa de estimulación temprana, la influencia de los padres fue de vital importancia para el desarrollo de habilidades de niños nacidos prematuros.

Subsidiaridad: porque permitió fortalecer el desarrollo habilidades en los niños nacidos prematuros, a través del programa de estimulación temprana.

Principio de beneficencia y ausencia de daño

Existe la obligación de no producir daño intencionadamente. Aunque los padres tienen derecho a decidir si su menor hijo recibe o no la estimulación temprana, es conveniente también considerar también los posibles daños a los que están expuestos.

Principio de igualdad, justicia y equidad

Esta investigación consideró la igualdad ontológica que tienen los niños nacidos prematuros, de acuerdo a sus necesidades sanitarias y la disponibilidad de recursos, se adoptó las medidas adecuadas para garantizar su atención de salud de manera justa y equitativa.

CAPITULO IV

IV. RESULTADOS Y DISCUSION

En el desarrollo del programa se determinó como 1° Objetivo específico: Identificar la influencia de un programa de estimulación temprana en el desarrollo psicomotor, en el Área Motora de los recién nacidos prematuros. Servicio de Neonatología del H.N.A.A.A. Marzo – Junio, Chiclayo 2014. Para responder a este, se ha considerado lo siguiente:

TABLA N° 01: DISTRIBUCIÓN DE NIÑOS NACIDOS PREMATUROS (GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL) SEGÚN HITOS DEL DESARROLLO – ÁREA MOTORA EN EL PRIMER Y SEGUNDO MES – SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL H.N.A.A.A., CHICLAYO 2014.

	PRIMER MES				SEGUNDO MES			
	G.E		G.C		G.E		G.C	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Control de cabeza y tronco sentado.	6	100	5	83.3	No se evalúa		No se evalúa	
Control de cabeza y tronco. Rotaciones.	5	83.3	0	0	6	100	5	83.3
Control de cabeza y tronco en marcha.	6	100	2	33.3	6	100	5 logran lo del 1er mes y 2 logran lo del 2do mes.	

Fuente: Test Peruano del Desarrollo del Niño - Anexo N°4

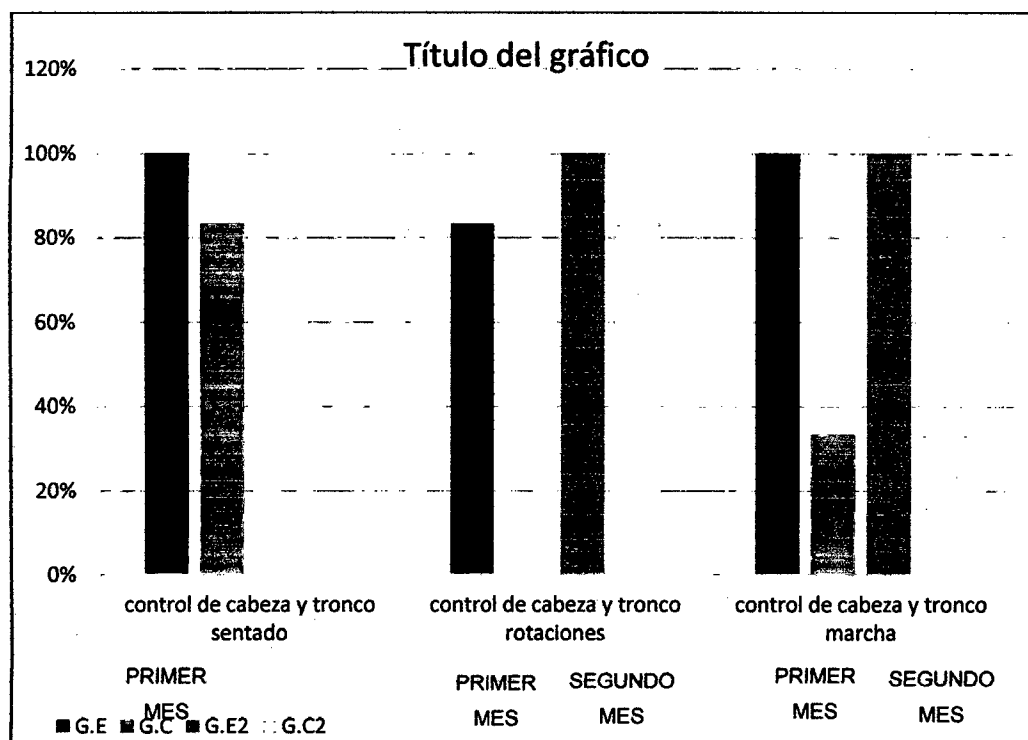
En este cuadro podemos observar que en el primer mes el 100% del grupo experimental logran el hito control de cabeza y tronco sentado, a diferencia del grupo control el cual presenta un logro de 83.3%. En cuanto al hito control de

cabeza y tronco rotaciones se evidencia un 83.3% de niños nacidos prematuros para el grupo experimental y ningún niño nacido prematuro del grupo control logran este hito. En cuanto al hito control de cabeza y tronco en marcha se evidencia un 100% de niños nacidos prematuros para el grupo experimental y un 33.3% de niños nacidos prematuros del grupo control logran este hito.

En el segundo mes el 100% de los niños nacidos prematuros del grupo experimental logran el hito control de cabeza y tronco rotaciones, mientras que para los del grupo control el logro es de un 83.3%.

En cuanto al hito control de cabeza y tronco en marcha se evidencia un 100% de niños nacidos prematuros para el grupo experimental y un 33.3% de niños nacidos prematuros del grupo control logran este hito (el 83.3% al ser evaluados logran el hito correspondiente al primer mes).

GRÁFICO N° 01: DISTRIBUCIÓN DE NIÑOS NACIDOS PREMATUROS
(GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL) SEGÚN HITOS DEL
DESARROLLO – ÁREA MOTORA EN EL PRIMER Y SEGUNDO MES –
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL H.N.A.A.A., CHICLAYO 2014.



Fuente: Test Peruano del Desarrollo del Niño - Anexo N°4

Del gráfico se concluye que el Programa de estimulación temprana influyó en un 100% en el desarrollo psicomotor, en el Área Motora de los niños nacidos prematuros del grupo experimental en relación en el segundo mes, puesto que en el primer mes; el logro fue de un 94.3%.

Por lo que se evidencia que la estimulación temprana del área motora influye en el desarrollo psicomotor en niños en condiciones de prematuridad durante la primera etapa de vida. El Área motora se refiere al control que el niño es capaz de ejercer

sobre su propio cuerpo, la motricidad se divide en gruesa y fina, así tenemos:

Motricidad gruesa: Implica coordinación de movimientos amplios, como: rodar, saltar, caminar, correr, bailar, etc. Motricidad fina: Implica movimientos de mayor precisión que son requeridos especialmente en tareas donde se utilizan de manera simultánea el ojo, mano, dedos como por ejemplo: rasgar, cortar, pintar, colorear, enhebrar, escribir, etc).

Esto se ve reflejado en los hitos del desarrollo logrados por los niños nacidos prematuros del grupo experimental fueron para el primer mes:

Hito A1 “Movimientos asimétricos de brazos y piernas”: Corresponde a la primera observación de la motricidad espontánea normal del niño. Su observación demuestra existencia de una capacidad motriz a un grado promedio (ni muy activa, ni muy lenta) en el niño observado, con un patrón que excluye hemisíndromes o parálisis.

Hito B1: “Levanta la cabeza por momentos”: Corresponde a la exploración de movimientos espontáneos, que pueden ser también hacia la derecha o izquierda por breves segmentos de tiempo. En éste como en muchos otros hitos influyen las costumbres del medio; ahora no se acostumbra a tener echado al niño en su cuna; se le tiene en brazos erguido sosteniéndole la cabeza y el tronco, esto permite al niño observar más cosas de su alrededor, ser estimulado cara a cara con mayores oportunidades de que su cabeza siga a los planos de los hombros y tronco y

aumentando su tono muscular que lo llevará a controlar la cabeza. Evalúa la primera reacción de enderezamiento de la cabeza.

Hito C1: “Puesto de pie extiende las piernas”: Por reacción de enderezamiento desaparece entre el primer y el segundo mes. Verifica una reacción temporal refleja de enderezamiento e indirectamente parálisis o hemisíndromes.

Y para el segundo mes: Hito C2: “Parado no sostiene el peso de su cuerpo”
Evalúa la extinción normal de un movimiento reflejo⁶.

Para dar respuesta al segundo objetivo específico de Identificar la influencia de un programa de estimulación temprana en el desarrollo psicomotor, en el Área Cognitiva de los recién nacidos prematuros. Servicio de Neonatología del H.N.A.A.A. Marzo – Junio, Chiclayo 2014. Presentamos la siguiente tabla y gráfico:

TABLA N° 02: DISTRIBUCIÓN DE NIÑOS NACIDOS PREMATUROS (GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL) SEGÚN HITOS DEL DESARROLLO – ÁREA COGNITIVA EN EL PRIMER Y SEGUNDO MES – SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL H.N.A.A.A., CHICLAYO 2014.

	PRIMER MES				SEGUNDO MES			
	G.E		G.C		G.E		G.C	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Uso del brazo y mano	5	83.3	5	83.3	No se evalúa		1 logra lo del 1er mes, en el 2do mes no hay hito.	
Visión	6	100	4	66.7	6	100	6 logran lo del 1er mes y ninguno cumple lo del 2do mes	
Audición	5	83.3	5	83.3	No se evalúa		No se evalúa	

Fuente: Test Peruano del Desarrollo del Niño - Anexo N°4

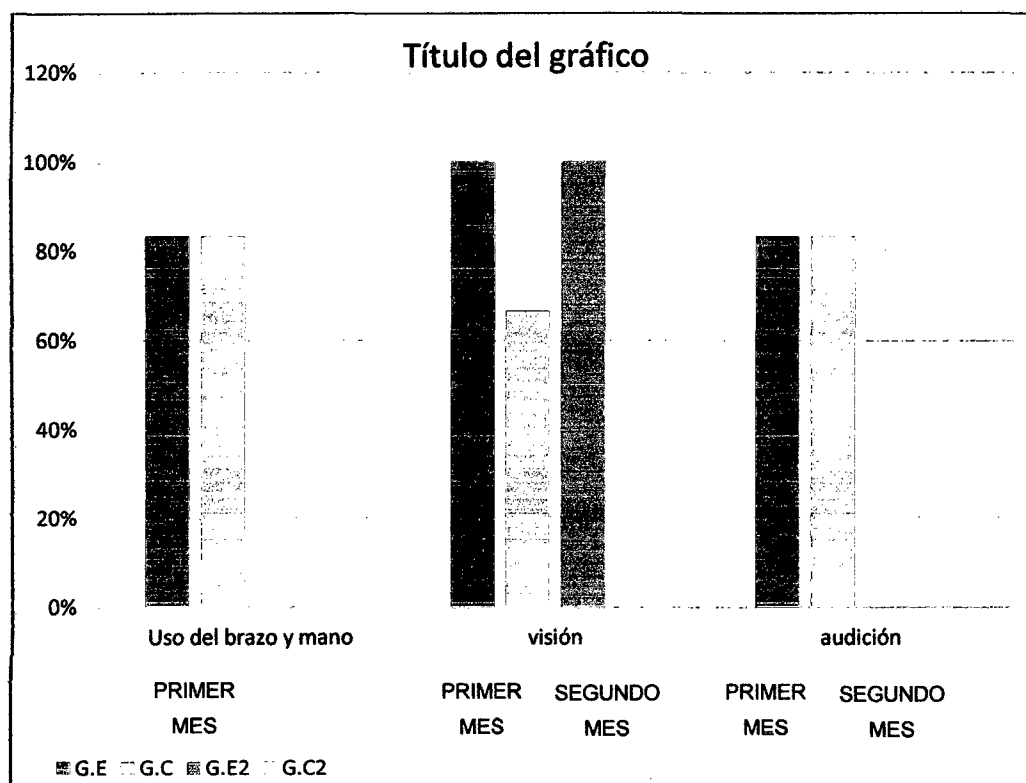
Esta tabla nos muestra la evaluación de los logros alcanzados en ambos grupos. Lo que demuestra que el 83.3% de los niños nacidos prematuros del GRUPO EXPERIMENTAL y GRUPO CONTROL, en el primer mes logran el hito uso del brazo y mano. El 100% de los niños nacidos prematuros del GRUPO

EXPERIMENTAL, en el primer mes logran el hito visión, mientras que el 66.7% de los niños nacidos prematuros del GRUPO CONTROL logran este hito. El 83.3% de los niños nacidos prematuros del GRUPO EXPERIMENTAL y GRUPO CONTROL, en el primer mes logran el hito audición.

En el segundo mes el hito uso del brazo y mano no se evalúa, sin embargo el 16.6% de los niños nacidos prematuros del grupo control logra el hito del primer mes. El 100% de los niños nacidos prematuros del GRUPO EXPERIMENTAL logran el hito visión, mientras que el 100% de los niños nacidos prematuros del GRUPO CONTROL logran el hito correspondiente a primer mes. En cuanto al hito audición no se evalúa.

Esto lo podemos observar mejor en el siguiente gráfico de barras. (Gráfico n°6).

GRÁFICO N° 02: DISTRIBUCIÓN DE NIÑOS NACIDOS PREMATUROS
(GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL) SEGÚN HITOS DEL
DESARROLLO – ÁREA COGNITIVA EN EL PRIMER Y SEGUNDO MES
– SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL H.N.A.A.A., CHICLAYO 2014.



Fuente: Test Peruano del Desarrollo del Niño - Anexo N°4

Del grafico anterior se puede concluir que el Programa de estimulación temprana influyó en un 100% en el desarrollo psicomotor, en el Área Cognitiva de los niños nacidos prematuros del grupo experimental en relación en el segundo mes, puesto que en el primer mes; el logro fue sólo de un 88.8%.

Por lo que se evidencia que la estimulación temprana del área cognitiva influye en el desarrollo psicomotor en niños en condiciones de prematuridad durante la primera etapa de vida, pues el Área Cognitiva es una capacidad neuromuscular de ajustar con precisión lo querido y pensado de acuerdo con la imagen fijada por la inteligencia motriz a la necesidad del movimiento, se ajusta a los criterios de precisión, eficacia, y armonía.

Esto se ve reflejado en los hitos del desarrollo logrados por los niños nacidos prematuros del grupo experimental fueron para el primer mes:

Hito D1: “Aprieta cualquier objeto colocado en su mano”

Reacción primaria de prehensión palmar. Evalúa también defectos motores, mientras se instala el movimiento cortical se le puede estimular el dorso de la mano, se abre la mano y lo coge por contacto.

Hito E1: “Frunce el ceño y rechaza con parpadeo la luz intensa”: A pesar que en el niño de 1 mes no existen reflejos de acomodación. Mc Graw refiere que hacia la sexta semana se empiezan a instalar reflejos de acomodación a la distancia y de convergencia. Un paso previo a ello es la sensibilidad a la luz (reflejo fotomotor) observado en todo niño con función visual indemne, mediante este reflejo, el niño cierra los ojos o frunce el ceño como desagrado al estímulo nociceptivo en que se constituye la luz intensa. La ausencia de este reflejo, nos indicaría desde edad temprana una deficiencia visual severa.

Hito F1: “Detiene sus movimientos al oír un sonido”: La percepción auditiva está presente desde la etapa fetal, al reflejo de Moro del recién nacido, que se da ante ruido o movimiento, prosigue esta acción más madura, el detener la acción ante el sonido “contemplación del ruido”.

Y para el segundo mes: Hito E2: “Sigue con la mirada objetos sin sonido en ángulo de 90 grados”: La persecución ocular se perfecciona a las seis semanas. El lactante percibe y fija la vista en los objetos que están en un radio de 30-40 cm, aún no existe coordinación y puede haber estrabismo. El grado de seguimiento se da en 90°, debido a que aún no hay total coordinación de movimientos oculares y del polo cefálico. Esta maduración se ve mejorada cuantos más estímulos tenga el niño⁶.

De igual modo para analizar el tercer objetivo específico de Identificar la influencia de un programa de estimulación temprana en el desarrollo psicomotor, en el Área del Lenguaje de los recién nacidos prematuros. Servicio de Neonatología del H.N.A.A.A. Marzo – Junio, Chiclayo 2014. Se precisa conocer los resultados de la siguiente tabla:

TABLA N° 03: DISTRIBUCIÓN DE NIÑOS NACIDOS PREMATUROS (GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL) SEGÚN HITOS DEL DESARROLLO – ÁREA LENGUAJE EN EL PRIMER Y SEGUNDO MES – SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL H.N.A.A.A., CHICLAYO 2014.

	PRIMER MES				SEGUNDO MES			
	G.E		G.C		G.E		G.C	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Leguaje comprensivo	5	83.3	3	50	No se evalúa		2 logran lo del 1er mes, en el 2do mes no hay hito	
Lenguaje expresivo	6	100	3	50	6	100	2 logran lo del 2do mes	

Fuente: Test Peruano del Desarrollo del Niño - Anexo N°4

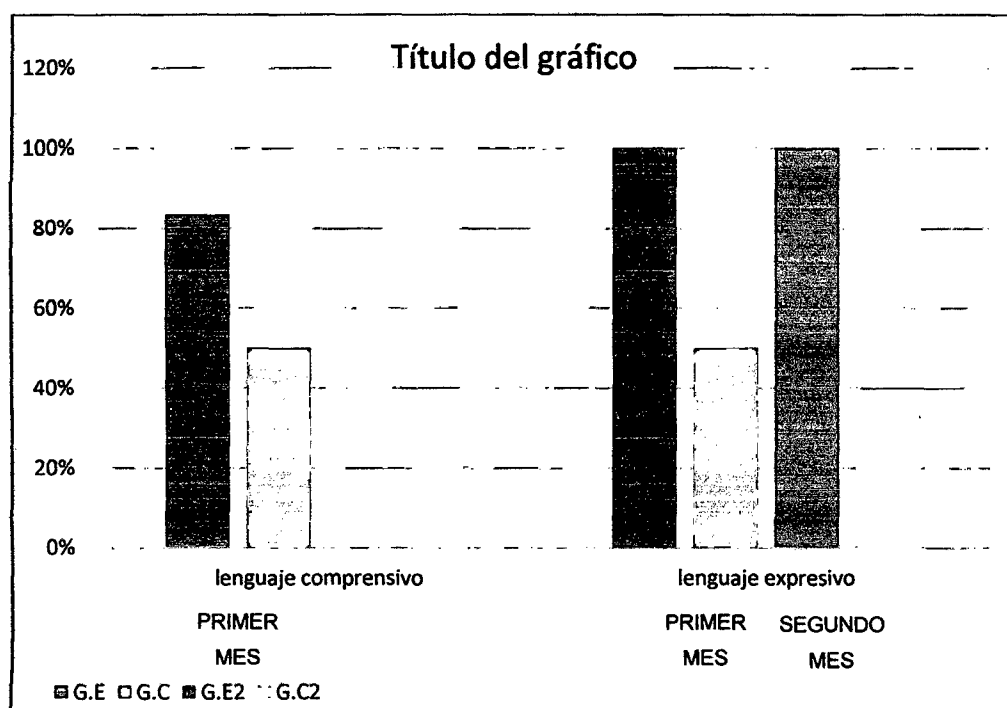
En la tabla N°3, podemos observar que el 83.3% de los niños nacidos prematuros del GRUPO EXPERIMENTAL, en el primer mes logran el hito lenguaje comprensivo, mientras que del GRUPO CONTROL sólo lo logran el 50%. El 100% de los recién nacidos prematuros del GRUPO EXPERIMENTAL, en el primer mes logran el hito lenguaje expresivo, mientras que los recién nacidos prematuros del GRUPO CONTROL sólo logran el 50%.

En el segundo mes no se evalúa el hito lenguaje comprensivo, sin embargo en el GRUPO CONTROL el 33.3% logran el hito correspondiente del primer mes.

El 100% de los niños nacidos prematuros del grupo experimental logran el hito lenguaje expresivo, mientras que el 33.3% de los niños nacidos del grupo control logran este hito.

Esto lo podemos observar mejor en el siguiente gráfico de barras. (Gráfico n°3).

GRÁFICO N° 03: DISTRIBUCIÓN DE NIÑOS NACIDOS PREMATUROS (GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL) SEGÚN HITOS DEL DESARROLLO – ÁREA LENGUAJE EN EL PRIMER Y SEGUNDO MES – SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL H.N.A.A.A., CHICLAYO 2014.



Fuente: Test Peruano del Desarrollo del Niño - Anexo N°4

Es así como podemos concluir que el Programa de estimulación temprana influyó en un 100% en el desarrollo psicomotor, en el Área del Lenguaje de los niños nacidos prematuros del grupo experimental en relación en el segundo mes, puesto que en el primer mes; el logro fue sólo de un 91.65%.

Por lo que se evidencia que la estimulación temprana del área del lenguaje influye en el desarrollo psicomotor en niños en condiciones de prematuridad durante la primera etapa de vida, pues el lenguaje es un instrumento de comunicación, y

mediante su uso expresamos y comprendemos las ideas y mensajes que transmitimos, por medio de gestos, caricias, y en definitiva, utilizando todos los sentidos, nos comunicamos unos con otros.

Esto se ve reflejado en los hitos del desarrollo logrados por los niños nacidos prematuros del grupo experimental, los cuales fueron en el primer mes:

Hito G1: “Sonríe con la voz de su madre”: El niño puede oír desde la vida fetal, es por ello que se halla acostumbrado al tono de voz materno, es a ella a quien primero identifica y puede sonreírle en un periodo primigenio de la “Asimilación Cognitiva” descrita por Piaget, la cual en el transcurso del segundo mes se pará general en relación a todo rostro en movimiento.

Hito H1: “Llora por una causa: Hambre, Frío, Sueño”. Las primeras realizaciones fonéticas del niño no tienen contenido semántico diferenciado, el grito o el llanto forman parte del comportamiento motor y sus variaciones dependen del tipo de reacción como forma de expresar su disconformidad o conformidad, poco a poco esto irá modelando su tolerancia a la frustración, sobretodo en aquello que le retira, hasta que al 2º trimestre es capaz de sólo mirar extrañado ante alguna privación.

Y para el segundo mes: Hito H2: “Emite sonidos o “agú” cuando se le habla”

El niño en este periodo realiza juegos vocálicos guturales. La lengua en este periodo tiene movimientos indiferenciados, en ocasiones se pega al paladar y al realizar actividades de deglución-fonación, puede llegar a producir los fonemas /g/, /k/.

Conforme se va desarrollando el analizador auditivo y la percepción de las reacciones de su entorno, el niño juega con estas emisiones y las une a las vocales /a/, /o/, /u/ que son las primeras que obtiene, y aparece el /goo/ o /agú/. Su entorno (padres, hermanos, etc.) responde a estas misiones con imitación produciendo un feed back de imitación, a través de ello el niño “conversa”, especialmente cuando se le incita cara a cara este, intercambio preludia la imitación de sonidos emitidos por el adulto. El niño sospechoso de déficit intelectual o el poco estimulado tiene estos procesos retrasados⁶.

Así mismo se determinó como cuarto objetivo específico: Identificar la influencia de un programa de estimulación temprana en el desarrollo psicomotor, en el Área Socio afectiva de los recién nacidos prematuros. Servicio de Neonatología del H.N.A.A.A. Marzo – Junio, Chiclayo 2014. Para dar respuesta a este objetivo se presenta la siguiente tabla.

TABLA N° 04: DISTRIBUCIÓN DE NIÑOS NACIDOS PREMATUROS (GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL) SEGÚN HITOS DEL DESARROLLO – ÁREA SOCIOAFECTIVA EN EL PRIMER Y SEGUNDO MES – SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL H.N.A.A.A., CHICLAYO 2014.

	PRIMER MES				SEGUNDO MES			
	G.E		G.C		G.E		G.C	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Comportamiento social	6	100	6	100	6	100	5 logran lo del 2do mes	
Alimentación, vestido e higiene	6	100	6	100	No se evalúa		No se evalúa	
Juego	No se evalúa		No se evalúa		No se evalúa		No se evalúa	
Inteligencia y aprendizaje	4	66.7	1	16.6	6	100	2 cumplen lo del 1er mes, 3 logran lo del 2do mes.	

Fuente: Test Peruano del Desarrollo del Niño - Anexo N°4

En esta tabla podemos observar que el 100% de los niños nacidos prematuros del GRUPO EXPERIMENTAL y GRUPO CONTROL, en el primer mes logran el hito comportamiento social.

El 100% de los niños nacidos prematuros del GRUPO EXPERIMENTAL y GRUPO CONTROL, en el primer mes logran el hito alimentación, vestido e higiene. El hito juego no se evalúa para el primer mes. El 66.7% de los niños nacidos prematuros del GRUPO EXPERIMENTAL, en el primer mes logran el hito

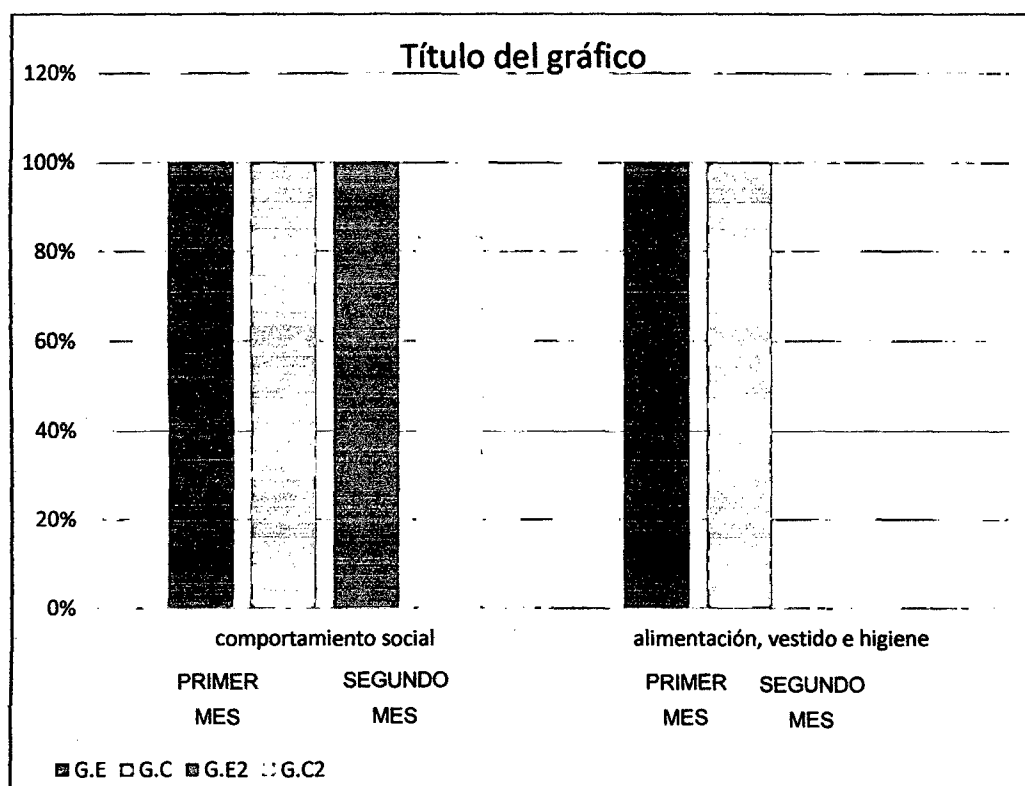
inteligencia y aprendizaje, mientras que los niños nacidos prematuros del GRUPO CONTROL sólo logran el 16.6%.

En el segundo mes el 100% los niños nacidos prematuros del GRUPO EXPERIMENTAL logran el hito comportamiento social, mientras que los niños nacidos prematuros del GRUPO CONTROL logran el 83.3%.

En el segundo mes no se evalúan los hitos: alimentación, vestido, higiene y juego. El 100% de los niños nacidos prematuros del grupo experimental logran el hito de inteligencia y aprendizaje, mientras que los niños nacidos prematuros del grupo control solo logran el 50%.

Esto lo podemos observar mejor en el siguiente gráfico de barras. (Gráfico nº8).

GRÁFICO N° 04: DISTRIBUCIÓN DE NIÑOS NACIDOS PREMATUROS (GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL) SEGÚN HITOS DEL DESARROLLO – ÁREA LENGUAJE EN EL PRIMER Y SEGUNDO MES – SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL H.N.A.A.A., CHICLAYO 2014.



Fuente: Test Peruano del Desarrollo del Niño - Anexo N°4

De esta tabla se concluye lo siguiente:

El Programa de estimulación temprana influyó en un 100% en el desarrollo psicomotor, en el Área Socio Afectiva de los niños nacidos prematuros del grupo experimental en relación en el segundo mes, puesto que en el primer mes; el logro fue sólo de un 88.9%.

Por lo que se evidencia que la estimulación temprana del área socioafectiva influye en el desarrollo psicomotor en niños en condiciones de prematuridad durante la primera etapa de vida, pues dicha área se define con la incorporación del niño o niña al medio social en que vive, tiene dos vertientes: la adaptación al mundo de los demás y la autonomía progresiva frente a ese entorno que le rodea, y a las necesidades de la vida diaria, mediado por los siguientes factores: edad, alimentación, vestirse y desvestirse, higiene, desplazamientos, juego y sociabilidad.

Esto se ve reflejado en los hitos del desarrollo logrados por los niños nacidos prematuros del grupo experimental, los cuales fueron en el primer mes:

Hito I1: “Cuando llora se tranquiliza al ser alzado o acariciado”

En este momento (1 mes) el niño se halla en la etapa de ejercicio de los reflejos innatos iniciando las adaptaciones sensorias motrices básicas, de manera que sus modos emocionales son muy simples pero importantes porque son las primeras reacciones ante otros. El reaccionar positivamente a las comodidades y satisfacciones brindadas por otros indica también que el niño es capaz de tranquilizarse traduciendo ello ausencia de irritabilidad cerebral.

Hito J1: “Chupa”

Una vez nacido, el niño debe luchar por su existencia con ayuda de la naturaleza y de quienes le atienden, debe coordinar adecuadamente sus diferentes funciones fisiológicas, este proceso de autovalimiento se inicia con lo básico: es capaz de chupar, aunque a veces se equivoque de dirección al tragar. La ejercitación de este

reflejo primitivo hace que el niño pueda modificarlo según las características de cada situación (succionar biberón, succionar de diferentes posiciones, etc.).

Hito L1: “Demuestra estar atento”

En el recién nacido la actividad motora está al mínimo pero está listo para responder y recibir; principalmente va a ejecutar reflejos, al mes atiende manifiestamente a las sensaciones de bienestar gástrico puede atender a ciertos estímulos; se inmoviliza y se interesa al contemplar un rostro generalmente de la madre; ello es el punto inicial de todas sus futuras capacidades, percepción, sociabilidad, postura, inteligencia y lenguaje. La inatención puede ser indicador precoz de deterioro de los sentidos o de la inteligencia.

Y para el segundo mes: Hito I2: “Sonríe ante cualquier rostro”

Es el primer intento de establecer una relación con otro ser humano y puede haber determinismo genético en ello; al inicio el niño puede sonreír ante dos puntos colocados como ojos en un papel; después lo hace a los ojos de la madre.

La conducta social se va desarrollando, antes sólo sonreía ante su madre o en ocasiones gástricas como actividad mecánica, refleja y no como organización intelectual superior (Asimilación Generalizadora), en relación a lo que le producía satisfacción corporal, en el segundo mes, es capaz de imitar una sonrisa, (asimilación cognitiva) sonríe como contestación a los demás y vocaliza en ocasiones de acercamiento social; evidentemente el niño que sonríe se gana el estímulo y mayor aprecio y con ello se retroalimenta para progreso ulterior, es un

conducto de acercamiento social.

Hito L2: “Al contacto con un objeto abre y cierra la mano”

El ejercicio de los reflejos va a evolucionar la prensión, lo que se comienza a reflejar hacia los 2 meses asociando el comienzo de la iniciativa ideomotriz y el cese del grasping. El niño abre y cierra voluntariamente la mano en una reacción circular primaria al sentir el contacto de un objeto con ella⁶.

Para responder al Objetivo general: Determinar la influencia de un programa de estimulación temprana en el desarrollo psicomotor de los recién nacidos prematuros. Servicio de Neonatología del H.N.A.A.A. Marzo – Junio, Chiclayo 2014. Desarrollamos los siguientes cuadros estadísticos:

TABLA N° 05: DISTRIBUCIÓN DE NIÑOS NACIDOS PREMATUROS (GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL) SEGÚN DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL PRIMER MES – SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL H.N.A.A.A., CHICLAYO 2014.

DESARROLLO PSICOMOTOR				
GRUPO	TRASTORNO	RIESGO	NORMAL	TOTAL
EXPERIMENTAL	1	3	2	6
CONTROL	3	2	1	6
TOTAL	4	5	3	12

Fuente: Test Peruano del Desarrollo Psicomotor de 0 a 30 meses.

Podemos observar que el 50% de los niños nacidos prematuros del Grupo Experimental, mostraron como diagnóstico: RIESGO PARA EL TRASTORNO DEL DESARROLLO en el PRIMER MES de aplicado el Programa de estimulación temprana.

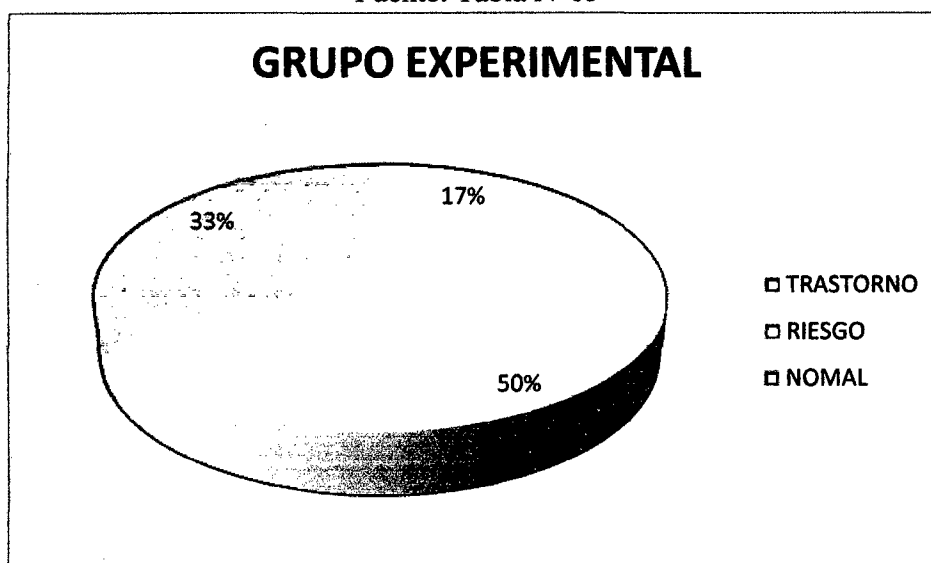
Según el MINSA en su Norma técnica de salud de CRED; un Riesgo para el Trastorno Del Desarrollo, es la probabilidad que tiene un niño que por sus antecedentes pre, peri o postnatales, o por las condiciones ambientales de su entorno (negligencias, maltrato, etc.), de presentar en los primeros años de la vida, problemas de desarrollo, ya sean cognitivos, motores, sensoriales o de comportamiento y pudiendo ser éstos, transitorios o definitivos⁶.

Mientras que el 50% de los niños nacidos prematuros del Grupo Control mostraron como diagnóstico: TRASTORNO DE DESARROLLO. Definido este según norma técnica como: La desviación significativa del “curso” del desarrollo, como consecuencia de acontecimientos de salud o de relación que comprometen la evolución biológica, psicológica y social.

Esto lo podemos observar mejor en los siguientes gráficos por sectores. (Gráfico n° 05 y Gráfico n°06).

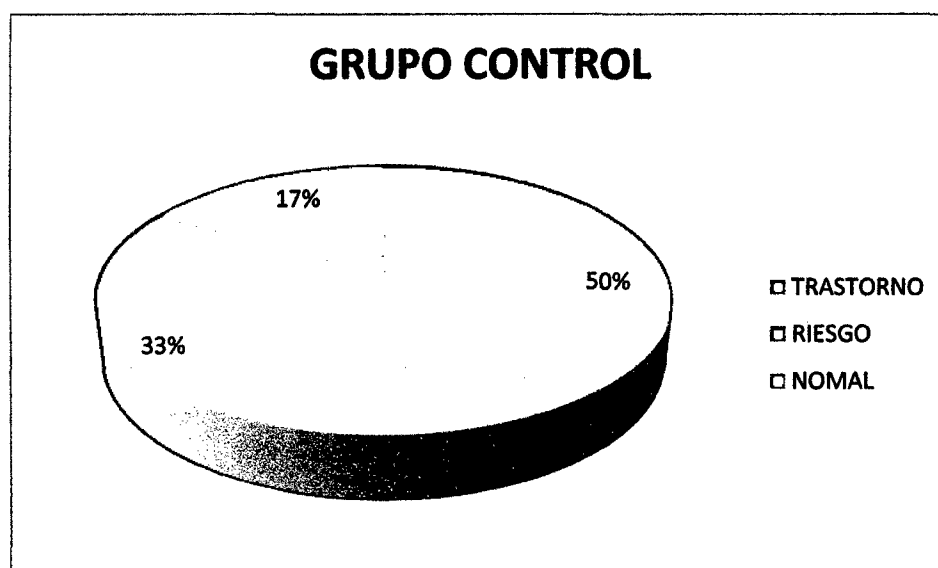
GRÁFICO N°05: DISTRIBUCIÓN DEL GRUPO EXPERIMENTAL DE NIÑOS NACIDOS PREMATUROS SEGÚN DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL PRIMER MES – SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL H.N.A.A.A., CHICLAYO 2014.

Fuente: Tabla N°05



Como se mencionaba anteriormente el 50% de los niños nacidos prematuros después del PRIMER MES de aplicado el Programa de estimulación temprana se encuentran en RIESGO DE DESARROLLO y un 33% en DESARROLLO PSICOMOTOR NORMAL.

GRÁFICO N°06: DISTRIBUCIÓN DEL GRUPO CONTROL DE NIÑOS NACIDOS PREMATUROS SEGÚN DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL PRIMER MES – SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL H.N.A.A.A., CHICLAYO 2014.



Fuente: Tabla N°05

En los niños nacidos del GRUPO CONTROL, a los cuales no se les brindó el Programa de estimulación temprana, se evidenció que el 50% presenta como diagnóstico: TRASTORNO DEL DESARROLLO y un 17% en DESARROLLO NORMAL después del primer mes.

Se define como DESARROLLO NORMAL, según Norma Técnica CRED; si el perfil de desarrollo obtenido no muestra desviación.

TABLA N° 06: DISTRIBUCIÓN DE NIÑOS NACIDOS PREMATUROS (GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL) SEGÚN DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL SEGUNDO MES – SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL H.N.A.A.A., CHICLAYO 2014.

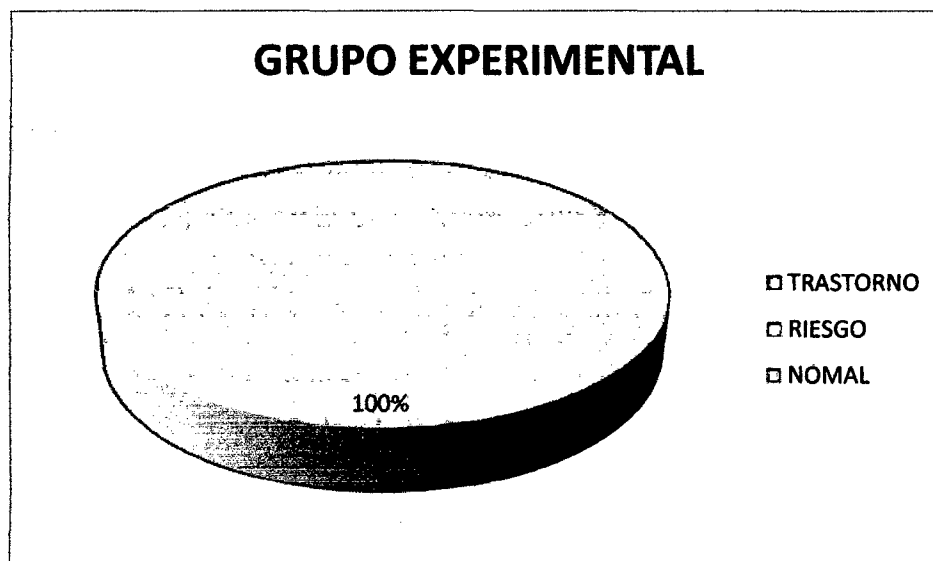
DESARROLLO PSICOMOTOR				
GRUPO	TRASTORNO	RIESGO	NORMAL	TOTAL
EXPERIMENTAL	0	0	6	6
CONTROL	3	2	1	6
TOTAL	3	2	7	12

Fuente: Test Peruano del Desarrollo del Niño

Podemos observar que el 100% de los niños nacidos prematuros del GRUPO EXPERIMENTAL, presentan un diagnóstico de: DESARROLLO NORMAL en el SEGUNDO MES de aplicado el Programa de estimulación temprana. Mientras que el 50% de los niños nacidos prematuros del GRUPO CONTROL presentan un diagnóstico de TRASTORNO DE DESARROLLO.

Esto lo podemos observar mejor en los siguientes gráficos por sectores. (Gráfico n° 07 y Gráfico n°08).

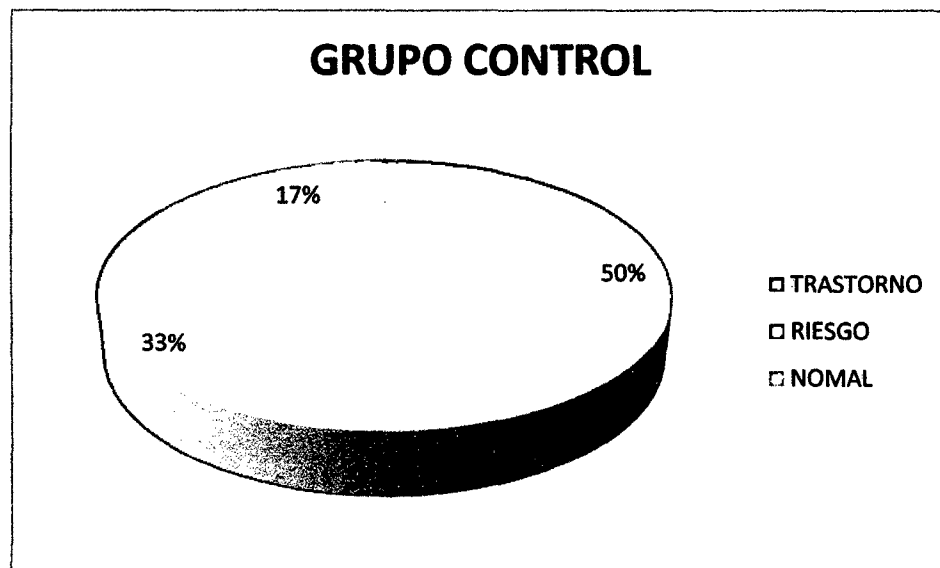
GRÁFICO N°07: DISTRIBUCIÓN DEL GRUPO EXPERIMENTAL DE NIÑOS NACIDOS PREMATUROS SEGÚN DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL SEGUNDO MES – SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL H.N.A.A.A., CHICLAYO 2014.



Fuente: Tabla N°05

El 100% de los niños nacidos prematuros alcanzan un DESARROLLO PSICOMOTOR NORMAL después del SEGUNDO MES de aplicado el Programa de estimulación temprana, logrando así resultados favorables en los niños prematuros del GRUPO EXPERIMENTAL.

GRÁFICO N°08: DISTRIBUCIÓN DELGRUPO CONTROL DE NIÑOS NACIDOS PREMATUROS SEGÚN DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL SEGUNDO MES – SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL H.N.A.A.A., CHICLAYO 2014.



Fuente: Tabla N°05

No se evidenció resultados favorables en los niños nacidos prematuros después del SEGUNDO MES, ya que encontramos los mismos porcentajes que en el PRIMER MES. Mostrando así, que los niños nacidos prematuros necesitan de un Programa de estimulación temprana para lograr un DESARROLLO PSICOMOTOR NORMAL.

TABLA N° 07: DISTRIBUCIÓN DE NIÑOS NACIDOS PREMATUROS (GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL) SEGÚN DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL PRIMER MES – SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL H.N.A.A.A., CHICLAYO 2014.

DESARROLLO PSICOMOTOR				
GRUPO	TRASTORNO	RIESGO	NORMAL	TOTAL
EXPERIMENTAL	1	3	2	6
CONTROL	3	2	1	6
TOTAL	4	5	3	12

Fuente: Test Peruano del Desarrollo del Niño

A continuación se aplica la fórmula del Chi cuadrado:

$$X^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} = 1.53$$

Donde:

x^2_c = Chi cuadrado calculado

Σ_i = Sumatoria de las filas

Σ_j = Sumatoria de las columnas

Σ_j = Sumatoria de los resultados esperados

Con un nivel de significancia del 5% y con 2 grados de libertad ($X^2_T=5.99$).

Por lo tanto: existe una moderada relación entre el Programa de estimulación temprana y la influencia en el Desarrollo Psicomotor en Grupo Control y el Grupo Experimental en el PRIMER MES.

TABLA N° 08: DISTRIBUCIÓN DE NIÑOS NACIDOS PREMATUROS (GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL) SEGÚN DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL SEGUNDO MES – SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL H.N.A.A.A., CHICLAYO 2014.

DESARROLLO PSICOMOTOR				
GRUPO	TRASTORNO	RIESGO	NORMAL	TOTAL
EXPERIMENTAL	0	0	6	6
CONTROL	3	2	1	6
TOTAL	3	2	7	12

Fuente: Test Peruano del Desarrollo del Niño.

A continuación se aplica la fórmula del Chi cuadrado:

$$X^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} = 8.57$$

Donde:

x^2_c = Chi cuadrado calculado

Σ_i = Sumatoria de las filas

Σ_j = Sumatoria de las columnas

Σ_j = Sumatoria de los resultados esperados

Con un nivel de significancia del 5% y con 2 grados de libertad ($X^2_T=5.99$).

Por lo tanto: existe relación entre el Programa de estimulación temprana y su influencia en el Desarrollo Psicomotor del Grupo Control y el Grupo Experimental en el SEGUNDO MES.

Ésta situación se debe a que los niños nacidos prematuros del grupo experimental a los cuales se les aplicó el programa de estimulación temprana en el segundo mes tienen una considerable mejora en su desarrollo psicomotor, obteniendo un DESARROLLO NORMAL, porque además se reforzaron los hitos no logrados en el primer mes, a comparación con los niños nacidos prematuros del grupo control, a los cuales obviamente no se les aplicó el programa de estimulación temprana.

Se concluye lo siguiente:

El Programa de estimulación temprana, influyó en un 100% en el desarrollo psicomotor de los niños nacidos prematuros del grupo experimental en relación con el grupo control, en el segundo mes, puesto que en el primer mes; el logro fue sólo de un 33%, evidentemente pues en el grupo control no fue aplicado el programa de estimulación temprana.

Por lo que se evidencia que la estimulación temprana como un conjunto de acciones con base científica, aplicada de forma sistemática y secuencial en la atención de la niña y niño, desde su nacimiento hasta los 36 meses, fortaleciendo el vínculo afectivo entre padres e hijos y proporcionando a la niña y niño las experiencias que ellos necesitan para desarrollar al máximo sus potencialidades físicas, cognitivas, emocionales y sociales, influye en el desarrollo psicomotor en niños en condiciones de prematuridad durante la primera etapa de vida, ya que observamos un incremento progresivo de las habilidades evaluadas en el primer mes en relación al segundo mes, los cuales se ubicaron en su edad cronológica y no su edad corregida.

Esto se corrobora en la investigación realizada por Bejarano C. y Camacho R. denominada “Programa de estimulación temprana en recién nacidos prematuros: Intervención hospitalaria”, se evidencia de que la intervención temprana durante la estancia en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales de los recién nacidos prematuros tiene efectos beneficiosos sobre el desarrollo psicomotor de los cuatro participantes de dicha investigación, los cuales se ubicaron en su edad cronológica y no su edad corregida.

CAPITULO V

5.1. CONSIDERACIONES FINALES

- El Programa de estimulación temprana influyó en un 100% en el desarrollo psicomotor de los niños nacidos prematuros del grupo experimental en relación con el grupo control, en el segundo mes, puesto que en el primer mes; el logro fue de un 33%.
- El área de mayor logro en el primer mes del Programa de estimulación temprana fue el Área Motora, la cual influyó en un 100% en el desarrollo psicomotor, en los niños nacidos prematuros del grupo experimental en relación en el segundo mes, puesto que en el primer mes; el logro fue sólo de un 94.3%.
- El área de menor logro en el primer mes del Programa de estimulación temprana fue el Área Cognitiva, la cual influyó en un 100% en el desarrollo psicomotor, en los niños nacidos prematuros del grupo experimental en relación en el segundo mes, puesto que en el primer mes; el logro fue sólo de un 88.8%.
- Para el segundo mes de aplicado el Programa de estimulación temprana los logros en las áreas del desarrollo psicomotor: motora, cognitiva, lenguaje y socioafectiva fueron 100%, lo que resalta la importancia de aplicar dicho programa, pues fortalece el vínculo afectivo entre padres e hijos y proporciona a la niña y niño las experiencias que ellos necesitan

para desarrollar al máximo sus potencialidades físicas, cognitivas, emocionales y sociales.

- Cabe recalcar que a pesar que los niños nacidos prematuros del grupo experimental obtuvieron como diagnóstico: Desarrollo Normal; debido a su prematuridad continúan siendo considerados en Riesgo para el Desarrollo, según el Test Peruano del Desarrollo del Niño.
- Ésta investigación es importante para la ciencia de enfermería, la cual concibe al individuo como un ser holístico, conformado por subsistemas que están interrelacionados en todas sus etapas de vida. en esta investigación trataremos con los niños nacidos prematuros, interviniendo en problemas físicos, biológicos y afectivos, potenciando así sus capacidades psicomotoras, para una mejor calidad de vida.

5.2. RECOMENDACIONES

- A la Facultad de Enfermería, porque desarrolla cuatro funciones básicas: Docencia, Gestión, Investigación y Asistencial, dentro de las cuales se desarrollan las actividades de prevención y promoción de la salud. Asimismo se basa en la construcción del conocimiento teórico – práctico, el cual permitirá modificar estilos de vida en las personas cuidadas para mejorar su calidad de vida; por ello la importancia de difundir estos resultados e incentivar a la comunidad estudiantil en la realización de proyectos enfocados en los recién nacidos prematuros.
- A los profesionales de enfermería, sobre todo a los que se desempeñan en el Área de Cuidados Neonatales del Crecimiento y desarrollo, se sugiere la capacitación constante en temas sobre estimulación temprana e implementación de programas innovadores, en la planificación de cuidados, en sus centros laborales para los niños nacidos prematuros.
- A los estudiantes de Enfermería les permitirá identificar la importancia de la estimulación temprana en niños nacidos prematuros, además el tener contacto con problemas reales y potenciales, además de fortalecer sus competencias en el cuidado humano a través de la investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Sociedad Peruana de Pediatría “El recién nacido prematuro” [Fecha de acceso: 10 de diciembre del 2012]. URL disponible en [[http://www.El Recién nacido prematuro programa de estimulación temprana en recién nacidos prematuros intervención hospitalaria](http://www.ElRecien nacido prematuro programa de estimulación temprana en recién nacidos prematuros intervención hospitalaria)]
2. OMS. Nacidos demasiado Pronto “Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros” - 2012. URL disponible en [http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/born too soon_execsum_es.pdf]
3. Bejarano C. y Camacho R. “Programa de estimulación temprana en recién nacidos prematuros: Intervención hospitalaria”, 2008 [Fecha de acceso: 12 de diciembre de 2012]. URL disponible en: [[http://www.alto rendimiento.com/es/congresos/varios/3781 programa de estimulacion-temprana en recien nacidos prematuros intervention hospitalaria](http://www.alto rendimiento.com/es/congresos/varios/3781_programa_de_estimulacion-temprana_en_recien_nacidos_prematuros_intervention_hospitalaria).]
4. Libro de registros de Ingresos y Altas del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo – Chiclayo, 2013
5. Ramey. C y Ramey. S. “Dos generaciones de programas de intervención temprana: una perspectiva de desarrollo infantil, avances en Psicología Aplicados”, 1995; Vol.9. (pp. 199-228).
6. INEI. Tasa de Prematuridad Global. [Fecha de acceso: 12 de diciembre del 2012]. URL disponible en: [www.inei.gob.pe]
7. Correa V. Fundamentos de Pediatría. Generalidades y Neonatología. Tomo I. Medellín, Colombia. 1994. El prematuro. Capítulo 28. Pag. 379.

8. Gomella, T. Neonatología. Editorial medica panamericana. 6ta edición. 2006 Madrid España.
9. Rivero, R. Sociedad Peruana de Pediatría: El Prematuro. 2008 [Fecha de acceso: 15 de diciembre de 2012]. URL disponible en: [https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:yZuaHfP9QYYJ:www.pediatriaperu.org/images/stories/el_prematuro.pdf+DEFINICION+PREM]
10. Ordoñez, M. “Estimulación temprana. Inteligencia Emocional y cognitiva”. Madrid-España.2008. 2ª edición.
11. Castañer, M y Camerino, O. “La Educación Física en la Enseñanza primaria” pp. 91-92. Editorial: INDE Publicaciones.
12. Contreras, R. “Didáctica de la Educación Física”, p. 189. Editorial: INDE Publicaciones.
13. Jiménez. J y Jiménez. I. “Psicomotricidad. Teoría y programación”. 2002. Ed. Escuela Española. Barcelona.
14. Arce, M. “Neurociencia” [Fecha de acceso: 12 de diciembre del 2012]. URL disponible en: [http://marcosarcev.blogspot.com/2012/05/la-neurociencia.html]
15. Mulas, F. y Hernández, S. “Bases neurobiológicas de la atención temprana: Manual de Atención Temprana” 2004 (pp. 45-56). Madrid: Editorial Pirámide.
16. Sánchez, C. “La eficacia de los programas de atención temprana en niños de riesgo biológico”, [Fecha de acceso: 12 de diciembre del 2012]. URL

disponible en: [<http://www.tesisde.com/t/la-eficacia-de-los-programas-de-atencion>]

17. De Linares, C. y Rodríguez, T. “Bases de la intervención familiar en atención temprana: Manual de Atención Temprana”. 2004.pp. 333-351. Madrid: Pirámide.
18. Terré, O. “Estimulación temprana”. [Fecha de acceso: 12 de diciembre del 2012]. URL disponible en: [<http://www.cosasdelainfancia.com/biblioteca-esti-t-g.htm>]
19. Medina, A. “La estimulación temprana: Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación”. Fecha de acceso: 12 de diciembre del 2012]. URL disponible en: [<http://www.librosintinta.com/busca/intervencion++con+un+programa++de+estimulacion+en+recien+nacido/pdf/>]
20. Fuertes. J y Palmero. P. “Intervención temprana en *Personas con discapacidad: Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*”. 1995. pp. 925-970.Madrid: Siglo XXI.
21. González, G. “Los programas de estimulación temprana desde la perspectiva del maestro aceptado”. 2007. [Fecha de acceso: 12 de diciembre del 2012]. URL disponible en: [http://www.huarochiriperu.com/liberabit13/2_claudia_ines.pdf]
22. Doménech, J y García, V. “Intervención temprana: Movimiento. Rehabilitación Motora”.2002. [Fecha de acceso: 16 de diciembre del 2012].

URL disponible en: [http://200.26.134.109:8080/endeporte/hermesoft/portal/home_1/rec/arc_2137.pdf]

23. Espinoza, T e Hinojosa, M. “Influencia de la estimulación temprana para el desarrollo psicomotriz de los niños de 0 – 3 años en el distrito de Santo Domingo de Acobamba – Huancayo” [Fecha de acceso: 16 de diciembre del 2012]. URL disponible en: [<http://www.tesisde.com/t/la-eficacia-de-los-programas-de-atencion/10007/>]
24. Candel, I. “*Manual de Atención Temprana: Prevención desde el ámbito educativo en patologías no evidentes*”. 2004. pp. 119-132. Madrid: Editorial Pirámide.
25. Turnbull, A. “Evolución de Familia Profesional: empoderamiento colectivo como el modelo para el comienzo del siglo XXI”. Universidad de Cambridge. 2000. 2ª edición. pp. 630-650.
26. Coie, J. “La ciencia de la prevención: un marco conceptual y algunas instrucciones para un programa nacional de investigación”. 1993. Pp. 1013-1022.
27. Norma técnica para el Control de Crecimiento y Desarrollo del niño y niña menor de cinco años – Perú. [Fecha de acceso: 05 de junio de 2014]. URL disponible en: [<http://www.diresa.gob.pe/saludindividual/normas.pdf>].
28. Kérourac, S. “El Pensamiento Enfermero”. 2002. Barcelona - España. 1º Edición – Masson.

29. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Plan Estratégico Institucional. [Fecha de acceso: 19 de Junio del 2014]. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/hospital-almanzor-aguinaga-asenjo-dechiclayo>.

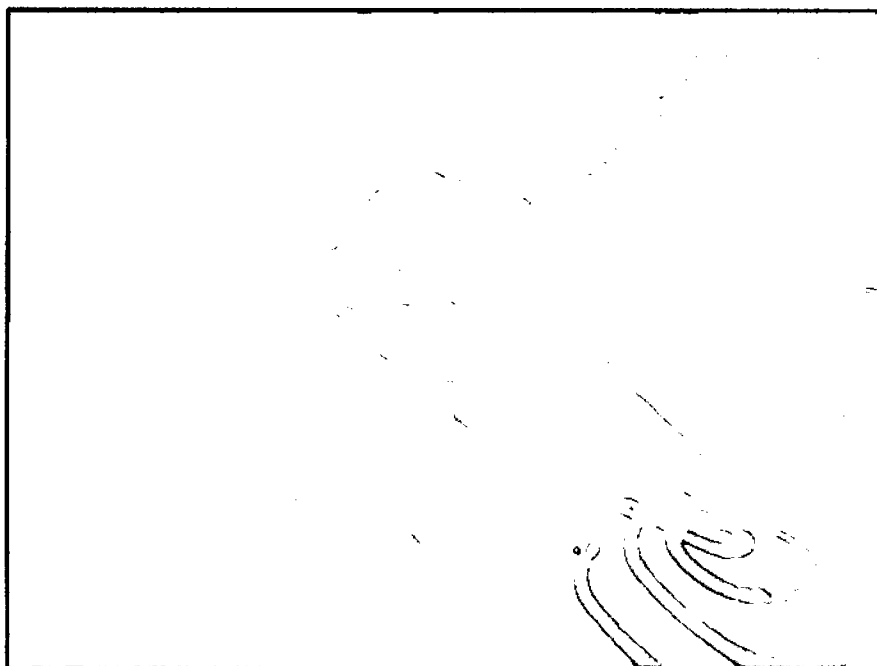
30. Base Legal:

- Ley de Estimulación Pre-Natal y Temprana N°28124. [Fecha de acceso: 27 de Junio del 2014]. Disponible en: [http://portal.oas.org/LinkClick.aspx?fileticket=X%2FhlfTrxJ9U%3D&tabid=1868]
- Constitución Política del Perú. [Fecha de acceso: 27 de Junio del 2014]. Disponible en: [http://www.tc.gob.pe/legconperu/constitucion.html]
- Código de los Niños y Adolescentes. [Fecha de acceso: 27 de Junio del 2014]. Disponible en: [http://www.minjus.gob.pe/CLP/contenidos.dll?f=templates&fn=default-codninosyadolescentes.htm&vid=Ciclope:CLPdemo]

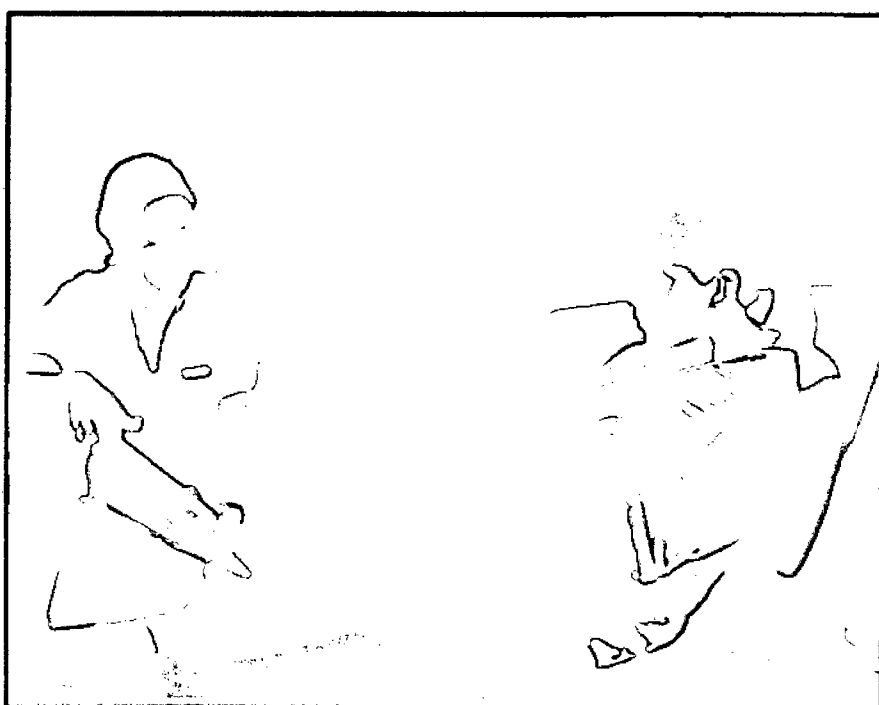
APÉNDICES

ANEXO N° 03 FOTOS

RECIEN NACIDA PREMATURA: D. M (34 semanas)



**SESIÓN EDUCATIVA PARA INTRODUCCIÓN AL
PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA**



VISITAS DOMICILIARIAS



EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN



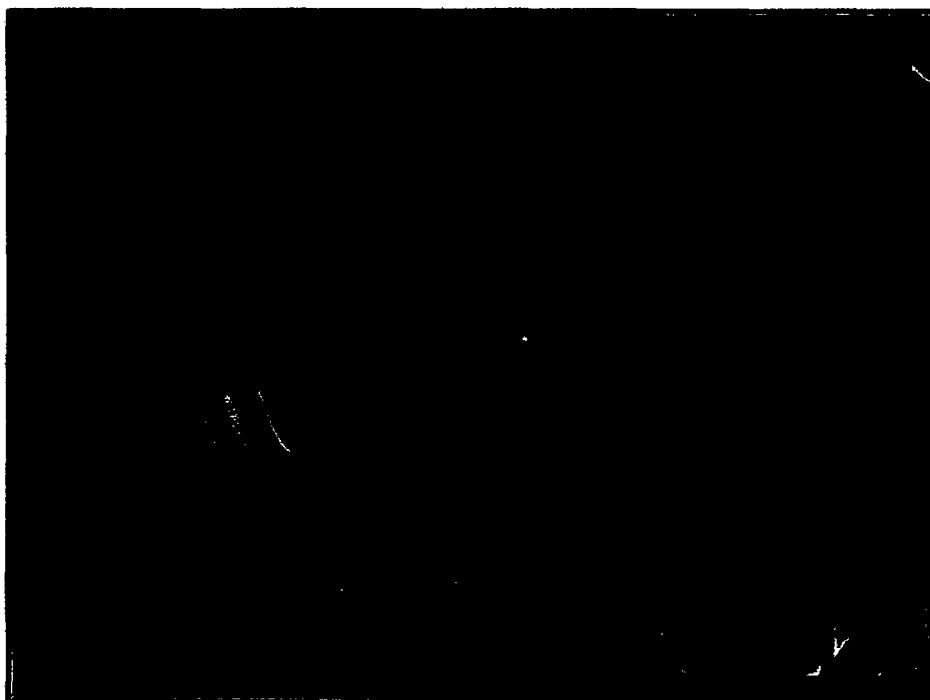
EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA



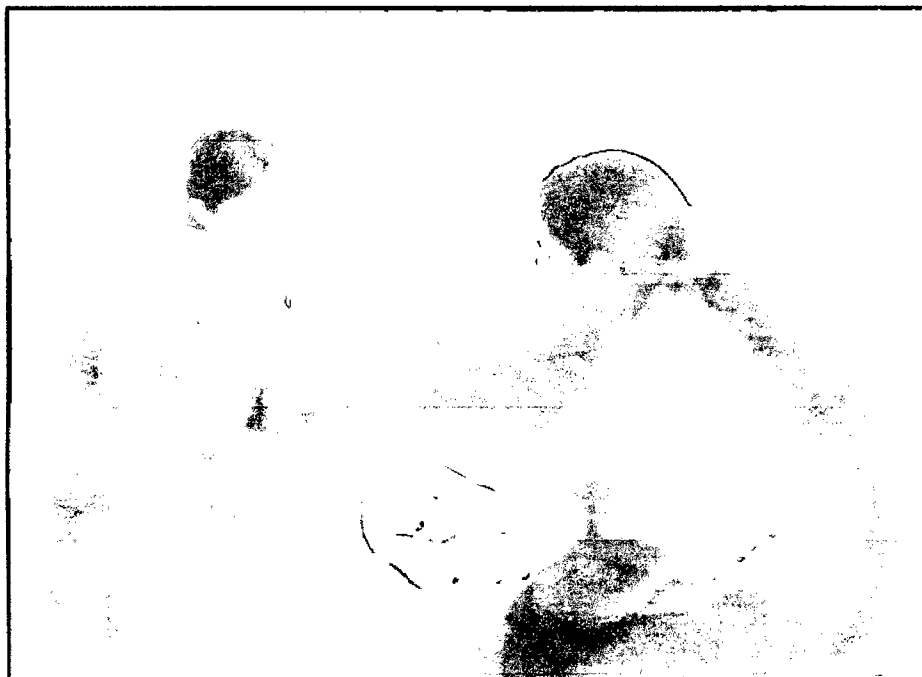
FORTALECIENDO EL ÁREA MOTRIZ



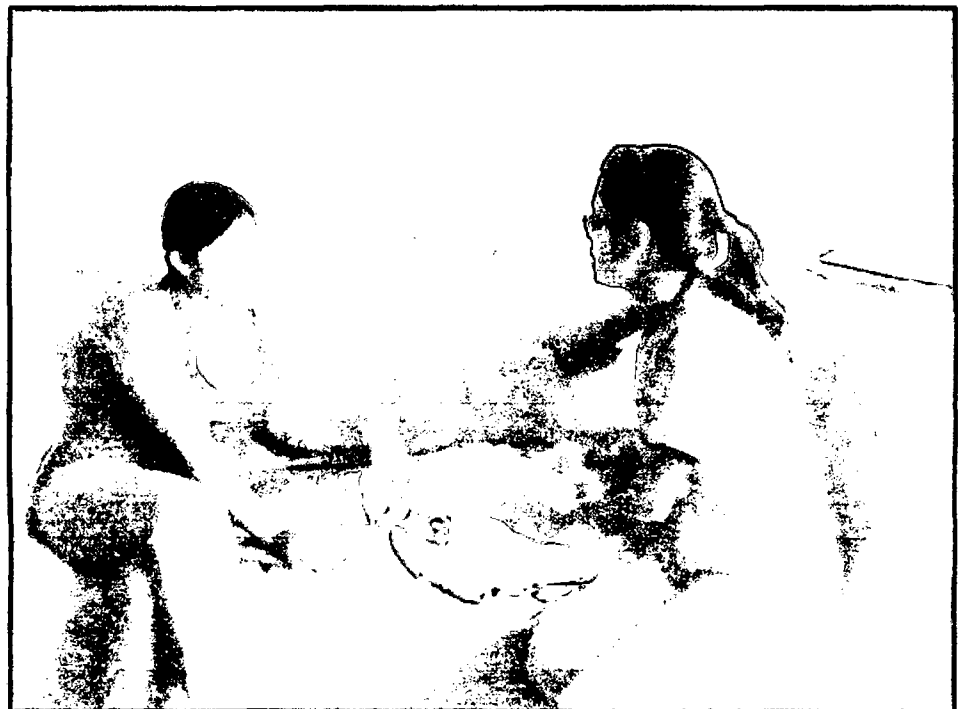
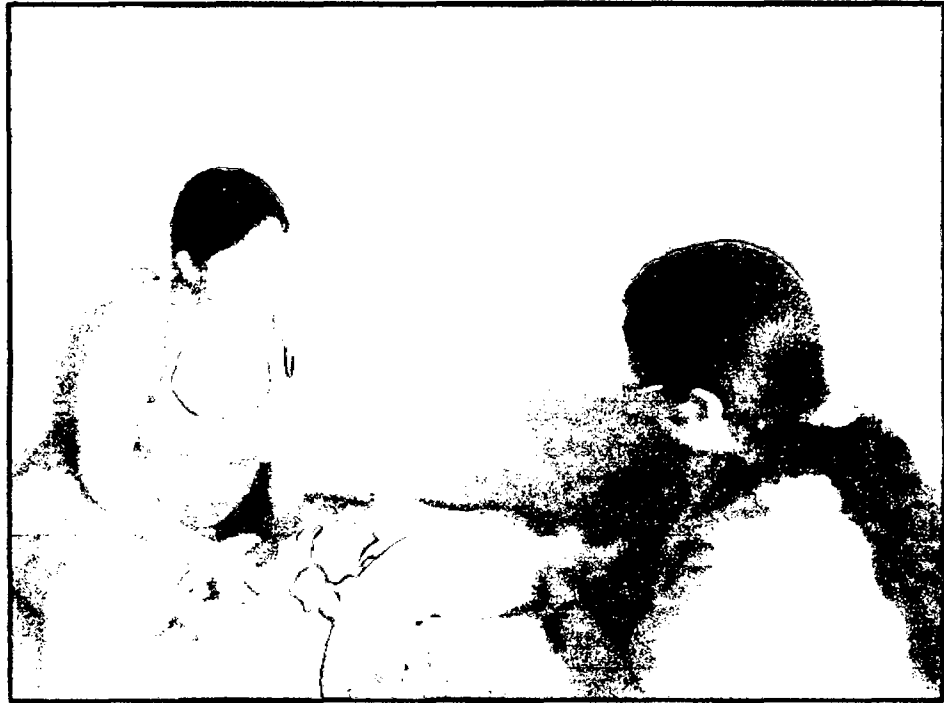
FORTALECIENDO EL ÁREA COGNITIVA: ESTIMULACIÓN AUDITIVA



**DESARROLLANDO LAS DIFERENTES
ACTIVIDADES PROGRAMAS**



DESARROLLANDO LAS DIFERENTES
ACTIVIDADES PROGRAMAS



CONCLUYENDO EL PROGRAMA DE
ESTIMULACION TEMPRANA





UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA



PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

AUTORAS:

VICTORIA ASTRID AGUIRRE YAMUNAKUÉ

MIRELLA GERALDINE CERVERA INOLOPÚ

CLARA LIZETH CHIROQUE RUIDIAS.

ASESORA:

DRA. CLARIVEL DÍAZ OLANO

Lambayeque, 2014

INTRODUCCION

El presente programa de Estimulación Temprana tiene como fin dar a conocer, cual es el potencial con que cuenta un Recién Nacido Prematuro en esta etapa de su vida y a la vez como influye el entorno que lo rodea en desarrollo psicomotor.

La mayoría de los padres ignoran los métodos para enriquecer de una manera significativa el medio ambiente de su hijo recién nacido. También se sorprenden todavía al saber que ya desde las primeras horas de su nacimiento, el recién nacido puede ver, enfocar y seguir algunos objetos con la mirada. Oír y voltear la cabeza hacia donde escucha el sonido. Reconocer olores y sabores. Ser sensible a todos los estímulos que actúan sobre su piel. Responder con movimientos cuando lo conversan.

Es decir, el recién nacido es capaz de relacionarse con respuestas no verbales desde el principio de su vida. Los padres deben esforzarse en comprender su muy peculiar modo de responder desde el comienzo de su vida, como, por ejemplo, cuando se calla o se pone alerta si lo cargan en posición vertical.

Para ello, es preciso que los padres aumenten sus conocimientos acerca de las capacidades conductuales del bebé recién nacido en relación a los estímulos que perciben a través de sus sentidos: Visión, Audición, Tacto, Gusto, Olfato, Equilibrio. Son sus únicos instrumentos para iniciar su vinculación con las personas y ese desconocido mundo que los rodea desde el instante en que pasa del vientre materno al exterior.

PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

I. DATOS INFORMATIVOS:

TÍTULO: “Fortaleciendo el desarrollo psicomotor en mis recién nacidos prematuros”.

DIRIGIDO: Recién nacidos prematuros del Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.

FECHA: Marzo – Junio 2014

RESPONSABLE:

- Aguirre Yamunaqué Victoria Astrid
- Cervera Inolopú Mirella Geraldine
- Chiroque Ruidías Clara Lizeth

FECHA: El programa de estimulación temprana se llevará a cabo entre los meses Marzo – Junio 2014.

II. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

La importancia del programa de estimulación temprana radica en la alta prevalencia de la prematuridad, la repercusión con la estimulación temprana, y el desconocimiento de los padres sobre como estimular adecuadamente a sus recién nacidos prematuros.

Asimismo en el medio local no existen centros especializados para la estimulación temprana de los mismos. La estimulación temprana según Terré O. es el conjunto de medios, técnicas, y actividades con base científica y aplicada en forma sistémica y secuencial que se emplea en niños desde su nacimiento hasta los seis años, con el objetivo de desarrollar al máximo sus capacidades cognitivas, físicas y psíquicas, permite también, evitar estados no deseados en el desarrollo y ayudar a los padres, con eficacia y autonomía, en el cuidado y desarrollo del infante.

Ello permitirá a los profesionales de enfermería fortalecer, planificar y brindar el cuidado con calidad. Igualmente posibilitará la ampliación del campo laboral del enfermero y de esta manera pueda realizar el ejercicio independiente de su profesión tanto en consultorios privados y en el cuidado intrafamiliar.

III. OBJETIVOS

1. Objetivo General

Potenciar el desarrollo psicomotor de los recién nacidos prematuros según su edad cronológica, mediante la generación de experiencias significativas, placenteras, pedagógicamente construidas, adecuadas al desarrollo evolutivo y apropiadas a la madurez del cerebro y sistema neuronal.

2. Objetivos Específicos

- Gestionar con éxito el programa educativo.
- Reconocer los logros en el desarrollo psicomotor que presenta cada recién nacido prematuro y lograr su fortalecimiento.
- Desarrollar los contenidos temáticos de todo el programa educativo.
- Ejecutar con éxitos la sesión de estimulación a los recién nacidos prematuros, utilizando el material adecuado.
- Incentivar a los padres a su participación durante las sesiones de estimulación y a posterior.
- Evaluar los resultados obtenidos mensualmente y al término de la aplicación del programa educativo.

IV. METAS

- Todos los recién nacidos prematuros en estudio logren el desarrollo psicomotor según la edad cronológica.
- El programa de estimulación temprana se desarrolle a partir del día y hora designada.
- Los padres de los recién nacidos prematuros participan activamente durante el desarrollo de las sesiones de estimulación.
- Las sesiones de estimulación temprana programadas serán ejecutadas con responsabilidad por las estudiantes encargadas.
- El material didáctico a utilizar será adecuado para las actividades.
- El informe será presentado en forma oportuna y en la fecha prevista.

V. FINALIDAD

El Programa de estimulación temprana tiene por finalidad potenciar el desarrollo de habilidades en los recién nacidos prematuros según su edad cronológica.

VI. ESTRATEGIAS

Gestión en la elaboración y en el desarrollo del programa de estimulación temprana.

VII. PERFIL DEL PARTICIPANTE

Los recién nacidos prematuros, los cuales tendrán que cumplir con los siguientes criterios:

- Recién nacido prematuro sano
- Estar de alta hospitalaria
- Al momento de la captación: edad menor a 28 días de nacimiento
- Recién nacido con edad gestación mayor a 34 semanas y menor de 37 semanas.
- Ser hijo de madre que desea participar voluntariamente en el estudio.

Alcance

El programa de estimulación temprana “Fortaleciendo el desarrollo de psicomotor en mis recién nacidos prematuros”, estará dirigido a los recién nacidos prematuros captados en el servicio de Neonatología de Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo - Chiclayo.

VIII. Recursos

Recursos Humanos:

- Docente asesora:
- Estudiantes de la facultad de enfermería de la UNPRG:
 - Aguirre Yamunaqué, Victoria Astrid
 - Cervera Inolopú, Mirella Geraldine
 - Chiroque Ruidias Clara Lizeth

Recursos Materiales

- **En la Planificación:**
 - Papel bond
 - Plumones
 - Fine pen
 - Lápices
 - Lapiceros
 - Corrector
 - Libros
 - Impresiones
 - USB
 - Anillados
- **Ambientación**
 - Globos Pensil: colores celestes y rosados
 - Globos normales de diversos colores

- Cartel BIENVENIDOS
- Plumones.
- Cinta de agua: perla y azul
- Cinta de embalaje
- Papel cometa: colores rosado y celeste
- Solapines
- Cartulina: color rosado y celeste
- Imperdibles
- Imágenes en tecnopor

- **Desarrollo del tema**

- Exposición diálogo: Orientación y sensibilización
- Sesión de estimulación temprana
- Dinámicas grupales
- Al inicio y al finalizar cada sesión

IX. Financiamiento

El programa de estimulación temprana será autofinanciada por los estudiantes de la facultad de enfermería – Universidad Nacional “Pedro Ruiz Gallo”.

Responsables del proyecto.

X. METODOLOGÍA

La metodología empleada en el presente programa de estimulación temprana será a través de:

- **La Exposición – Dialogo: ORIENTACION Y SENSIBILIZACIÓN:**

Técnica que consiste principalmente en la presentación oral del tema; cuyo propósito es transmitir a los padres de los recién nacidos prematuros la importancia de este, para sus hijos, disipando dudas y promoviendo la participación en el desarrollo de las mismas.

- **Los Talleres.-** Técnica que permite aprender mediante la realización de actividades que se lleva a cabo en forma colaborativa, en donde se trabaja, elabora y transforman los conocimientos previos y dudas para fijar habilidades nuevas. Es aprender trabajando en grupo.

XI. CONTENIDO

El contenido que se desarrollará en el Programa Educativo será el siguiente:

XII. NORMAS TÉCNICO – ADMINISTRATIVAS

De la Planificación

- Se elaboran los instrumentos de control para el desarrollo del programa de estimulación: Registro de asistencia.
- Las ponentes serán estudiantes de enfermería responsables del proyecto, que cuentan con un amplio conocimiento sobre el tema.

- El horario establecido será entre las fechas Marzo- Junio 2013
- A los padres de los recién nacidos se les entregara un tríptico el cual contiene la orientación necesaria que le permitirá conocer la importancia y ventajas de la estimulación temprana.
- Se realizará dinámicas que motiven a los asistentes, las cuales estarán relacionados con el tema expuesto.

De la Organización

Para el desarrollo del Programa de estimulación se realizarán las coordinaciones respectivas con los padres de los recién nacidos prematuros para su aprobación.

De la ejecución

- La inauguración del programa Educativo estará a cargo de las estudiantes que desarrollarán el tema.
- Cada tema se desarrollará el día indicado.
- Se brindará la sesión educativa para el primer trimestre, separadas por las 4 áreas importantes.

De la Evaluación:

Se realizará preguntas para saber el grado de satisfacción que obtuvieron.

MATRIZ PROGRAMÁTICA

PLANIFICACION N° 1

FECHA	HORA	LUGAR	ACTIVIDADES	METODOLOGIA	MATERIALES	PARTICIPANTES
Marzo – Junio 2014	9:00 a.m	Cubículo de la Facultad de Enfermería	Revisión de precios de los materiales a utilizar en las sesiones de estimulación temprana.	<ul style="list-style-type: none"> - Lluvia de ideas. - Distribución de tareas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Agenda y lapiceros. - Ordenador, agenda y lapiceros. 	<ul style="list-style-type: none"> - Asesora: Clarivel Díaz Olano - Estudiantes: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aguirre Yamunaqué, Astrid ➤ Cervera Inolopú, Geraldine ➤ Chiroque Ruidias, Lizeth
	9:00 a.m.	Cubículo de la Facultad de Enfermería	Revisión de cronograma de actividades.	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión detenida - Distribución de tareas 	<ul style="list-style-type: none"> - Ordenadora genda y lapiceros. 	<ul style="list-style-type: none"> - Asesora: Clarivel Díaz Olano - Estudiantes: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aguirre Yamunaqué, Astrid

			Realización de compras para sesión de estimulación y decoración.			➤ Cervera Inolopú, Geraldine ➤ Chiroque Ruidias, Lizeth
Marzo – Junio 2014	3:00 p.m.	Domicilio de las estudiantes responsables	Desarrollo del programa educativo. • Inauguración del programa educativo: ✓ Palabras de Bienvenida ✓ Presentación de asesora y	– Realización de la dinámica “la telaraña”	– Soga de 10 15 metros	– Asesora: Clarivel Díaz Olano – Estudiantes: ➤ Aguirre Yamunaqué, Astrid ➤ Cervera Inolopú, Geraldine Chiroque Ruidias, Lizeth

			<p>estudiantes responsables.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motivación al personal asistente. <p>Desarrollo del primer contenido temático: Estimulación temprana en el primer mes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dinámica de inicio • Desarrollo de talleres: 			<p>- Asesora: Clarivel Díaz Olano</p> <p>- Estudiantes:</p>
--	--	--	---	--	--	---

			<p><u>AREA</u></p> <p><u>SOCIOAFECTIVA</u></p> <p>- Actividad 1: te quiero chiquitín</p>	<p>- Sostén al bebé en brazos mientras lo vas meciendo.</p> <p>- Mientras lo meces, di las palabras: Te quiero chiquitín.</p>	<p>- música instrumental</p>	<p>➤ Aguirre Yamunaqué, Astrid</p> <p>➤ Cervera Inolopú, Geraldine</p> <p>Chiroque Ruidias, Lizeth</p> <p>- Asesora: Clarivel Díaz Olano</p>
--	--	--	--	---	------------------------------	--

			<ul style="list-style-type: none"> - Al decir te, dale un beso a una parte de su cuerpo: cabeza, nariz, dedos de los pies. - Cuando tu bebé ve tu cara, se pone contento. - Recítale el siguiente poema mientras 		<ul style="list-style-type: none"> - Estudiantes: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aguirre Yamunaqué, Astrid ➤ Cervera Inolopú, Geraldine Chiroque Ruidias, Lizeth
		<ul style="list-style-type: none"> - Actividad 2: hola 			

				<p>mantienes tu cara cerca de la suya.</p> <p>- Hola, hola, te quiero mucho.</p> <p>- Hola, hola te miro y te escucho.</p> <p>- Hola, hola mis dedos te tocan.</p> <p>- Hola, hola te toco la naricita,</p>		<p>- Asesora: Clarivel Díaz Olano</p> <p>- Estudiantes:</p> <p>➤ Aguirre Yamunaqué, Astrid</p> <p>➤ Cervera Inolopú, Geraldine</p> <p>Chiroque Ruidias, Lizeth</p>
--	--	--	--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> - Hola, hola te beso la naricita. - Repite este poema cambiando las dos últimas líneas para incluir otras partes de su cara: orejas, ojos, mejillas y labios. - Sujeta los dedos de tu hijo y levanta sus brazos con suavidad 	<ul style="list-style-type: none"> - poema escrito. 	<ul style="list-style-type: none"> - Asesora: Clarivel Díaz Olano - Estudiantes:
--	--	--	---	--	--

			<p>mientras le recitas</p> <p>la siguiente rima:</p> <p>Por las escaleras mecánicas, va subiendo una hormiga arriba, arriba, arriba.</p> <p>- Por las escaleras mecánicas, baja una vaca, abajo, abajo, abajo.</p>	<p>- rima escrita</p>	<p>➤ Aguirre Yamunaqué, Astrid</p> <p>➤ Cervera Inolopú, Geraldine</p> <p>Chiroque Ruidias, Lizeth</p> <p>- Asesora: Clarivel Díaz Olano</p> <p>- Estudiantes:</p>
--	--	--	--	-----------------------	--

			<ul style="list-style-type: none"> - Ahora tiéndelo en el suelo y levántale las piernas mientras vuelves a recitar la rima. - Sigue levantando diferentes partes de su cuerpo mientras le repites la misma rima. Intenta acabar el juego alzándolo 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aguirre Yamunaqué, Astrid ➤ Cervera Inolopú, Geraldine Chiroque Ruidias, Lizeth - Asesora: Clarivel Díaz Olano - Estudiantes:
--	--	--	--	---

				<p>en el aire un par de veces. Cada vez que baje las escaleras mecánicas dale un beso.</p> <p>- Anuncie al niño que va a tomar el seno o su biberón.</p> <p>Toque suavemente la mejilla con su dedo para</p>		<p>➤ Aguirre Yamunaqué, Astrid</p> <p>➤ Cervera Inolopú, Geraldine</p> <p>Chiroque Ruidias, Lizeth</p>
--	--	--	--	--	--	--

			<p>– Actividad 4: el seno materno y el biberón.</p>	<p>provocar en él el reflejo de rotación. Cante, hable y converse con él durante este momento mágico.</p> <p>– Favorezca el contacto piel a piel y la fijación de la mirada. Chasquee la lengua y emita otros sonidos que</p>		<p>– Asesora: Clarivel Díaz Olano</p> <p>– Estudiantes:</p> <p>➤ Aguirre Yamunaqué, Astrid</p> <p>➤ Cervera Inolopú, Geraldine</p> <p>Chiroque Ruidias, Lizeth</p>
--	--	--	--	---	--	--

			<p>captan su atención.</p> <p>- Ofrezca al niño un muñeco lavable preferentemente de felpa. Colóquelo en la cuna para que se interese por él.</p> <p>- Haga como que el muñeco habla en</p>	<p>- música, lenguaje.</p>	<p>- Asesora: Clarivel Díaz Olano</p> <p>- Estudiantes:</p> <p>➤ Aguirre Yamunaqué, Astrid</p> <p>➤ Cervera Inolopú, Geraldine</p> <p>Chiroque Ruidias, Lizeth</p>
--	--	--	---	----------------------------	--

ÁREA DEL LENGUAJE

- Actividad 1: el muñeco parlanchín.

				<p>un tono de voz particular distinto del de su voz normal, desde distintas ubicaciones de la habitación. Varíe el tono de voz asegurándose que el niño se divierta y la escuche perfectamente.</p>		<p>- Asesora: Clarivel Díaz Olano</p> <p>- Estudiantes:</p> <p>➤ Aguirre Yamunaqué, Astrid</p> <p>➤ Cervera Inolopú, Geraldine</p> <p>Chiroque Ruidias, Lizeth</p>
--	--	--	--	---	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> - Refuerce cada gorjeo que el niño emita, respondiéndole con una mirada, caricias y palabras. - Cuando el bebé haga sonidos como "a-aa", repetir frente a él lo mismo. Debe imitar las 	<ul style="list-style-type: none"> - Títeres (muñeco) 	<ul style="list-style-type: none"> - Asesora: Clarivel Díaz Olano - Estudiantes: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aguirre Yamunaqué, Astrid
--	--	--	---	--	---

			<p>vocalizaciones del bebé exagerando un poco.</p>		<p>➤ Cervera Inolopú, Geraldine Chiroque Ruidias, Lizeth</p>
		<p>- Actividad 2: ¡empecemos a conversar!</p>	<p>- Cuelgue el móvil sobre la cuna y dé le a éste un movimiento lento,</p>		<p>- Asesora: Clarivel Díaz Olano</p> <p>- Estudiantes:</p>

			<p>para que el niño pueda seguir su trayectoria.</p> <p>- Desnudar al bebé, untarse las manos con crema y posteriormente acariciar todo su cuerpo haciéndole pequeños masajes.</p> <p>- Masajear el tórax con la punta de los</p>	<p>- Conversación</p>	<p>➤ Aguirre Yamunaqué, Astrid</p> <p>➤ Cervera Inolopú, Geraldine</p> <p>Chiroque Ruidias, Lizeth</p> <p>- Asesora: Clarivel Díaz Olano</p>
--	--	--	---	-----------------------	--

			<p>dedos de abajo hacia arriba y regresando.</p> <p>- Masajear el abdomen hacia los lados, partiendo desde la línea central.</p> <p>- Masajear la pierna en orientación de la cadera hacia el pie (derecha e izquierda)</p>	<p>- un móvil con la figura de una cara humana.</p>	<p>- Estudiantes:</p> <p>➤ Aguirre Yamunaqué, Astrid</p> <p>➤ Cervera Inolopú, Geraldine</p> <p>Chiroque Ruidias, Lizeth</p>
--	--	--	---	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> - Masajear su manos y brazos en orientación de la hombro hacia la mano (derecha e izquierda) - Voltear al bebé y masajear la espalda en forma de corazón. - Ponga el sonajero en sus manos del niño. Se le caerá a 	<ul style="list-style-type: none"> - cremas, colonia, sonajas, campanillas, figuras coloridas en forma circulares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Asesora: Clarivel Díaz Olano - Estudiantes: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aguirre Yamunaqué, Astrid ➤ Cervera Inolopú, Geraldine Chiroque Ruidias, Lizeth
--	--	--	--	---	---

				<p>los pocos segundos, pues aún no controla los músculos vinculados con la tensión y relajación de sus manos.</p> <p>- Coloque un móvil sobre la cuna del niño. Los colores, texturas y sonidos serán un gran</p>		<p>- Asesora: Clarivel Díaz Olano</p> <p>- Estudiantes:</p> <p>➤ Aguirre Yamunaqué, Astrid</p> <p>➤ Cervera Inolopú, Geraldine</p> <p>Chiroque Ruidias, Lizeth</p>
--	--	--	--	---	--	--

			<p><u>ÁREA MOTRIZ:</u></p> <p>- Actividad 1:</p> <p>agarre,</p> <p>agarre...</p>	<p>estímulo para el niño.</p> <p>- Ate un cascabel en las muñecas y tobillos del bebé. La curiosidad del sonido hará que el niño agite sus miembros, fortaleciendo así sus piernas y brazos.</p>		<p>- Asesora: Clarivel Díaz Olano</p> <p>- Estudiantes:</p> <p>➤ Aguirre Yamunaqué, Astrid</p> <p>➤ Cervera Inolopú, Geraldine</p> <p>Chiroque Ruidias, Lizeth</p>
--	--	--	--	--	--	--

			<p>– Jale al bebé suavemente desde sus manos, levantándolo unos cuantos centímetros.</p> <p><u>Piernas</u></p> <p>– Siéntese en el piso y cargue al bebé tomándolo por las axilas, hasta lograr que las plantas de los pies</p>	<p>– sonajeros, móviles de cuna.</p>	<p>– Asesora: Clarivel Díaz Olano</p> <p>– Estudiantes:</p> <p>➤ Aguirre Yamunaqué, Astrid</p> <p>➤ Cervera Inolopú, Geraldine</p> <p>Chiroque Ruidias, Lizeth</p>
			<p>– Actividad 2: ejercicios para el cuerpo</p>		

				<p>toquen su regazo y se estiren.</p> <p>- Mantenga al niño en esta posición, de pie haciendo que soporte su peso.</p> <p><u><i>Abdomen</i></u></p> <p>- Acueste al bebé boca arriba. Preséntele un objeto sonoro y llamativo a la</p>		
--	--	--	--	--	--	--

			<p>altura de las piernas para que él lo patee.</p> <p>- Entréguele el juguete y con delicadeza lleve sus rodillas al pecho.</p>	<p>- cascabeles, juguetes, sonajeros.</p>	
--	--	--	---	---	--

[illegible]

XIII. PRESUPUESTO

Bienes	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total
Papel bond	50 hojas	0.10	5.00
Globos pensil	10	0.20	2.00
Cartulina	14	0.50	7.00
Globos combinados	70	-	6.00
Cinta de embalaje	1	1.00	1.00
Cinta de agua	2	1.00	1.00
Imperdibles	80	0.05	4.00
Vasos descartables	100	-	4.00

Servicios	cantidad	Costo unitario	Costo total
Tiños e impresión	10.00	1.25	10.00
Internet	2.00	-	2.00
Pasajes	20.00	-	20.00
Anillados	7.50	-	7.50

Refrigerio	Cantidad	Costo unitario	Costo total
Pechuga de Pollo	2 kg	9.00	18.00
Pan	70	0.8	9.00
Mayonesa	1	6.50	6.50

Quequito	60	-	34.00
Lechuga	0. 50	0.50	0.50
Azúcar	2 kg	2.60	5.20
Maíz Morado	2 kg	2.80	5.60
Piña	1	2.00	2.00
Vasos descartables	70		4.00
Servilletas	1 paquetes	1.00	1.00

XIV. CONTROL

Supervisión

La supervisión del presente programa de estimulación temprana se llevará a cabo de la siguiente manera:

- ❖ Revisión del proyecto del programa de estimulación temprana, se realizará en coordinación con la docente asesora del grupo de rotación.
- ❖ Ejecución del programa de estimulación temprana, se realizará mediante:
 - La observación de la participación activa durante el desarrollo de los talleres.
 - La supervisión del cumplimiento de las actividades asignadas a cada miembro del equipo de trabajo.

- ❖ Se redactará el informe final del programa de estimulación temprana en coordinación con la docente asesora y estudiantes.

Evaluación

La evaluación del programa de estimulación temprana se llevará a cabo mediante:

- ❖ Control de asistencias al programa de estimulación temprana.
- ❖ Evaluación y retroalimentación de las sesiones brindadas.

CONTENIDO

TEMÁTICO

ESTIMULACIÓN TEMPRANA

✓ ¿QUÉ ES LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA?

Es el conjunto de acciones que tienden a proporcionar al niño sano las experiencias que éste necesita para desarrollar al máximo sus potencialidades.

✓ ¿POR QUÉ RECIBIR ESTIMULACIÓN TEMPRANA?

Porque durante esta etapa se perfecciona la actividad de todos los órganos de los sentidos, en especial, los relacionados con la percepción visual y auditiva del niño, esto le permitirá reconocer y diferenciar colores, formas y sonidos. Por otro lado, los procesos psíquicos y las actividades que se forman en el niño durante esta etapa constituyen habilidades que resultarán imprescindibles en su vida posterior.

✓ ¿PARA QUÉ RECIBIR ESTIMULACIÓN TEMPRANA?

La estimulación temprana busca estimular al bebé de manera oportuna, el objetivo no es desarrollar bebés precoces, ni adelantarlos en su desarrollo natural, sino ofrecerle una gama de experiencias que le permitirán formar las bases para la adquisición de futuros aprendizajes.

✓ **¿QUÉ ÁREAS COMPRENDE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA?**

Para favorecer el óptimo desarrollo del niño, las actividades de estimulación se enfocan en cuatro áreas: área cognitiva, motriz, lenguaje y socioemocional.

- **Área Motricidad Gruesa:** Estimular esta área significa ayudar al niño a adquirir fuerza muscular y control de sus movimientos para que progrese desde conductas muy simples, como sujetar la cabeza cuando se le endereza, a comportamientos más difíciles, como son correr y saltar.

Este desarrollo es muy importante porque permite al niño primero conocer primero su propio cuerpo y luego el mundo que lo rodea.

- **Área Lenguaje:** Estimular esta área significa ayudar al niño para que aprenda a comunicarse con los demás a través de las palabras. Esto es muy importante para que el aprendizaje posterior y su desarrollo se inicia ya desde los primeros balbuceos.

- **Área de Cognitiva:** El área cognitiva hace referencia a cómo el niño va tomando conciencia de sí mismo y de su entorno, como entidades separadas. A medida que se desarrolla, sus relaciones con los objetos o las personas que le rodean se van haciendo más complejas. Por ello, el objetivo principal de esta área es que el niño elabore estrategias cognitivas que le permitan adaptarse a los problemas con los que se va encontrando en los primeros años.

- **Área Social:** Estimular esta área significa ayudar al niño a relacionarse con otras personas. El desarrollo social se manifiesta ya con la primera sonrisa, posteriormente, es un largo proceso en que el niño descubre a las personas que lo rodean, aprende a querer y respetar, a ser querido y aceptado.

✓ **ACTIVIDADES DE ESTIMULACIÓN**

PRIMER TRIMESTRE

ÁREA MOTRIZ

ACTIVIDAD 1: MASAJEANDO MI CUERPITO

- **Objetivo Específico:** Desarrollar el área motora gruesa.
 - **Materiales:** manos, crema corporal para bebés.
 - **Descripción:**
- ✓ Los padres deberán dejar al bebé con el mínimo de ropa o abrigarlo de tal manera que pueda moverse sin limitaciones.
- ✓ Con las manos limpias y tibias, utilizando las yemas de los dedos, efectuar masajes circulares sobre la cabeza del bebé, ejerciendo ligera presión, procurar cubrir toda la cabeza incluyendo la frente.
- ✓ Con ambas manos, recorriendo toda la cabeza del bebé, ir dando pequeños golpes con las yemas de los dedos simulando como si cayeran gotas de agua

o como si se tocara el piano en su cabeza; procurar cubrir toda la cabeza incluyendo la frente y la región lateral hasta sus oídos.

- ✓ En el rostro es importante nombrarle al bebé la parte que se acaricia (frente, cejas, ojos, nariz, labios, orejas).
- ✓ Luego se echarán en las manos unas gotitas de crema corporal para bebé.
- ✓ Masajear el tórax con la punta de los dedos de abajo hacia arriba y regresando.
- ✓ Masajear el abdomen hacia los lados, partiendo desde la línea central.
- ✓ Masajear la pierna en orientación de la cadera hacia el pie (derecha e izquierda)
- ✓ Masajear su manos y brazos en orientación de la hombro hacia la mano (derecha e izquierda)
- ✓ Voltar al bebé y masajear la espalda en forma de corazón.

ACTIVIDAD 2: EJERCICIOS PARA EL CUERPO

- **Objetivo Específico:** Fortalecer los músculos del cuerpo para desarrollar capacidades posturales.
- **Materiales:** cascabeles, sonajeros.
- **Descripción:**

Brazos y abdomen

Acueste al bebé boca arriba. Tómelo suavemente de los pies y manos y realice flexiones y movimientos circulares con las piernas y brazos.

Brazos y piernas

Ponga al bebé acostado boca arriba, móvelo para que el agarre de los dedos pulgares. Levántelo suavemente y vuélvalo a acostar.

Brazos y tórax

Acueste al bebé boca arriba. Con delicadeza separe sus manos a la altura del pecho.

ACTIVIDAD 3: BALANCEO DEL CUERPO

- ***Objetivo Específico:*** desarrollar el equilibrio y la confianza.
- ***Materiales:*** rimas.
- ***Descripción:***
 - ✓ Acueste su cuerpo sobre una superficie plana y siente al bebé en su pecho. Tómelo con mucho cuidado de su espalda y cabeza y balancéense de manera suave hacia los lados, hacia atrás y adelante.
 - ✓ Repita la rima “balanceo, balanceo, quiero balancear con bebé”.

ACTIVIDAD 4: AGARRE. AGARRE...

- ***Objetivo específico:*** Desarrollar la destreza de dirigir la mano en dirección de un objeto y agárralo.
- ***Materiales:*** sonajeros, móviles de cuna.
- ***Descripción:***

- ✓ Ponga el sonajero en sus manos del niño. Se le caerá a los pocos segundos, pues aún no controla los músculos vinculados con la tensión y relajación de sus manos.
- ✓ Coloque un móvil frente al bebé. Los colores, texturas y sonidos serán un gran estímulo para el niño.

ACTIVIDAD 5: HACIENDO MIS EJERCICIOS

- **Objetivo específico:** Fortalecer los músculos del cuerpo para desarrollar capacidades posturales y motrices.
- **Materiales:** cascabeles, juguetes, sonajeros.
- **Descripción:**

Brazos y piernas

- ✓ Ate un cascabel en las muñecas y tobillos del bebé. La curiosidad del sonido hará que el niño agite sus miembros, fortaleciendo así sus piernas y brazos.
- ✓ Jale al bebé suavemente desde sus manos, levantándolo unos cuantos centímetros.

Piernas

- ✓ Siéntese en el piso y cargue al bebé tomándolo por las axilas, hasta lograr que las plantas de los pies toquen su regazo y se estiren.
- ✓ Mantenga al niño en esta posición, de pie haciendo que soporte su peso.

Abdomen

- ✓ Acueste al bebé boca arriba. Preséntele un objeto sonoro y llamativo a la altura de las piernas para que él lo patee.
- ✓ Entréguele el juguete y con delicadeza lleve sus rodillas al pecho.

ACTIVIDAD 6: MOVIENDO LA CABECITA

- ***Objetivo específico:*** Fortalecer los músculos de la cabeza y cuello.
- ***Materiales:*** cascabeles, juguetes, sonajeros.
- ***Descripción:***
 - ✓ Mecerlo suavemente entre dos personas, acostado boca arriba sobre una sábana, manta o mecerlo sobre una hamaca.
 - ✓ Luego, acostar al bebé boca arriba y ofrecer juguetes de un lado y del otro de la cara para que gire la cabeza. Por algunos minutos mientras logra concentrarse.
 - ✓ Ayúdelo a pasar de la posición de espaldas a la posición boca abajo. Para ello, tómelo uno de los brazos y colóqueselo hacia arriba al lado de la cabeza y empújelo suavemente hacia ese lado para que se dé vuelta.
 - ✓ Una vez este colocado el pequeño boca abajo, deslice un dedo a lo largo de su espalda. Eso le ayudará a levantar la cabeza y los hombros.
 - ✓ Posteriormente, ayudarlo a controlar su cabeza acostándolo con el pecho apoyado en una toalla o cobija enrollada (o sobre el vientre de la madre) mientras se le enseñan juguetes de colores llamativos.

ACTIVIDAD 7: JUGANDO CON MIS MANITOS

- **Objetivo Específico:** Desarrollar el área motora fina.
- **Materiales:** manos.
- **Descripción:**
 - ✓ Colocar un dedo en la palma de la mano del bebé para que al sentir el contacto la cierre, también se puede colocar un sonajero para que lo sostenga brevemente.
 - ✓ Frotarle suavemente el dorso de la mano, para ayudarlo a dar palmaditas y a que acaricie su rostro.
 - ✓ Luego mostrarle un móvil sin sonido que esté al alcance de la vista del bebé (aprox. a 30 cm.), para que lo mire y agite sus brazos.
 - ✓ Mostrarle un objeto con sonido, moverlo desde el lado izquierdo a la línea media, y repetir el movimiento del lado derecho, de tal manera que haga el intento de alcanzar el objeto y mover los bracitos.

ACTIVIDAD 8: JUEGO CON GLOBOS

- **Objetivo Específico:** Desarrollar el área motora fina.
- **Materiales:** globos
- **Descripción:**
 - ✓ Atar un globo de colores (rojo, verde) en cada muñeca del bebé.
 - ✓ Enseñarle al bebé que cuando sube los brazos, suben los globos y cuando baja sus brazos, estos también bajan con él. Repetir esta actividad 6 veces,

2 veces con el brazo derecho, 2 veces con el brazo izquierdo y 2 veces con ambos brazos.

- ✓ Luego dejar que intente realizarlo solo.

ACTIVIDAD 9: MUEVO MIS PIERNITAS

- **Objetivo Específico:** Fortalecer músculos de las piernas.
- **Materiales:** toallas, almohada.
- **Descripción:**
 - ✓ Coloca al bebé boca abajo sobre una toalla enrollada, sostenlo por los muslos y hazlo rodar lo suficiente para que sus manos toquen el suelo frente a él. Empuja ligeramente las plantas de sus pies para que gatee hacia adelante y hacia atrás dos veces. Su cuerpo se deslizará sobre la toalla hasta el suelo.
 - ✓ Acostado boca abajo flexiona alternadamente las piernas a modo de pedaleo.
 - ✓ Toma al bebé, acostado boca arriba, toma con una mano los pies y con otra la otra el pecho, voltéalo a la izquierda y luego a la derecha, levantándolo 15 centímetros.
 - ✓ Coloca sobre las plantas de los pies un estímulo (una almohada, una toallita pequeña, etc) de tal manera que le haga presión. Empezara a extender y doblar las piernas rítmicamente. Puedes también hacer presión con tu mano en las plantas para que intente empujarse hacia adelante.

ACTIVIDAD 10: DEDITOS

- **Objetivo Específico:** Fortalecer la motricidad fina.
 - **Materiales:** canción
 - **Descripción:**
- ✓ Se coloca al bebé boca arriba en una manta o sobre la cama y se le quitan las medias. Con la punta de nuestros dedos o con las uñas se le acaricia la planta del pie cerca del talón y luego cerca de los dedos.
 - ✓ El bebé responderá riendo y estirando o encogiendo los dedos de su pie.
 - ✓ También se puede encoger y estirar suavemente cada dedito empezando por el meñique y terminando por el dedito pulgar mientras se canta una canción:

“Este dedito compró un huevito

Este dedito lo echó a cocer

Este dedito le puso sal

Este dedito lo revolvió

Y este gordo goloso se lo comió”

- ✓ Luego se puede hacer con los dedos de las manos y contar del 1 al 5 para que el bebé se empiece a familiarizar con los números y la noción de cantidad.

ACTIVIDAD 11: CEPILLITO, CEPILLÍN

- **Objetivo Específico:** Estimular el área táctil.
- **Materiales:** cepillo suave o brocha de cerdas finas.
- **Descripción:**

- ✓ Pasar los dedos y el dorso de las manos del bebé con el cepillo; podemos decirle:
“Cepillo, cepillín, lo pasamos por aquí,
en tus deditos ahora, muy suavcito así.
- ✓ Luego hacer lo mismo por las diferentes partes de cuerpo.

ÁREA SOCIO AFECTIVA

ACTIVIDAD 1: ¡CANTÁNDOLE A MI BEBÉ!

- **Objetivo Específico:** Promover la tranquilidad y paz interior
- **Materiales:** arrullos, música
- **Descripción:**
 - ✓ Los padres le cantarán una canción de cuna.
 - ✓ Pasearlo en brazos, moviéndose suavemente y permitiéndole observar el medio ambiente.
 - ✓ Hablarle de frente (cerca de su cara) y moverse hacia un lado y luego hacia el otro, observando si le sigue con la mirada.
 - ✓ Indicarle que puede realizar la misma actividad en casa, cuando el niño quiera dormir.

ACTIVIDAD 2: TE QUIERO CHIQUITIN

- **Objetivo Específico:** Desarrollar la capacidad de expresar emociones.
- **Materiales:** música instrumental.

- **Descripción:**

- ✓ Sostener al bebé en brazos mientras lo vas meciendo.
- ✓ Mientras lo meces, di las palabras: *Te quiero chiquitín.*
- ✓ Al decir “*te quiero chiquitín*”, darle un beso a una parte de su cuerpo: cabeza, nariz, manos, dedos de los pies.

ACTIVIDAD 3: HOLA HOLA

- **Objetivo Específico:** Desarrollar el vínculo de apego.

- **Materiales:** poema escrito.

- **Descripción:**

- ✓ Permitir al bebé que observe el rostro de su madre o padre.
- ✓ Explicarle a los padres que cuando el bebé ve su cara, se pone contento.
- ✓ Recitar el siguiente poema, mientras se mantiene su cara cerca de la del bebé.

Hola, hola, te quiero mucho.

Hola, hola te miro y te escucho.

Hola, hola mis dedos te tocan.

Hola, hola te toco la naricita,

Hola, hola te beso la naricita.

Repite este poema cambiando las dos últimas líneas para incluir otras partes de su cara: orejas, ojos, mejillas y labios.

ACTIVIDAD 4: LAS ESCALERAS MECÁNICAS

- **Objetivo Específico:** Desarrollar el vínculo afectivo y la capacidad de confianza.
- **Materiales:** rima escrita
- **Descripción:**

- ✓ Sujeta los dedos del bebé y levanta sus brazos con suavidad mientras le recitas la siguiente rima:

Por las escaleras mecánicas, va subiendo una hormiga arriba, arriba, arriba.

Por las escaleras mecánicas, baja una vaca, abajo, abajo, abajo.

Ahora tiéndelo en el suelo y levántale las piernas mientras vuelves a recitar la rima.

Sigue levantando diferentes partes de su cuerpo mientras le repites la misma rima.

Intenta acabar el juego alzándolo en el aire un par de veces.

Cada vez que baje las escaleras mecánicas dale un beso.

ACTIVIDAD 5: EL SENO MATERNO

- **Objetivo Específico:** Promover el desarrollo cognitivo y del lenguaje.
 - **Materiales:** música, lenguaje.
 - **Descripción:**
- ✓ Anuncie al niño que va a tomar el seno. Toque suavemente la mejilla con su dedo para provocar en él el reflejo de rotación. Cante, hable y converse con él durante este momento mágico.

- ✓ Favorezca el contacto piel a piel y la fijación de la mirada.
- ✓ Chasquee la lengua y emita otros sonidos que capten su atención.

ACTIVIDAD 6: EL CUERPO

- **Objetivo Específico:** Promover el autoconocimiento.
 - **Materiales:** rimas.
 - **Descripción:**
- ✓ Realice esta actividad cada vez que vista al niño. Nombre alguna parte de su cuerpo y diga en voz alta: “Tu dedo, ¡me encanta tu dedo!”. Después de decir esto bese el dedo(o cualquier otra parte nombrada)
 - ✓ Complementar la actividad con juego de dedos.

“Este dedito”...

Este dedito compro un huevito (tomando el dedo meñique)

Este dedito lo cocinó, (tomando el anular)

Este dedito le puso sal, (tomando el medio)

Este dedito lo pelo, (tomando el índice)

Y este gordo goloso se lo comió. (tomando el pulgar)

ACTIVIDAD 7: EL JUEGO DE IMITAR

- **Objetivo Específico:** Aprender a observar e imitar los gestos de otros.
- **Materiales:** Gestos, mímica, chasquidos.
- **Descripción:**

- ✓ Hagas caras chistosas frente al bebé: sáquele la lengua, abra la boca, chasquee los labios, abra y cierre los ojos
- ✓ Sea repetitivo en sus gestos para darle al niño oportunidad de remedarla y gozar de lo que usted hace.
- ✓ Este atento a cualquier respuesta del bebé y refuércela inmediatamente.

ACTIVIDAD 8: ¿QUIÉN ES ESE?

- **Objetivo Específico:** Aprender a autoidentificarse.
- **Materiales:** Espejo, lenguaje.
- **Descripción:**
 - ✓ A una distancia de 25 cm colocaremos un espejo delante de los ojos del bebé y comenzaremos a mencionar los distintos elementos de su cara: los ojos, los oídos, etc.

ACTIVIDAD 9: TE CONTARÉ UNA HISTORIA

- **Objetivo Específico:** Socializar con las madres y bebés participantes.
- **Materiales:** Lenguaje.
- **Descripción:**
 - ✓ La madre o el padre le contará al bebé como esperaron su llegada y como se sienten hoy.
 - ✓ Como guía, le podemos ayudar narrándolo así:

“Mi querido bebé, te deseaba hace tanto, que ahora que te tengo creo que eres un sueño. Te imaginé en mi vientre tantas veces, pero nunca

tan bonito y bueno. Mientras duermes me quedo viendo tu tranquilidad y como, dormidito, le sonríes al que seguro será tu ángel.

Es bonito cuando me miras con esos hermosos ojos y nuestras miradas y manos se encuentran, tus sonrisas, cuando tomas mi pecho y tengo esa oportunidad maravillosa de darte la vida y el alimento. Me emociona el solo hecho de tenerte. Mami y papi estamos muy emocionados.”

ACTIVIDAD 10: BESOS Y ABRAZOS

- **Objetivo Específico:** Favorecer sentimientos de seguridad y protección.
- **Materiales:** Lenguaje.
- **Descripción:**
 - ✓ La forma en que tocamos, tratamos y cuidamos los bebés puede afectar profundamente al modo en que se desarrollan como adultos después.
 - ✓ Canta con voz suave y monótona la siguiente canción mientras meces y besas al bebé:

"Besos y abrazos, yo te quiero, yo te quiero, yo te quiero. Besos y abrazos, yo te quiero, tú eres mi bebé"
 - ✓ Puedes cantarle esta canción mientras le besas la nariz y los dedos de los pie y las manos”.

ACTIVIDAD 11:

- **Objetivo Específico:** Desarrollar habilidades sociales
- **Materiales:** Lenguaje.

- **Descripción:**

- ✓ Entregar al bebé a diferentes miembros de la familia para que le hablen y lo alcen.
- ✓ Cada uno de los miembros debe dirigirse a él (ella) diciéndole su nombre y el grado de parentesco que tiene (tío, primo, hermano, etc.) y sobre todo lo mucho que lo quiere y la felicidad que le causa que el bebé este en casa.

ACTIVIDAD 12:

- **Objetivo Específico:** Conformación de la imagen de sí mismo.
- **Materiales:** Lenguaje.
- **Descripción:**
 - ✓ Mostrar y mencionar las partes de su cuerpo.
 - ✓ Toquémosle suavemente la nariz, diciéndole: “Bebé, esta es tu nariz”, “bebé, esta es tu boca”, “éstas son tus mejillas”, éstos son tus labios, “Éste tu cabello”.
 - ✓ Hablémosle con un lenguaje claro y preciso, pero con mucho cariño.

ÁREA DEL LENGUAJE

ACTIVIDAD 1: EL MUÑECO PARLANCHIN

- **Objetivo específico:** Familiarizar al niño con el lenguaje.
- **Materiales:** Títeres (muñeco)

- **Descripción:**

- ✓ Ofrecerle al bebé un muñeco lavable preferentemente de felpa. Colocarlo en la colchoneta para que se interese por él.
- ✓ Haga como que el muñeco habla en un tono de voz particular distinto del de su voz normal, desde distintas ubicaciones de la habitación. Varíe el tono de voz asegurándose que el bebé se divierta y la escuche perfectamente.
- ✓ Refuerce cada gorjeo que el bebé emita, respondiéndole con una mirada, caricias y palabras.

ACTIVIDAD 2: ¡EMPECEMOS A CONVERSAR!

- **Objetivo específico:** Promover la interacción verbal.

- **Materiales:** lenguaje

- **Descripción:**

- ✓ Converse con el bebé de distintos temas mientras el se encuentra acostado en la colchoneta. Asegúrese de darle entonación a sus palabras. Háblele de la familia, los hermanos, la casa, la ropa que tiene puesta.
- ✓ Cuando el bebé haga sonidos como “a-aa”, repetir frente a él lo mismo. Debe imitar las vocalizaciones del bebé exagerando un poco.

ACTIVIDAD 3: ¡CONVERSANDO CON MI BEBÉ!

- **Objetivo específico:** fortalecer la interacción verbal, aumentando silabas.
- **Materiales:** lenguaje de padres
- **Descripción:**
 - ✓ Háblale todo el tiempo mientras lo bañas, juegas, lo cambias o lo alimentas. Entonar palabras al momento de conversar con el bebé, y cuando éste haga sonidos más prolongados como “agu, agu”, “uu uu” repetir frente a él lo mismo.

ACTIVIDAD 4: ¡CONVERSANDO CON MI BEBÉ!

- **Objetivo específico:** fortalecer la interacción verbal, aumentando silabas.
- **Materiales:** lenguaje de padres
- **Descripción:**
 - ✓ Entonar palabras al momento de conversar con el bebé, y cuando éste haga sonidos más prolongados como “agu, agu”, “uu uu” repetir frente a él lo mismo.

ACTIVIDAD 5: ¡GESTOS Y PALABRAS!

- **Objetivo específico:** familiarizar al niño con las diferentes expresiones: felicidad, tristeza, enojo, molestia y fortalecer la comunicación no verbal.
- **Materiales:** gestos y lenguaje de padres
- **Descripción:**

- ✓ Hacerle gestos al bebé señalando las diferentes partes del cuerpo, en especial de la cara, y haciendo diferentes expresiones mientras le hablas.

ACTIVIDAD 6: ¡EL LENGUAJE DE MI BEBÉ!

- **Objetivo específico:** familiarizar al niño con las diferentes acciones de su vida diaria: comida, sueño, baño y fortalecer la comunicación verbal y la memoria.
- **Materiales:** lenguaje de padres
- **Descripción:**
 - ✓ Cuando se lleve al cabo alguna actividad, ejemplo: dar de comer al niño, hacerlo dormir, bañarlo, peinarlo; es importante repetir en voz alta cada una de las acciones que se realizan y al mismo tiempo realizar dicha actividad. Así el niño se familiarizará con estas y aprenderá poco a poco a reconocerlas.
 - ✓ Ejm:

Decirle mientras se le da de comer “abre la boquita, coge la cuchara” y al mismo tiempo intentar que coja el objeto”.

Al cambiarlo, decirle por ejemplo: “levanta la pierna” y al mismo tiempo levantársela. Así con diferentes partes del cuerpo.

ACTIVIDAD 7: ¡ME GUSTA CANTAR!

- **Objetivo específico:** familiarizar al niño con las primeras sílabas: ma, pa, ta, a través de canciones.

- **Materiales:** gestos y lenguaje de padres

- **Descripción:**

✓ Canción:

Ella es la que más me ama... ma ma má...

Que tan lejos me llama...ma ma má

Me acuesta en mi cama...ma ma má

Que buena es mi mamá'

Él me da la sopa... pa pa pá

También me cambia ropa Pa pa pá

Es mi héroe sin carpa... pa pa pá

Que lindo es mi papá.

Juega a la pelota ... ta ta ta tá

Conmigo no se agota ... ta ta ta tá

Ni su cansancio nota ... ta ta tá

Es mi tata y es papá de mi papá

ACTIVIDAD 8: ¡TENGO YO DOS MANOS!

- **Objetivo específico:** familiarizar al niño con las canciones, y reconocer las partes de su cuerpo.
- **Materiales:** lenguaje de padres
- **Descripción:**

✓ Canción:

Tengo yo dos manos, hoy las descubrí
Estaban ya conmigo, dios las puso aquí
Ellas son hermanas, las quiero juntas
Cuesta y es difícil, lo voy a intentar
Manos al centro, ya puedo llevar
Y unas con otras se pueden tocar
Golpeo mis manos, ya puedo aplaudir
Y hoy mis papitos, se pondrán feliz.

ACTIVIDAD 9: ¡MIS DEDITOS!

- **Objetivo específico:** familiarizar al niño con las canciones, y reconocer las partes de su cuerpo.
- **Materiales:** lenguaje de padres
- **Descripción:**

✓ Canción:

Yo tengo cinco amiguitos, que son muy especiales
Se los voy a presentar, uno a uno por igual
Primero esta el pequeñito, es el dedo más bonito.
Mi dedito, mi dedito....
Al lado del dedito, está el hermanito
Y tiene un gemelito, son muy igualitos
Mis deditos, mis deditos....

Yo tengo cinco deditos, ya conocimos al pequeñito,
También a los gemelitos, pero hay más amiguitos.

En medio está el gigante, y ha vuelto elegante
El es el gran señor, es el rey de la región.
Al final está el gordito, valiente y fuertecito,
Junto a sus amiguitos, es el guardián de los deditos.

ACTIVIDAD 10: ¡LAS PARTES DE M CUERPO!

- **Objetivo específico:** familiarizar al niño con las canciones, y reconocer las partes de su cuerpo.
- **Materiales:** lenguaje de padres
- **Descripción:**
 - ✓ Canción:

Las partes de mi cuerpo, quiero hoy decir,
Y cuando me pregunten, yo responderé.
Las manos son, para aplaudir,
Las piernas son, para saltar,
Los brazos son, para abrazar,
La boca es para cantar,
y el corazón para querer.

ACTIVIDAD 11: ¡HOLA BEBÉ!

- **Objetivo específico:** familiarizar al niño con las canciones y fortalecer la comunicación verbal.

- **Materiales:** lenguaje de padres

- **Descripción:**

✓ Canción:

Hola bebé, ya vamos a empezar,

con mis manos tibiecitas

muchos mimos yo te haré.

Con mis manos tibiecitas

muchos masajitos yo te

haré. (Repetir 1 vez más)

ACTIVIDAD 12: ¡LINDO BEBITO!

- **Objetivo específico:** familiarizar al niño con las canciones.

- **Materiales:** lenguaje de padres

- **Descripción:**

✓ Canción:

Voy a cargar a mi lindo bebito,

Lindo bebito, lindo bebito.

(**LINDO:** elevar al bebé, **BEBITO:** Bajar al bebé).

Voy cargar a mi lindo bebito,

Luego lo bajo rapidito.

Cuando bailamos y nos abrazamos,

Que bien la pasamos, que bien la pasamos.

Cuando bailamos y nos abrazamos,

Miren que bien la pasamos, que bien la pasamos.

(BAILAMOS Y NOS ABRAZAMOS: mecer al bebé abrazándolo.

ÁREA COGNITIVA

ACTIVIDAD 1: VER, VER

- **Objetivo específico:** Fijar la vista en un objeto y seguir su trayectoria.
- **Materiales:** un móvil con la figura de una cara humana.
- **Descripción:**

✓ Cuelgue el móvil sobre la cuna y dé le a éste un movimiento lento, para que el niño pueda seguir su trayectoria.

ACTIVIDAD 2: ESCUCHAR, ESCUCHAR

- **Objetivo Específico:** Desarrollar la capacidad de localizar sonidos.
- **Recurso:** La voz de mamá o cualquier objeto que emita sonidos agradables, como una campana o un sonajero.
- **Descripción:**

✓ Decúbito dorsal hacer sonar una campanilla o sonajeros a 20cm sobre y al lado de cada oído del bebé.

✓ Hacer escuchar al bebé música instrumental y armoniosa.

ACTIVIDAD 3: JUEGO DE SOPLAR

- **Objetivo Específico:** Ayudar al bebé a conocer las diferentes partes de su cuerpo.

- **Recursos:** El silbido de mamá
- **Descripción:**
 - ✓ Sopla suavemente sobre las palmas de sus manos. Mientras vas soplando, di las siguientes palabras en tono cantarín: Aquí están las palmas del bebé.
 - ✓ A continuación besa las palmas de sus manos.
 - ✓ Sopla sobre diferentes partes de su cuerpo, recitando el nombre de cada parte y dándole un beso.
 - ✓ A la mayoría de los bebés les gusta que soples sobre sus codos, dedos, cuello, mejillas y dedos de los pies.

ACTIVIDAD 4: RECONOCIENDO A MIS PAPIS

- **Objetivo Específico:** Fortalecer la capacidad de concentración y visual.
- **Materiales:** fotos de rostros sonrientes.
- **Descripción:**
 - ✓ Mostrarle al bebé fotos sonrientes de rostros, preferentemente los de mamá y papá, en blanco y negro, en tamaño de 20 por 25 cms. Pueden recortarse de revistas y pegar en cartulina o se pueden hacer en platos de cartón o plástico con marcador negro.
 - ✓ Las fotos deben estar situadas a 25 – 30 cms. de la cara del bebé, ya que si los objetos están más cerca o más lejos los ve borrosos.

- ✓ Tratar de que el bebé fije su vista sobre las fotografías durante un tiempo que puede variar entre 4 a 10 segundos, las primeras semanas por 3 minutos diarios.
- ✓ Hablarle al bebé indicándole que son papá y mamá los que aparecen en la foto.

ACTIVIDAD 5: OIR, OIR

- **Objetivo Específico:** Estimular la capacidad auditiva.
- **Materiales:** colchoneta, canción.
- **Descripción:**
 - ✓ Pedirle a los padres que le hablen con voz suave, llamándolo por su nombre. Ya que los bebés prefieren una voz aguda (la de la madre) a una grave (masculina).
 - ✓ Luego con el bebé en brazos, acostados en la colchoneta, los padres deben acercar al bebé a su pecho, para que reconozca los latidos del corazón. Y entonarán una canción, estando el bebé despierto o durmiendo.

ACTIVIDAD 6: ¡Qué bien huele!

- **Objetivo Específico:** Estimular la capacidad olfativa.
- **Materiales:** leche materna, infusiones
- **Descripción:**
 - ✓ Acercar a la nariz del bebé, una gasita mojada en la cual vaciaremos diversos productos.

- ✓ Mientras se le acerque la gasita, le diremos “¡Qué bien huele!.. esto es.”
- ✓ Para la estimulación natural:
 - Relacionándola con la hora de la comida: la leche materna.
 - Relacionándola con la hora del baño: jabón o shampoo de baño.
 - Y relacionándola con la hora de cambiarle: Le acercamos la ropa a la nariz antes de ponérsela (la ropa del bebé debe estar lavada con productos especiales y que no dañen ni la piel ni el olfato) y también gotitas de colonia de bebé.
- ✓ Otra forma de estimular:
 - Con infusiones suaves de diferentes especies: manzanilla, té verde, té de frutas frescas (piel de naranja hervida).

ACTIVIDAD 7: BAILEMOS

- **Objetivo Específico:** Estimular la capacidad auditiva.
- **Materiales:** música clásica.
- **Descripción:**
 - ✓ Poner música suave (como música clásica) o cajitas de música durante períodos cortos, no mayores de 10 a 15 minutos.
 - ✓ La madre o padre cogerá al bebé entre sus brazos, y comenzará a danzar.
 - ✓ En casa: Los padres deben grabar cintas con su voz, y pasar la cinta con ciertos intervalos, esa voz familiar calma al recién nacido.

ACTIVIDAD 8: MIS TEXTURAS

- **Objetivo Específico:** Estimular el área táctil.

- ***Materiales:*** Telas o diversos tipos de textura (liso, suave, áspero).
- ***Descripción:***
 - ✓ Pasar una por una las diferentes texturas por las distintas partes del cuerpo, principalmente por la zona alrededor de los labios, las yemas de los dedos, la palma y el dorso de las manos, luego, las plantas de los pies y la columna vertebral. Procure hacerlo muy suavemente y con cuidado. Háblele cariñosamente mientras lo hace nombrando cada parte del cuerpo.

ACTIVIDAD 9: EL JUEGO DE LOS SOMBREROS

- ***Objetivo Específico:*** Estimular el área visual.
- ***Materiales:*** cepillo suave o brocha de cerdas finas.
- ***Descripción:***
 - ✓ Tu cara es una de las primeras cosas que reconoce tu bebé. El reconocerá tu cara, y al mismo tiempo estarás estimulando a su vista.
 - ✓ Escoge diferentes sombreros para ponerte.
 - ✓ Mientras te vas probando los diferentes sombreros, di: Sombreros, sombreros (mueve la cabeza hacia delante y hacia atrás) (mamá, papá, nombre de una persona) tiene un sombrero.
 - ✓ (La misma persona) quiere a (nombre del bebé) cuando se pone su sombrero. Si no se dispone de muchos sombreros o gorros, se puede utilizar un pañuelo o un lazo en la cabeza.

ACTIVIDAD 10: ¡EJERCITO MIS OJITOS!

- **Objetivo Específico:** Favorece el seguimiento visual.
- **Materiales:** pelota, listones
- **Descripción:**
 - ✓ Con una pelota: Amarrar un listón a una pelota y sostenerla del otro extremo del listón.
 - ✓ Acostar al bebé boca arriba y mostrarle la pelota, moviéndola despacio de un lado a otro, de arriba a abajo y en forma circular. Es importante ponerla cerca de sus pies para que la sienta.

ACTIVIDAD 11: ¿Quién es él?

- **Objetivo Específico:** Favorece la autoidentificación.
- **Materiales:** espejo
- **Descripción:**
 - ✓ A una distancia de 25 cm colocaremos un espejo delante de los ojos del bebé y comenzaremos a enumerar los distintos elementos de su cara: los ojos, oídos, etc... señalándolos con el dedo.
 - ✓ Luego levantaremos unos 10 cm para incitar al niño a levantar la mirada.

ACTIVIDAD 12: SIGUE LA ACCIÓN

- **Objetivo Específico:** Favorecer el desarrollo de la capacidad auditiva y visual.

- ***Materiales:*** espejo

- ***Descripción:***

- ✓ A los bebés les encanta mirar caras, especialmente si se trata d caras de personas queridas.
- ✓ Intenta hacer diferentes tipos de caras y sonidos para desarrollar la vista y el oído de tu bebé.
 - Cántale una canción mientras mueves la boca exageradamente.
 - Parpadea
 - Sácale la lengua
 - Haz muecas
 - Haz sonidos apretando los labios
 - Tose y bosteza

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schneider S. *“La estimulación Temprana y del desarrollo infantil”*
Editorial CADIEX International S., Montevideo Uruguay. [Fecha de acceso: 13 de diciembre del 2012]. URL Disponible en:
<http://www.libreroonline.com/uruguay/editorial/cadiex-internacional/pag>.
2. Ordoñez, M. y Tinajero A. *Estimulación temprana: Inteligencia emocional y cognitiva*. Madrid-España. Edición 2007.
3. Nacimiento T y Pantoja R. *Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales*. 3a edición. [Fecha de acceso: 13 de diciembre del 2012]. URL Disponible en: <http://www.reeduca.com/reciennacido-estimulsenti3.aspx>
4. Biblioteca padre OK. *Estimulación para su bebé: desarrollo evolutivo y guía de actividades*. Editorial Norma. [Fecha de acceso: 14 de diciembre del 2012]. URL Disponible en:
<http://books.google.com.pe/books?>
5. Collado, Á. *Estimulación temprana para niños de 0 – 2 años*. Editorial Lumen Hermanitas. 2004.

6. Baraldi, C. *Jugar es cosa seria: estimulación temprana... antes de que sea tarde*. Editorial Homo Sapiens. 2001.
7. Serrano, A. *Inteligencias múltiples y estimulación temprana*. Editorial Porrúa. 2003.
8. Roldán L. La clase de hablar. Madrid. 2012. [Fecha de acceso: 15 de diciembre del 2012]. URL Disponible en:
9. http://laclasedehablar.blogspot.com/2012/03/canciones-para_estimular-el-lenguaje.html
10. Cosas de la infancia. Perú 2010. [Fecha de acceso: 13 de diciembre del 2012]. URL Disponible en: <http://www.cosasdelainfancia.com/biblioteca-juegos0-3.htm>
11. Sandoval P. *Estimulación temprana en la primera infancia*. [Fecha de acceso: 15 de diciembre del 2012]. URL Disponible en: <http://estimulaciontempranaenprimerainfancia.blogspot.com/2009/02/11ejercicios-de-estimulacion-temprana.html>
12. Fundacion Iberoamerica Dowm 21. *Estimulación del área de motricidad fina y cognición*. [Fecha de acceso: 15 de diciembre del 2012]. URL Disponible en:

13. [http://www.down21.org/educ_psc/educacion/atencion_temprana/cognitiva.
htm](http://www.down21.org/educ_psc/educacion/atencion_temprana/cognitiva.htm)

14. Bebés By Suit 101. *Estimular bebés de hasta 3 meses: Ejercicios para ayudar al desarrollo en los primeros meses de vida*. [Fecha de acceso: 15 de diciembre del 2012]. URL Disponible en: <http://suite101.net/article/estimular-bebes-de-hasta-3-meses-a2947>

15. Juegos de estimulación Temprana de 0 – 3 meses [diapositiva]. [Fecha de acceso: 13 de diciembre del 2012]. URL Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/7257253/Juegos-Estimulacion-Temprana-Bebes-01ano>