

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO – PUNO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ESTIMULACIÓN TEMPRANA CON
LA METODOLOGÍA MINSA Y ADRA, EN EL DESARROLLO
PSICOMOTOR DE NIÑOS ENTRE 7 Y 9 MESES, CENTRO DE SALUD
MAÑAZO, PUNO 2012**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:

**DIANA ELIZABETH CALSIN MOLLEPAZA
LUZ MARINA VARGAS MAMANI**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA
PUNO – PERÚ
2013**

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO PUNO**FACULTAD DE ENFERMERÍA****ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

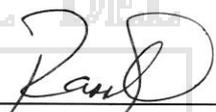
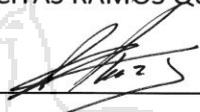
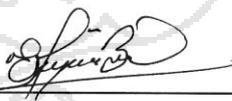
**“INTERVENCION DE ENFERMERIA EN ESTIMULACION TEMPRANA CON
LA METODOLOGIA DEL MINSA Y ADRA, EN EL DESARROLLO
PSICOMOTOR DE NIÑOS ENTRE 7 Y 9 MESES, CENTRO DE SALUD
MAÑAZO, PUNO 2012”**

TESIS

PRESENTADA A LA COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE
ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO-PUNO, COMO
REQUISITO PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

APROBADO POR EL SIGUIENTE JURADO REVISOR:

PRESIDENTA	:	 _____
		Dra. FELICITAS RAMOS QUISPE
PRIMER MIEMBRO	:	 _____
		Mg. NANCY SILVIA ALVAREZ URBINA
SEGUNDO MIEMBRO	:	 _____
		Lic. JULIA BELIZARIO GUTIERREZ
DIRECTORA	:	 _____
		Mg. ROSA PILCO VARGA
ASESORA	:	 _____
		M.Sc. ELSA GABRIELA MAQUERA BERNEDO
ASESOR ESTADISTICO	:	 _____
		MSc. EDGAR ELOY CARPIO VARGAS

ÁREA: Salud comunitaria

TEMA: Atención en enfermería

DEDICATORIA

A mis queridos padres Flavia y Leonardo mi eterna gratitud por su sacrificio, apoyo incondicional y esfuerzo. Por haberme inculcado valores, principios y el espíritu de perseverancia; todo ello con gran amor.

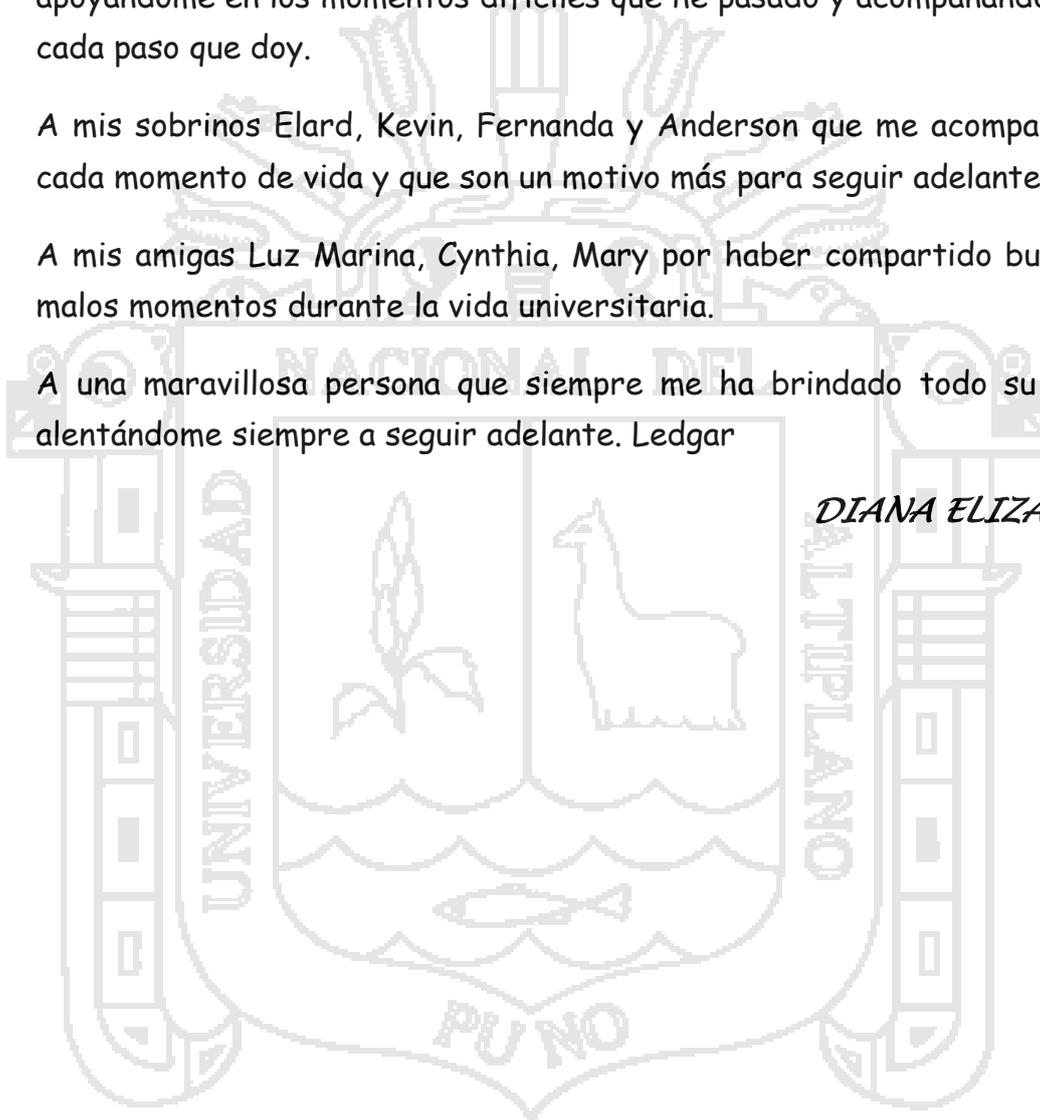
A mis hermanas Gladys, Miriam y Beatriz que siempre estuvieron apoyándome en los momentos difíciles que he pasado y acompañándome en cada paso que doy.

A mis sobrinos Elard, Kevin, Fernanda y Anderson que me acompañan en cada momento de vida y que son un motivo más para seguir adelante.

A mis amigas Luz Marina, Cynthia, Mary por haber compartido buenos y malos momentos durante la vida universitaria.

A una maravillosa persona que siempre me ha brindado todo su apoyo alentándome siempre a seguir adelante. Ledger

DIANA ELIZABETH



DEDICATORIA

A Dios por brindarme la oportunidad y la dicha de la vida, guiarme mis pasos y darme una sabiduría para la culminación de mi carrera, por darme una salud para lograr mis objetivos.

Con mucho cariño a mis a mis padres Julián y Filomena, por haberme apoyado, tenido toda la paciencia en todo momento, por haberme inculcado valores, principios y el espíritu de perseverancia, pero más queda su gran amor.

A mis hermanos Ronny y Oscar que siempre me estuvieron apoyando, dándome alegría en los momentos más difíciles, me acompañan en cada momento de mi vida y que son un motivo más para seguir adelante.

A mis amigas Diana, Cynthia, Mary por haber compartido buenos y malos momentos durante la vida universitaria.

A una maravillosa persona que ya partió a la presencia del Altísimo, dedicarle este presente documento quien permanentemente me apoyo con su espíritu alentador, a ser perseverante y darme la fuerza que me impulsó a conseguirlo. Mi linda abuelita Juana (+)

LUZ MARINA

AGRADECIMIENTO

A Dios nuestro creador, por proteger cada paso en el sendero de nuestras vidas guiándonos e iluminando nuestro camino, fortaleciendo el deseo de servir con humildad y entusiasmo.

A mi alma mater, Universidad Nacional del Altiplano Puno por darnos la oportunidad de formarnos profesionalmente.

A la Facultad de Enfermería, plana docente y administrativos por guiarnos durante nuestra formación profesional.

Nuestro reconocimiento a los miembros del jurado calificador: Dra. Felicitas Ramos Quispe, Mg. Nancy Silvia Álvarez Urbina, Lic. Julia Belisario Gutiérrez; por sus acertadas observaciones y sugerencias para el desarrollo y culminación del estudio.

A nuestra directora de investigación Mg. Rosa Pilco Vargas, por su desinteresada orientación durante el desarrollo y culminación del estudio.

A nuestra asesora de investigación nuestro reconocimiento especial, M Sc. Elsa Gabriela Maquera Bernedo, porque nos brindó su tiempo, sus conocimientos, constante orientación, apoyo moral y ayuda incondicional en el logro del presente estudio.

Al Centro de Salud Mañazo que nos abrió las puertas para poder llevar a cabo el presente estudio.

A todas aquellas personas con quienes compartimos experiencias en el transcurso de nuestra formación y elaboración del presente estudio.

INDICE

RESUMEN	7
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA:	1
1.2. ANTECEDENTES:	3
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
II. JUSTIFICACIÓN:	7
III. MARCO TEORICO.....	8
IV. HIPOTESIS DE LA INVESTIGACIÓN:.....	30
V. VARIABLES Y SU OPERALIZACIÓN:	30
VI. OBJETIVOS:.....	35
VII. DISEÑO METODOLOGICO.	36
VIII. RESULTADOS Y DISCUSION.....	57
IX. CONCLUSIONES	76
X. RECOMENDACIONES.....	77
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	78
ANEXOS	70

RESUMEN

El presente estudio se realizó con el objetivo de determinar la efectividad de las metodologías de estimulación temprana del MINSAL y ADRA, en el desarrollo psicomotor en niños de 7 - 9 meses de edad, Centro de Salud Mañazo - Puno 2012. La investigación fue de tipo experimental, con diseño de pre y post test con 2 grupos experimentales y un grupo control. La población y muestra por 15 niños y niñas de 7 a 9 meses de edad. La técnica que se utilizó fue la observación y como instrumento la escala de evaluación del desarrollo psicomotor (EEDP). Los resultados obtenidos con la metodología del ADRA después de la intervención de enfermería fueron: la niña de 9 meses incrementó 3 puntos en su coeficiente de desarrollo, pasando de un diagnóstico de riesgo a normal; y la niña del grupo CONTROL incrementó 1 punto, continuando con un diagnóstico de riesgo. En el niño de 8 meses después de la intervención de enfermería incrementó 3 puntos, continuando con un diagnóstico de riesgo; y el niño del grupo CONTROL disminuyó su puntaje en 2 puntos, continuando con un diagnóstico de riesgo. En los niños de 7 meses se obtuvo un incremento promedio de 4 puntos, continuando con su diagnóstico de normal o retraso y los niños del grupo CONTROL tuvieron un incremento promedio de 1 punto, pasando de un diagnóstico de normal a riesgo o manteniendo su diagnóstico. Con la metodología de MINSAL la niña de 9 meses incrementó 7 puntos, pasando de un diagnóstico de riesgo a normal; la niña del grupo CONTROL incrementó 1 punto, continuando con un diagnóstico de riesgo, en el niño de 8 meses incrementó 8 puntos, pasando de un diagnóstico de riesgo a normal; en el niño del grupo CONTROL el puntaje disminuyó en 2 puntos, continuando con un diagnóstico de riesgo. En los niños de 7 meses se tuvieron un incremento promedio de 8 puntos, pasando de un diagnóstico de riesgo a normal y los niños del grupo CONTROL tuvieron un incremento promedio de 1 punto, pasando de un diagnóstico de normal a riesgo o manteniendo su diagnóstico. En cuanto a la efectividad de las metodologías: Los niños del grupo MINSAL antes de la intervención de enfermería un 20% tenía un coeficiente de desarrollo normal y el 80% en riesgo; después de un mes el 100% alcanzó a tener un diagnóstico de normal. Los niños del grupo ADRA un 40% tenía un coeficiente de desarrollo normal y el 60% en riesgo; después de la intervención de enfermería, el 60% tuvo un coeficiente de desarrollo normal y el 40% siguió teniendo un diagnóstico de riesgo. Los niños del Grupo CONTROL en el (pre test) un 40% tenía un diagnóstico normal y el 60% en riesgo; después en el (post test) un 20% obtuvo un coeficiente de desarrollo normal y en el 80% de niños se halló con un diagnóstico de riesgo.

PALABRAS CLAVE: Coeficiente de desarrollo, metodologías de estimulación temprana del ADRA y MINSAL.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA:

El 60% de los niños menores de un año no se encuentran estimulados, lo cual viene condicionando retraso en las cuatro esferas del desarrollo (lenguaje, social, coordinación y motora), la falta de estimulación se da más en las áreas rurales debido al bajo nivel educativo de los padres. ¹

Cada año, más de 200 millones de niños menores de cinco años no alcanzan su pleno potencial cognitivo y social. La mayoría de estos niños viven en Asia meridional y África subsahariana. Debido a su desarrollo deficiente, es probable que estas personas tengan hijos a una edad muy temprana y que proporcionen a sus hijos una atención de salud, nutrición y estimulación deficientes, contribuyendo así a la transmisión intergeneracional de la pobreza y el desarrollo deficiente. ²

A través de diversos estudios realizados en países de Latinoamérica, se ha podido comprobar que existe un déficit en el desarrollo psicomotor de los niños, especialmente en aquellos que viven en sectores urbanos marginales y rurales, lo que es posible observar desde los primeros meses de edad. ³

En el Perú Solo el 28% de los niños y niñas menores de 36 meses está al día en sus controles de crecimiento. En la asistencia al control de crecimiento y desarrollo (CRED), no se encuentran significativas diferencias entre las áreas urbanas y rurales ni entre las regiones naturales, siendo el panorama igual de preocupante en todo el país. Sin embargo, es en los entornos más precarios donde existe una asistencia reducida a los controles de CRED que implica mayores riesgos. ⁴

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Revela que el 35,3% de los niños menores de 36 meses han recibido los controles de crecimiento para su edad, respecto a la ENDES 2009; que fue de 28.5% a 37.0% en el área rural y de 27,3% a 34,4% en el área urbana. ⁵

Según el Ministerio de Salud (MINSA) no es conocido en la actualidad el número de niños peruanos que tienen retraso en el desarrollo mental, motor, social y emocional como consecuencia de la falta de estimulación temprana. ⁶

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV) 2000, el 6.7% de la población menor de 3 años no acudió a su control de CRED. El 5.1% de los niños menores de tres años que vive en condiciones de pobreza extrema conto con esta atención, mientras que entre los pobres no extremos y no pobres se tuvo un porcentaje del 8.3% y 5.9% respectivamente. ⁷

En Puno el estudio realizado sobre “Practica sobre estimulación temprana del niño de 1 a 3 meses de edad, Hospital Juli – 2007”, concluyó que el 50% de madres no

estimulan al recién nacido así mismo el lactante de 4 a 6 meses tampoco es estimulado obteniéndose además, que las áreas poco estimuladas son de coordinación y motora.⁸

Es función de la enfermera responsable del programa de atención integral de salud del niño, desarrollar acciones de estimulación temprana en los niños para que luego las madres continúen con dichas acciones en casa. Se han propuesto varias guías de estimulación temprana entre los principales tenemos: ESSALUD, MINSA y de la Agencia Adventista para el Desarrollo y Recursos Asistenciales (ADRA); sin embargo es probable que no se apliquen en la atención del niño en su desarrollo psicomotor, tampoco se sabe cuál de estos instrumentos es más práctico, sencillo y dinámico con el cual se puedan obtener mejores resultados evidenciados en el desarrollo psicomotor.

En la Norma Técnica del MINSA; las pautas de estimulación del desarrollo está vigente desde el año 2011 y en el departamento de Puno se dio a conocer a todas las coordinadoras de CRED en mayo del 2012, por lo tanto es poco conocido por la enfermera, según la metodología, las sesiones de estimulación temprana deben brindarse a los niños tres veces al mes; pero no muestra la sesión de estimulación desarrollada solo da pautas en donde deben considerarse, realizar demostraciones prácticas en donde debemos asegurar la comprensión de los padres a través de la re-demonstración y acompañar las actividades con canciones, rimas y juegos, que se dan en las consideraciones generales que debemos tener en cuenta al momento de elaborar la sesión de estimulación que debe contener métodos y técnicas adecuadas a la edad del niño; aun no se conoce su efectividad en el desarrollo psicomotor del niño.

La guía de estimulación temprana para el facilitador según el ADRA es una de las metodologías más conocidas y utilizadas por el personal de enfermería que describe la metodología y actividades a desarrollar; según la metodología debe realizarse dos sesiones de estimulación temprana al mes, la sesión se desarrolla en cuatro talleres que son: Animación, reflexión, demostración y evaluación.

Cuando al niño no se le brinda una estimulación adecuada valiéndose de una metodología que contenga recursos y técnicas adecuadas que favorezcan su aprendizaje disminuye su motivación. Debido a que la estimulación temprana se presenta a través de una necesidad, los niños en esta etapa precisan de un constante aprendizaje de cosas diferentes para adquirir nuevas aptitudes o perfeccionar las que poseen y así obtener un mejor desenvolvimiento en el ambiente que los rodea.⁹

El desarrollo psicomotor de los niños en el presente estudio se medirá con la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) de 0 a 24 meses que es la que corresponde según el MINSA antes y después de la intervención con ambas metodologías.

La estimulación temprana es el conjunto de actividades organizadas y dirigidas a la niña y el niño desde que nacen hasta los tres años de edad, las mismas que se realizan en el establecimiento de salud, en la familia y en el comunidad, con el objetivo de atender de manera oportuna y adecuada sus necesidades de desarrollo sensorial y socio afectivo. ¹⁰

La falta de estimulación a temprana edad, tiene efectos devastadores e irreversibles en el desarrollo, el cual se ve expresado posteriormente a través de un coeficiente intelectual bajo, con las respectivas consecuencias en el rendimiento escolar. Por el contrario, las experiencias ricas y positivas, pueden tener efectos favorables, ayudando a los niños y niñas en la adquisición del lenguaje, el desarrollo de destrezas para la resolución de problemas y en la formación de relaciones saludables. ¹¹

Además a través de las experiencias propias y durante las prácticas en el internado se observó que a veces el personal de enfermería en las sesiones de estimulación temprana solo aplican la pauta breve, algunas aplican la metodología del ADRA que es la más conocida y actualmente en el Centro de Salud Mañazo se han hecho demostraciones de la aplicación de la metodología del MINSA; el trabajo de la enfermera es probable que se haya convertido en una rutina diaria, se observa poco interés por parte del profesional de enfermería en mejorar su labor referido a la estimulación temprana que debería mejorar día a día, porque es un área de competencia de la enfermera y en la cual se refleja su trabajo, refieren algunas enfermeras escaso tiempo debido a que tienen que cumplir varias estrategias de salud, escaso personal de enfermería para la cantidad de niños que se debe atender, falta de ambientes adecuados para realizar las sesiones de estimulación; no utilizan las diferentes metodologías que existen para la estimulación temprana ya que no se conoce su efectividad, ni tampoco se sabe cuál de ellas tienen mejores resultados en el desarrollo psicomotor del niño; la falta de capacitaciones sobre estimulación temprana a las enfermeras, la cual debería ser casi constante de tal forma que los niños recibirán una adecuada estimulación lo que conlleva a que estos niños tengan un buen desarrollo psicomotor; actualmente se conoce que ambas metodologías son efectivas, pero aun no sabemos cual metodología obtendrá mejores resultados en el coeficiente de desarrollo de los niños.

1.2. ANTECEDENTES:

En relación a variables de estudio no se encontraron trabajos de investigación similares, sin embargo encontramos investigaciones que se relacionan:

A nivel internacional:

Un estudio titulado “Estimulación temprana en niños menores de 4 años de familias marginadas” cuyo objetivo fue valorar el efecto de la estimulación temprana en niños, cuando esta es proporcionada por la enfermera. La investigación fue de tipo y diseño longitudinal. La población estuvo constituida por 7763 niños menores de 4

años (4472 integraron un grupo experimental y 3491 como grupo control). Para la valoración del desarrollo psicomotriz se usó la “escala de Jalisco” como instrumento, propuesta por Amezcua y Gil. Se llegó a la conclusión, que en la valoración inicial el 29.9% del grupo control el 24.5% del grupo experimental se encontraron en “nivel bajo”; similarmente aconteció en la valoración final con 26.3% de los niños de grupo control tuvieron un nivel de desarrollo bajo mientras que 16.6% del grupo experimental se encontraban en este nivel y 83.4% tuvieron calificaciones de desarrollos medias y altas.¹²

A nivel nacional:

Un estudio titulado “Efectividad de la consejería de enfermería sobre estimulación temprana en madres primerizas con lactantes de 0 – 6 meses del Centro de Salud Mi Perú, Ventanilla”, cuyo objetivo fue determinar la efectividad de la consejería de enfermería sobre estimulación temprana en madres primerizas con lactantes de 0 – 6 meses. El presente estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método cuasi experimental de corte longitudinal. La población estuvo conformado por 15 madres primerizas con lactantes de 0 a 6 meses de edad; la técnica utilizada fue la entrevista individual y el EDDP; el instrumento fue formulado tipo cuestionario. Los resultados que se obtuvieron fueron: al inicio de la sesión adquirieron un coeficiente de desarrollo promedio de 89% al final de la misma obtuvieron un promedio de 101%. Así mismo las madres primerizas antes las sesiones obtuvieron un nivel de conocimiento bajo con un promedio de 10.9% finalizando un nivel de conocimiento alto con un 18.4%. Se concluye que la consejería de enfermería, tuvo efectos significativos sobre el desarrollo psicomotor de los lactantes de 0 – 6 meses.¹³

A nivel local:

Un estudio titulado “Efectividad de la sesión demostrativa de estimulación temprana de la enfermera, en niños menores de 6 meses del establecimiento de salud Paucarcolla, Puno 2011”. La investigación fue de tipo cuasi-experimental, con diseño de pre y post test. La población estuvo constituida por 50 madres asistentes al consultorio de CRED, la muestra de 16 madres fue dividida de la siguiente forma, 8 madres con niños de 1 a 3 meses de edad y 8 madres con niños de 4 a 6 meses de edad. La recolección de datos se realizó mediante la técnica de la guía de observación. Los resultados obtenidos fueron; respecto al nivel de la práctica ANTES de aplicar la técnica de sesión demostrativa sobre estimulación temprana fue el 62.5% de las madres de niños de 1 a 3 meses realizaban la práctica de estimulación temprana en forma deficiente mientras que; el 37.5% realizaban la práctica de estimulación temprana regular y el 50.0% de las madres de niños de 4 a 6 meses realizaban la práctica de estimulación temprana en forma deficiente; el 50.05 % DESPUES de la técnica de sesión demostrativa de la enfermera el 75.0% de madres de niños de 1 a 3 meses de edad realizan la práctica de estimulación temprana en forma buena, mientras que el 25 % regular y el 70.0% de madres de niños de 4 a 6

meses de edad realizan la práctica de estimulación temprana buena, mientras que el 25 % regular. Se concluye que la intervención de enfermería fue efectiva en la en la práctica de estimulación temprana. ¹⁴

Otro estudio titulado “Funcionalidad Familiar y Desarrollo Psicomotor en niños de 2 a 5 años de edad de los Establecimientos de Salud I-1 Yapura y Laqui Puno 2011”, cuyo objetivo es determinar cuál es la relación de funcionalidad familiar y el desarrollo psicomotor de los niños de 2 a 5 años de edad. Siendo un estudio descriptivo explicativo con diseño transversal correlacional. Para lo cual se contó con una población y muestra de 85 niños de 2 a 5 años de edad (50 de Yapura y 35 de Laqui), de los cuales 54 cumplieron con los criterios de selección (30 de Yapura y 24 de Laqui). Para la obtención de los datos se utilizó la técnica de la encuesta a través del cuestionario para la funcionalidad familiar, para el desarrollo psicomotor de TEPSI. Los resultados fueron; el tipo de funcionalidad familiar predominante en el establecimiento de Salud de Yapura es la disfuncional 43.3% en cuanto a las dimensiones que se encuentran afectados la comunicación 60% y permeabilidad familiar 53.3% y en el Establecimiento de Salud Laqui el tipo de funcionalidad familiar que predomina es moderadamente funcional 41.7% y las dimensiones con mayor proporción de disfunción familiar; la adaptabilidad 45.8% y permeabilidad 41.7%. Respecto al desarrollo psicomotor de los de los niños de 2 a 5 años de edad, en el establecimiento de Salud Yapura la mayor proporción es la categoría riesgo 40% y retraso 20%, mientras que en el establecimiento de Salud Laqui predomina la categoría normal 66.7%. Por lo tanto la funcionalidad familiar está relacionada directamente con el desarrollo psicomotor de niño. ¹⁵

También en el estudio titulado “Estado nutricional y desarrollo psicomotor en niños y niñas menores de 5 años beneficiarios y no beneficiarios de programas sociales, comunidades Moro y Collana-Puno 2011”. Con el objetivo de determinar el estado nutricional y desarrollo psicomotor de los niños y niñas menores de 5 años beneficiarios y no beneficiarios de programas sociales, siendo el estudio de tipo No Experimental – Transversal con diseño descriptivo comparativo; la población de estudio estuvo constituida por 41 niños y niñas. Para la recolección de datos se utilizó el TEST de EEDP y TEPSI. Los resultados obtenidos de la evaluación nutricional fueron: Según el indicador P/E, el 100% de los beneficiarios esta en la categoría normal; en tanto, en los no beneficiarios el 20.8% se encuentran con desnutrición, el 5% con sobrepeso. Según el indicador P/T, el 100% de los beneficiarios esta normal, a diferencia del 5% de los no beneficiarios que presentan sobrepeso. Según el indicador T/E, el 7.7% de los beneficiarios presenta desnutrición crónica; a diferencia de los no beneficiarios el 25.8% tiene desnutrición crónica y el 5% presenta talla alta. En cuanto al Desarrollo Psicomotor, el 12.2% de los beneficiarios está en la categoría de riesgo a diferencia de los no beneficiarios donde el 36.7% en riesgo seguido del 17.5% con retraso. La evaluación del desarrollo psicomotor con EEDP en los beneficiarios muestra que el 16.7% está en riesgo en

comparación al 40% de los no beneficiarios, en tanto no se encontraron niños con retraso en los beneficiarios a diferencia del 10% de los no beneficiarios. Mientras que la población evaluada con el TEPSI, en el área del lenguaje el 7.7% de los beneficiarios presenta riesgo, a diferencia de 41.7% de los no beneficiarios, seguido del 33.3% con retraso; área motora el 100% de los beneficiarios esta normal a diferencia del 25% de los no beneficiarios, seguido del 16.7% con retraso; área coordinación el 100% de los beneficiarios esta normal a diferencia del 8.3% que presenta riesgo.¹⁶

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Es efectiva la intervención de enfermería con la metodologías del MINSA y ADRA, en el desarrollo psicomotor de niños entre 7 y 9 meses, Centro de Salud Mañazo - Puno 2012?



II. JUSTIFICACIÓN:

El presente estudio es de gran importancia porque surge de la necesidad de conocer cuál de las dos metodologías de estimulación temprana (MINSA y ADRA) tiene mejores resultados en el desarrollo psicomotor del niño; el cual está direccionado hacia el personal de enfermería con el fin de dar a conocer un instrumento adecuado para ejecutar actividades de estimulación del desarrollo con la finalidad de desarrollar al máximo el potencial biopsicosocial del niño.

El estudio tiene un nuevo aporte metodológico para la enfermera debido a que prueba la efectividad de las metodologías de estimulación temprana del MINSA y ADRA, esta última es la más conocida y utilizada; siendo la metodología del MINSA la más efectiva. La metodología del ADRA refiere que los niños deben recibir dos sesiones de estimulación temprana al mes como mínimo y la metodología del MINSA recomienda que cada niño debe recibir tres sesiones de estimulación al mes estas diferencias podrían ocasionar que los resultados en el coeficiente de desarrollo favorezcan a los niños estimulados con la metodología del MINSA debido a que recibirán más sesiones de estimulación; lo que permitirá obtener un mejor aprendizaje en los niños.

Finalmente los resultados de esta investigación son una fuente de información científica que contribuirá a los docentes, bachilleres y estudiantes de la Facultad de Enfermería para realizar futuras investigaciones sobre Estimulación Temprana.

III. MARCO TEORICO.

3. 1. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA.

3.1.1. Intervención de enfermería.

La intervención de enfermería es una práctica participativa y de beneficio mutuo institución – usuario y como tal requiere de permanente seguimiento y evaluación con el fin de identificar sus resultados e implementar las modificaciones a que haya lugar y dinamizar el proceso, de acuerdo con las necesidades detectadas una vez puesto en marcha para, promover su mejoramiento continuo tanto cualitativa como cuantitativamente.¹⁷

La intervención permite la orientación de los niños y persigue como objetivo fundamental contribuir a elevar el coeficiente de desarrollo psicomotor de los niños con participación de la enfermera y los padres de familia, para que puedan así compartir la responsabilidad de la estimulación, logrando el desarrollo integral de los niños. Por lo que es decisivo el rol de la familia y la enfermera como agente ejecutor y sistematizado de la estimulación. Es la familia quien puede dar la mayor y tan necesaria connotación afectiva a esta estimulación en cada una de las edades por el desarrollo biopsicosocial de sus hijos.

La enfermera es el vínculo dinámico entre la niña, familia y comunidad, propiciando las buenas relaciones de afecto, amor, atención y orientación entre la niña y sus familiares, donde se establecerán patrones de confianza, permitiéndole tener oportunidades para actuar por sí mismo potenciando su desarrollo biopsicosocial.¹⁸

Siendo el profesional de enfermería que permanece más tiempo directamente con los usuarios, despliega una amplia labor al brindar atención a la persona, familia y comunidad. En tal medida realiza actividades de prevención y promoción en este grupo etéreo, detectando alteraciones en el crecimiento y desarrollo para su posterior derivación de manera oportuna, por lo tanto es uno de los responsables de las intervenciones esenciales para la atención integral del niño, cumple intervenciones individuales como la estimulación temprana, que ayuda a mantener un óptimo desarrollo psicomotor en el niño, fomentando la participación de los padres o responsables del cuidado para así potenciar las capacidades y habilidades que favorezcan el desarrollo sensorial y socioafectivo a través de estrategias y acciones lúdicas que respeten las características propias y la manera natural de aprender de cada niño.¹⁹

La enfermera labora en la comunidad a través de visitas domiciliarias integrales para conocer la realidad de cada familia y poder determinar qué acciones se deben tomar para suplir la falta de estimulación e impedir que los niveles de déficit del desarrollo psicomotor sigan manteniéndose.

La intervención de estimulación temprana del niño menor de un año se puede resumir en los siguientes aspectos:

Sesiones de estimulación temprana: Con esta actividad se propone la ejecución de acciones en el desarrollo de las diferentes áreas estimuladas.

Evaluación del desarrollo psicomotor: El cual permitirá al enfermero identificar los logros alcanzados por el niño menor de un año de acuerdo a su edad en las áreas del lenguaje, social, coordinación y motora; para tal fin se utiliza el EEDP. Todo niño tiene registrado en su historia clínica la evaluación de su desarrollo.

Consejería: Debe propiciar medios de enseñanza y material de apoyo, esta función la puede desempeñar, observando al niño durante las consultas, se reforzarán las orientaciones dadas, participará activamente en la discusión del caso y en la orientación de próxima consulta.

Sesiones demostrativas: Se centra en fortalecer las prácticas de estimulación temprana así como en el uso de los recursos disponibles en la familia.

Orientación familiar:

Es la oportunidad de capacitación sobre temas instructivos con lenguaje asequible relacionados con la entidad, ejemplo, alimentación, higiene, otros, atendiendo a que este niño es un ser bio-psico-social.

Registro de la actividad: Se realiza en los diferentes formatos como la historia clínica, HIS, libro de seguimiento. Son documentos clínicos que permiten reflejar periódicamente las estrategias para el perfeccionamiento de la estimulación temprana, el enfermero plasmará los elementos importantes del niño y sus familiares de carácter general y específicos.

Citación: Indicación de la próxima consulta según las sesiones establecidas.

Seguimiento: A través de visitas domiciliarias a los niños. Durante esta actividad podrá controlar y supervisar las orientaciones impartidas en la consulta de estimulación temprana, aspectos que favorecen al desarrollo tanto cognitivo como la adaptación emocional y social del infante, condiciones de la vivienda, valorando del medio familiar (funcional y disfuncional), alimentación, economía, higiene ambiental, higiene corporal, promover la actividad adecuada (ejercicios, descanso, sueño).¹³

3.1.2. Estimulación temprana:

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.²⁰

Estimulación Temprana es ofrecer constantemente al niño desde que nace, oportunidades para relacionarse con el mundo que lo rodea, empezando por su propia familia y por las personas que temporal o permanentemente se encargan de su cuidado, quienes brindarán los cuidados, juegos y actividades que debemos realizar con los niños desde que están en gestación, para ayudarlos a crecer y desarrollar sanos, fuertes inteligentes, cariñosos, seguros e independientes.

“Es el conjunto de acciones tendientes a proporcionar al niño las experiencias que este necesita desde su nacimiento, para desarrollar al máximo su potencial de aprendizaje. Esto se logra a través de la presencia de personas y objetos en cantidad y oportunidad adecuada y en el contexto de situaciones de variada complejidad, que generan en el niño un cierto grado de interés y actividad, condición necesaria para lograr una relación dinámica con su medio ambiente y un aprendizaje efectivo.”²¹

“Es un proceso natural que la madre pone en práctica en su relación diaria con el niño; a través de este proceso el niño ira ejerciendo mayor control sobre el mundo que le rodea”.²²

La Norma Técnica de Salud, la define como el “Conjunto de actividades organizadas y dirigidas a la niña y el niño desde que nacen hasta los tres años de edad, las mismas que se realizan en el establecimiento de salud, en la familia y en el comunidad, con el objetivo de atender de manera oportuna y adecuada sus necesidades de desarrollo sensorial y socio afectivo”.²³

“Cuidados, juegos y actividades que debemos realizar con los niños desde la gestación, para ayudarlos a crecer y desarrollar sanos, fuertes, inteligentes, cariñosos, seguros e independientes; a su vez la estimulación temprana es una disciplina terapéutica que existe al bebe de riesgo, por enfermedades o alteraciones que comprometen su desarrollo psicofísico e intelectual.”²⁴

a. Objetivo de la estimulación temprana:

El objetivo de la estimulación temprana con un niño sano es brindarle la oportunidad de que tenga una estructura cerebral sana y fuerte por medio de estímulos crecientes en intensidad, frecuencia y duración respetando el proceso ordenado y lógico con que se forma esta estructura, acelerándolo, lo que aumentara su inteligencia aprovechando la capacidad de aprendizaje y adaptabilidad del cerebro en beneficio del niño, que potencian sus funciones cerebrales mediante el efecto, juegos y ejercicios repetitivos, tanto en el plano cognitivo, como en el físico, afectivo y social, donde los protagonistas como estimuladores son los padres.²⁵

Ofrecer al niño una gamma de experiencias que le permitirían formar las bases para la adquisición de futuros aprendizajes, para prevenir y corregir problemas en las diferentes áreas del desarrollo además de reforzar el vínculo madre e hijo.²⁶

b. Importancia de la estimulación temprana:

Porque favorece el desarrollo del cerebro y por lo tanto de la inteligencia en los niños que comienza desde el primer día de vida, porque toda la estimulación que reciba el niño en los primeros años de vida le servirá de base para más adelante.

En la infancia se establecen las bases fisiológicas de las funciones cerebrales que determinaran su capacidad de aprendizaje.

El desarrollo del cerebro se asocia comúnmente al desarrollo de la inteligencia; que se define como la capacidad de resolver problemas, por lo tanto se puede asegurar que la estimulación temprana favorecerá que el niño sea más inteligente, pues su capacidad de aprendizaje y análisis será mayor.²⁷

3.2. METODOLOGIAS DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Las metodologías de estimulación temprana presentes en esta investigación son dos: la primera que es la metodología del ADRA la cual cuenta con una sesión de estimulación temprana estructura y lista para llevar a cabo la actividad y la segunda metodología del MINSA que no cuenta con una sesión estructurada pero que incluye pautas que se consideraron para elaborar la sesión de estimulación temprana propuesta en la siguiente investigación de acuerdo a la edad de los niños.

3.2.1. Metodología de estimulación temprana del ADRA

La metodología de capacitación es práctica y participativa, el número de participantes cuando se trabaja con madres y sus niños a la par, no debe de exceder de seis madres y sus niños para asegurar un acompañamiento adecuado del profesional de enfermería en el desarrollo de las actividades de estimulación. La estimulación en los niños debe realizarse 2 veces al mes, donde se aplican el instrumento orientador de las acciones.

a. Los talleres se desarrollaron en 4 pasos:

Animación.- En este paso se realiza una dinámica de motivación e integración, generalmente, a través de canciones o actividades acompañadas de sonidos que inicien la interacción entre los padres y sus niños. Este tipo de actividades tienden a estimular las áreas de lenguaje y socialización en los menores.

Reflexión.- En este paso se formulan preguntas a los participantes acerca de las actividades que normalmente realizan las niñas o niños a determinada edad. Esto nos

permitirá conocer las pautas de desarrollo normal y sospechar de ciertos retrasos o riesgo de retraso en el desarrollo de la niña o niño.

Demostración.- Es el paso de mayor duración, pues los participantes pondrán en práctica cada una de las actividades de la sesión de estimulación con los niños. Las áreas que más se desarrollan en este paso son el área motora y de coordinación, pues son estas las que generalmente son las áreas menos estimuladas en el hogar.

Evaluación. Nos permitirá verificar si los participantes aprendieron la forma correcta de aplicación de las actividades o ejercicios, y daremos pautas de estimulación para el hogar, reforzando el desarrollo de las áreas de lenguaje y social principalmente.

b. Niño de 7 a 9 meses de edad:

El facilitador formará un círculo con todos los participantes y se colocará en un lugar visible para todos.

Haciendo uso del manual de estimulación temprana (rotafolio), para seguir la secuencia de actividades, el facilitador realizará las actividades de estimulación temprana en presencia de las madres para que después de la sesión de estimulación temprana ellas lo realicen con sus niños.

Cada actividad tiene la indicación del tiempo que se hará cada ejercicio, mientras ello el facilitador observará y apoyará a los participantes en la ejecución de las actividades.

Actividad	Área de estimulación	Justificación
1. Acueste a la niña o niño boca arriba sobre una manta, estimularlo a que gire a la posición boca abajo extendiendo el brazo y la pierna hacia donde se dará la vuelta, ayúdelo a rodar.	Motora.	En este periodo, la niña o niño amplía enormemente sus posibilidades de movimiento y coordinación, por ello el ofrecerle la posibilidad de experimentar nuevos movimientos estimulan el desarrollo del lado izquierdo del cerebro que es el centro del movimiento.
2. Acueste a la niña o niño boca abajo sobre un rodillo o frazada enrollada y ruédelo lentamente hacia los lados; enséñele a detener la caída con los brazos.	Motora y coordinación	Experimentar la sensación de poder caer, desarrolla el sistema de protección y defensa que consiste en anteponer los brazos para soportar la caída.
3. Coloque a la niña o niño boca abajo y pásele una sabana doblada a lo largo del vientre. Luego	Motora y coordinación	El gateo es un proceso que constituye un gran avance para la niña o niño, a nivel neurológico y de coordinación.

colocarlo apoyado en manos y rodillas, para que se acostumbre a la posición de gateo, coloque juguetes delante de él. Déjelo avanzar si intenta hacerlo.	.	El gateo prepara a la niña o niño para posteriores aprendizajes, le permitirá tener mayor autonomía, pues podrá desplazarse con toda libertad y seguridad.
4. Acuéstese boca arriba, coloque a la niña o niño encima de su pecho, tómelo por las axilas y ayúdelo a sentarse. Junte la frente de usted con la frente de la niña o niño, háblele y cántele amorosamente.	Coordinación y social.	Este cambio de posición o ángulo al observar a las personas, crearán las nociones en la niña o niño de “arriba” y “abajo” y de “sobre” y “debajo”. Quizás no comprenda aún las palabras, pero experimenta la sensación.
5. Con una sabana circular de colores jueguen a esconderse bajo ella, deben esconderse los dos, mírense cuando estén dentro y dígame “hola” sonriendo.	Coordinación y social.	Le permite a la niña o niño experimentar la sensación de “sobre” y “debajo”, pero esta vez interviniendo activamente al cambiar de posición al objeto.
6. Darle a la niña o niño una caja mediana o recipiente plástico para que meta y saque objetos pequeños. (Cubos, tapas de gaseosa).	Coordinación	Fortalece el desarrollo de la coordinación motora fina; a su vez, es el primer paso para la realización del encaje.

FUENTE: Guía de estimulación temprana para el facilitador. ADRA 2009.

3.2.2 Metodología de estimulación temprana del MINSA

En donde se presenta las siguientes pautas de estimulación del desarrollo de niñas y niños de 7 a 9 meses. Estimulación temprana consiste en proporcionar al niño, las actividades que le permitan satisfacer su iniciativa, temprana curiosidad, y desarrollo integral, adecuado a su entorno familiar. Las actividades realizadas por la enfermera generan confianza en los padres, al momento de interactuar con su hijo, y de esta manera fortalecen su autoestima.

Consideraciones generales:

Hacer demostraciones prácticas y asegurarse de la comprensión de los padres a través de la re-demostración.

Utilizar fotografías para graficar las indicaciones o recomendaciones.

Satisfacer todas las dudas de los padres.

Se sugiere que las actividades se realicen tres veces al mes.

Preferentemente deben participar ambos padres o adultos que son responsables del cuidado de la niña o niño.

No se deben realizar ejercicios después de ingerir alimentos.

En caso de que el niño(a) no quiere realizar la actividad, no forzar la situación.

Acompañar las actividades con canciones, rimas y juegos.

Festear los logros.

Pasos de la sesión de estimulación temprana

Inicio: En este paso se realizara:

Motivación que generalmente se da a través de canciones.

Recolección de saberes previos, se recoge los conocimientos que tienen los padres acerca del tema de estimulación temprana; nos ayuda a saber cómo empezar con el tema de acuerdo a los conocimientos que ellos ya poseen.

Desarrollo:

Teórico; áreas de estimulación temprana, formas de estimulación de acuerdo a las edades.

Práctico: Demostración, es el momento de mayor duración de la sesión de estimulación temprana por que se pondrá en práctica con los niños todo lo aprendido en la teoría en las cuatro áreas de estimulación (motora, social, coordinación y social), además de ello también se realizara la re demostración. En el momento de realizar la estimulación temprana con cada niño se debe festejar cada logro.

Cierre.

Retroalimentación: Se absolverán las dudas de cada uno de los participantes.

Evaluación. Este paso nos permitirá saber si los participantes aprendieron la forma correcta estimular las diferentes áreas.

Extensión: Estimular a los niños en casa 3 veces por semana mínimo.

Actividades para niñas y niños de siete a nueve meses de edad:

Acostado boca abajo sobre una toalla o cobija, poner un juguete que le guste mucho del otro lado de la toalla, pañal o la cobija para que pase por encima y lo busque.

Acostarlo boca abajo pasarle una chalina o pañal ancho por el vientre para levantarlo y colocarlo apoyado en manos y rodillas, para que se acostumbre a esa posición de gateo.

Acostado boca arriba y estimularlo a que gire a la posición boca abajo, extendiendo el brazo y la pierna hacia el lado donde se dará la vuelta.

Darle dos diferentes objetos, (cubos, sonajas, etc.) para que los sostenga en cada mano. Darle uno por vez.

Aventarle una pelota grande y hacer que la arroje con sus manos.

En un frasco de boca ancha, de plástico o caja adornada de colores vistosos poner, caramelos, cubos pequeños o bloques, etc. Y dárselo para que intente abrirlo.

Ofrecerle objetos que pueda lanzar sin problema. A esta edad le divierta aventar cosas y que otra persona las recoja.

Esconder y aparecer pronto de lugares que estén a la vista del bebe.

Ofrecerle una caja con una abertura, dejar que meta la mano y objetos pequeños.

Observar que juguetes le gustan más y dejarlo jugando un ratito solo con estos.

Jugar con él a decir adiós y mover la mano al mismo tiempo para que imite el gesto. Hacer lo mismo con otras expresiones.

Hablarle de lo que está haciendo, usando un lenguaje claro y expresivo.

El niño comenzara a hacer sonidos para llamar a otras personas, acercarse cuando lo haga para acostumbrarlo a comunicarse por medio de sonidos y no solo de gestos. Pedir a los padres que lo hagan en casa permanentemente.²⁸

3. 3. DESARROLLO PSICOMOTOR:

El desarrollo psicomotor es una proceso gradual y permanente que ocurren en el niño, debido a la interacción con el medio ambiente que lo rodea y a la madurez de su organismo.

Durante el primer año de vida, el niño desarrolla con rapidez sorprendente la capacidad perceptiva y las habilidades motrices. En un período relativamente corto, tan sólo un año, aquel pequeño ser que movía, sin coordinación alguna, manos, pies y ojos en la cunita, y que no era capaz siquiera de mantener erguida la cabeza, logrará coordinar los sentidos con los músculos y el cerebro para convertir los reflejos innatos en actos voluntarios dirigidos a un fin concreto. Será capaz de moverse hacia un objeto, agarrarlo y soltarlo a voluntad, sostenerse sentado, gatear, arrastrarse y finalmente andar.²⁹

Toda adquisición nueva en el campo de la motricidad supone una pequeña revolución en el mundo mental del infante, y por ello se habla de psicomotricidad,

entendiendo que las categorías mentales que posee el bebé son continuamente revisadas en función del progresivo dominio que adquiere su entorno.³⁰

El desarrollo coordinado de los cinco sentidos tiene gran influencia en la motricidad infantil. Los sentidos se desarrollan antes que la motricidad voluntaria y, en cierto modo, su perfeccionamiento y evolución es la garantía para un acceso óptimo a todos los demás aspectos de la motricidad.

Estudios, basados en el análisis citológico del tejido nervioso, nos indica que un gran número de conexiones sinápticas son establecidas antes del nacimiento y el resto se establece a lo largo de la vida; siendo la edad temprana, al menos en el hombre, la época de mayor "plasticidad" o capacidad para el establecimiento y modificación de nuevas conexiones. El concepto de plasticidad neuronal se refiere a la capacidad del sistema nervioso de remodelar los contactos entre neuronas y la eficiencia de las sinapsis. La plasticidad neuronal puede explicar ciertos tipos condicionamientos y de capacidad de aprendizaje el establecimiento de sinapsis se realiza por un crecimiento del axón hacia la célula "blanco". Este proceso es guiado por sustancias químicas que liberan las células que indican el trayecto de crecimiento del axón y cuando debe detenerse y establecer un contacto sináptico.

El mecanismo de selección de conexiones incluye la formación inicial de un número excesivo de ramas axonales y dendríticas, seguidas por la posterior degeneración y reabsorción de un gran número de éstas. Todas las ramificaciones que no establecen conexiones correctas desaparecen. Por otro lado, se observa que el recién nacido presenta axones casi totalmente desprovistos de mielina; después del nacimiento se inicia un proceso bastante rápido de recubrimiento de los axones, el cual finaliza alrededor de los cinco años de edad.³¹

3.4.1. Áreas del desarrollo psicomotor:

a) Área motora:

El inicio del desarrollo en la niño de ha denominado por la motricidad y su avance ocurre de sentido céfalo – caudal y próximo – distal. Las actividades de esta área tiene el propósito de contribuir al establecimiento del tono muscular adecuado y reacciones equilibradoras que le permitirá a la niño conseguir el control sobre su cuerpo, y relacionarse con el medio que lo rodea al moverse libremente.

En el control motor grueso los logros fundamentales para descartar algún retraso por daño cerebral son; la postura sentada sin apoyo, que se logra entre los 6 a 8 meses y la marcha, que se logra a los 12 meses. Para que esto suceda, no solo deben ocurrir cambios en el tono muscular y desaparecer los reflejos arcaicos. (Ej. Reflejo de prensión plantar), sino que además deben adquirirse reflejos de madurez (Ej. Reflejo de paracaídas).

b) Área coordinación:

Desde que nace el niño, ve, oye y percibe un sin número de estímulos que le permite estar alerta y listo para ir conociendo el medio que lo rodea; va construyendo su pensamiento a partir de las experiencias con los objetos y los entornos, creando mentalmente relaciones y comparaciones entre ellas, así como estableciendo semejanzas y diferencias de sus características.

El desarrollo de la agudeza de los sentidos y la coordinación entre ellos (visión manual, visión auditiva), permitirán al niño acceder a una gran gama de experiencias ricas para el desarrollo cerebral. Las actividades para estimular esta área van desde mostrarle objetos para que los mire y los siga con la vista, hasta las copias de formas y dibujar.

c) Área lenguaje:

La estimulación en el área de lenguaje le permitirá al niño comunicarse con otras personas de su entorno. Su desarrollo abarca tres aspectos; la capacidad comprensiva, expresiva y gestual. La capacidad comprensiva se desarrolla desde que la niña(o) nace, ya que podrá entender ciertas palabras mucho antes de que pueda pronunciarlos, por esta razón es importante hablarle constantemente, relacionándolo con cada objeto que manipule.

La adquisición del lenguaje es un factor esencial; una niña que no cuenta con los medios para comunicarse, no comprende claramente lo que ocurre a su alrededor, por lo que puede llegar a presentar serias dificultades en su desenvolvimiento social.

d) Área social:

Esta incluye las expresiones afectivas y la socialización de la niña(o), que le permitirá sentirse querido y seguro, capaz de relacionarse con otros de acuerdo a normas. Para el desarrollo de esta área es primordial la participación de los padres o cuidadores como primeros generadores de vínculos afectivos. Es importante brindarles seguridad, cuidado, atención y amor, además de servir de referencia o ejemplo pues aprenderán como comportarse frente a otros. Los valores de la familia, el afecto y las reglas de la sociedad le permitirán a la niña(o), poco a poco dominar su propia conducta, expresar sus sentimientos y ser una persona independiente y autónoma.

Para estimular esta área se realizarán actividades que le permitirán satisfacer su iniciativa, curiosidad y necesidad de obtener un mayor grado de autonomía en lo que se refiere a los hábitos de independencia personal (alimentación, vestido, aseo, etc.).

3.4. MEDICIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR:

a. Escala de evaluación del desarrollo psicomotor (EEDP):

La EEDP mide el rendimiento del niño frente a ciertas situaciones para ser resueltas requieren determinado grado de desarrollo psicomotor.

La escala consta de 75 Ítems, 5 por cada edad. La puntuación de los ítems no admite graduaciones, existiendo solo dos posibilidades; éxito o fracaso frente a la tarea propuesta. Se considera 15 grupos de edad entre los 0 y 24 meses; a saber; 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 15, 18, 21 y 24 meses.

Se seleccionaron estas edades por considerarlas más significativas, en el sentido de adquisición de nuevas conductas en el desarrollo psicomotor de un niño. Dicha selección no significa que solo a los niños de estos grupos de edad se les puede administrar la escala. Esta prueba sirve para evaluar a un niño de cualquier edad entre los 0 a 24 meses; pudiéndose evaluar a los 2 años a aquellos niños que tengan hasta 732 días.

En caso hubiera alteración en el desarrollo psicomotor se citara al niño a los 15 días para evaluar y hacer el seguimiento.

b. Áreas de desarrollo evaluadas por la EEDP:

Se han distinguido dentro del proceso del desarrollo psicomotor cuatro, áreas de funcionamiento relativamente específicas e independientes. Estas áreas han sido denominadas y definidos como sigue:

Lenguaje: Esta área abarca tanto el lenguaje verbal, como el no verbal; reacciones al sonido, soliloquio, vocalizaciones y emisiones verbales.

Social: El comportamiento social se refiere a la habilidad del niño para reaccionar frente a las personas y aprender por medio de la imitación.

Coordinación: Esta área comprende las reacciones del niño que requieren coordinación de funciones. (Óculo – motriz y de adaptación ante los objetos).

Motora: Se refiere al control de la postura y motricidad.

c. Técnicas de medición de la EEDP:

La escala mide el grado de desarrollo psicomotor en las áreas anteriormente señaladas, a base de dos técnicas.

Observaciones: Se observan conductas del niño frente a situaciones específicas directamente provocadas por el examinador y.

Preguntas; Se interroga a la madre o acompañante del niño, sobre conductas de estas ante situaciones específicas que el examinador no puede observar directamente durante el desarrollo de la prueba.

d. Materiales requeridos para administrar la EEDP:

En los lugares donde se vaya a administrar la escala, además contar con el material estandarizado, deberá disponerse de una mesa que sirva para acostar al niño y una silla para la madre o acompañante.

El material estandarizado consiste en:

Una batería de prueba.

Un manual de administración.

Un protocolo y hoja de registro por cada niño examinado y un perfil de desarrollo psicomotor.

1.- La batería de prueba; Consta de 11 objetos muy simples, de bajo costo y de fácil adquisición

2.- Contiene las instrucciones; Específicas para cada uno de los ítems. Esta información está distribuida en 6 columnas.

Edad; mes a que corresponde el ítem.

Numero de ítem.

Ítem; descripción de la tarea a realizar.

Ubicación del niño.

Administración; especificación de la actividad a realizar e indicación del puntaje a otorgar.

3.- Hoja de registro; contiene los datos generales, el peso, la talla, los resultados de la primera evaluación y el perfil del desarrollo psicomotor del niño.

El perfil del desarrollo psicomotor permite advertir el rendimiento del niño en cada una de las áreas de desarrollo evaluadas. La primera columna indica el área medida; las restantes los quince grupos de edades. Los casilleros incluyen los ítems clasificados según el área de desarrollo que miden y según el mes de edad en que aparecen en la prueba. Estos están representados por el número que les corresponde en el protocolo. Si un ítem mide el rendimiento en dos áreas simultáneamente, este aparece en ambos. Los casilleros sombreados indican ausencia de ítem para esa área a ese mes de edad.

4.- El protocolo de la EEDP; Contiene las respuestas del niño para cada ítem. Incluye los 75 ítems y se desarrolla en sentido vertical conteniendo la siguiente información distribuida en 5 columnas.

Edad; mes a que corresponde el ítem.

Ítem; en esta columna aparece el número de ítem, una a dos letras mayúsculas que designan el o las áreas de desarrollo medidas y finalmente una frase que describe brevemente la tarea a realizar según especificaciones del manual de administración.

Puntaje; en este espacio se anota si el niños aprobó o fallo el ítem, se anota el puntaje indicado para cada ítem según el mes de edad; si falla en cualquier ítem, a cualquier edad, el puntaje otorgado es siempre cero.

Ponderación; número que indica el puntaje de cada respuesta correcta.

5.- Tablas de Puntaje; Las tablas, una para cada mes de edad contiene los puntajes para convertir el resultado de la prueba a puntaje estándar y así, poder obtener el coeficiente del desarrollo. Anexo N° 6

Instrucciones para la administración y criterio de corrección:

a) Instrucciones generales para la administración de la EDDP:

- Asegúrese que el niño se encuentra en situación confortable, la escala no debe ser administrada si el niño no está en condiciones adecuadas.
- Informe brevemente a la madre o al acompañante del niño sobre el objetivo de la escala, para favorecer su cooperación. Es importante explicar que no se trata de una prueba de inteligencia, sino más bien de una evaluación del niño. Haga saber que no se espera saber que el niño sea capaz de responder exitosamente frente a todas las situaciones que se le proponen.
- Anote en el protocolo los datos de identificación del niño: nombre, relación con el acompañante, fecha de nacimiento, fecha de evaluación, peso y talla del niño, lugar del examen y nombre del examinador.

b) Instrucciones específicas: Pasos a seguir en la administración de EEDP:

b.1. Edad cronológica (E.C.) Debe expresarse en:

a. En días: Multiplicando los meses siempre por 30. Sirve para determinar el rendimiento del niño en la prueba.

b. En meses: Permitirá determinar el mes de iniciación de la prueba, y la tabla de conversión de puntaje que se debe utilizar.

Inicie la prueba comenzando siempre con el mes inmediatamente inferior al de la edad cronológica en meses del niño.

Si el niño fracasa en cualquier ítem del mes inferior a su edad continúe administrando la escala, descendiendo en edad, hasta el mes en el cual el niño aprueba los 5 ítems.

Posteriormente los ítems de los meses superiores. Comience con los ítems de la edad cronológica del niño. Si el niño responde exitosamente uno o más ítems, prosiga con los meses superiores de la misma forma hasta que el niño fracase los ítems de un determinado mes.

b.2. Edad mental (E.M.)

La edad mental es el puntaje que obtiene el niño en la prueba. Se otorga puntaje a los ítems aprobados, según se indica a continuación:

El mes mayor en que el niño responde con éxito a los 5 ítems, es considerado MES BASE y este se multiplica por 30.

Luego, por cada uno de los ítems respondidos favorablemente es puntaje adicional, anote el puntaje según indica en el protocolo de ponderación sea esta 6, 12 y 15 puntos. La puntuación diferente según los meses deriva de que cada mes respondido con éxito equivale a 30 días de desarrollo psicomotor, si un mes tiene 5 ítems le corresponde 6 puntos a cada uno; lo que es efectivo desde un MES a DIEZ MESES.

A cada ítem del MES DOCE se le otorgo puntaje doble, es decir doce puntos, debido a que la escala no contempla pruebas del MES ONCE y los días de este mes deben considerarse en el puntaje total.

Sume el puntaje del mes base al total de puntos adicionales obtenidos por los ítems respondidos exitosamente. La cifra resultante de la sumatoria corresponde a la edad mental del niño, en días de desarrollo.

b.3. Razón entre edad mental y cronológica (EM/EC)

Para determinar esta razón se debe dividir el puntaje obtenido por el niño en la prueba (Edad mental) por la edad cronológica del niño en días (Edad cronológica en días) tenemos entonces la siguiente formula.

$$\text{Razón (EM/EC)} = \frac{\text{Edad mental (EM)}}{\text{Edad cronológica (EC)}}$$

La razón debe obtenerse con tres decimales a objeto de aproximar el segundo decimal hacia arriba, cuando el tercero es 5 o más. De esta forma la razón (EM/EC) se expresa con dos decimales.

b.4. Coeficiente del desarrollo.

Para obtener el coeficiente de desarrollo, la razón (EM/EC) debe convertirse en puntaje estándar (P.E.).

Para este efecto se debe buscar el mes correspondiente a la edad cronológica en meses del niño y determinar el puntaje estándar equivalente a la razón obtenida.

En el EDDP en el anexo 6 se encuentran las tablas por meses de edad. En ellas están expresadas las conversiones entre la razón (EM/EC), que es el puntaje estándar este puntaje se multiplica por 100 para obtener el coeficiente de desarrollo (CD). Es así que tenemos:

C.D. mayor o igual a 85 : Normal.

C.D. entre 84 y 70 : Riesgo.

C.D. menor o igual a 69 : Retraso.

Manual de administración para el niño de 7 a 9 meses de edad:

El manual incluye 75 ítems desde el primer mes hasta los 24 meses de edad (manual completo Anexo N° 3).

Edad	N°	Ítem	Ubicación	Administración
	26	Se mantiene sentado solo momentáneamente. (Motora)	Sentado en la mesa.	Siga las instrucciones del ítem N° 25 no lo ayude con apoyo). Crédito; si el niño se sienta momentáneamente.
	27	Da vueltas la cabeza hacia la cuchara caída. (Coordinación)	Sentado (falda de la madre). Mesa.	Tome la cuchara de modo que quede al borde de la mesa al lado del niño y cuando el este mirando, déjela caer al suelo, en forma tal que haga ruido. Crédito; si el niño vuelve la cabeza hacia el lugar del ruido.
	28	Coge la argolla. (Coordinación)	Sentado (falda de la madre).	Ubíquese frente al niño y cogiendo la argolla del cordel, hágala oscilar muy suavemente. Crédito; si el niño coge la argolla por algunos segundos.
	29	Coge el cubo.	Sentado	Deslice el cubo sobre la mesa en



6 meses		(Coordinación)	(falda de la madre).	<p>dirección hacia el niño, deteniéndolo aproximadamente a 50 cm de él; déjelo ahí algunos segundos y luego acérquelo progresivamente hasta el alcance de su mano.</p> <p>Crédito; si el niño tiene su mano espontáneamente hacia el cubo, lo coge en su palma y lo levanta de la mesa. (no es necesario que sea con oposición del pulgar).</p>
	30	Vocaliza cuando se le habla. (Social y Lenguaje)		<p>Pregunta: ¿trata de imitar los sonidos que se le dicen? ¿Cómo?</p> <p>Crédito; cualquier respuesta afirmativa que se refiera a modulaciones variadas, como intento de imitación de las modulaciones de la voz, debe el niño hacerlas como imitación de quien hable y en mismo tono.</p>
7 meses	31	Se sienta solo, 30 segundos o más. (Motora)	Sentado en la mesa.	<p>Siga las instrucciones del ítem N° 25 pero no le ayude con apoyo.</p> <p>Crédito; si el niño se sienta solo por 30seg. o más.</p>
	32	Intenta agarrar la pastilla. (Coordinación)	Sentado (falda de la madre).	<p>Pídale a la madre que tome al niño en su falda y lo coloque frente a la mesa. Presenta la pastilla al alcance del niño y asegúrese que llame su atención. (golpee cerca de ella en la mesa, hágala rodar, etc.). Cuide que el niño mire la pastilla y no su mano.</p> <p>Crédito; si el niño hace esfuerzos por tomar la pastilla aunque no tenga éxito.</p>
	33	Escuchas selectivamente palabras familiares. (Lenguaje)	-----	<p>Fíjese si el niño escucha selectivamente palabras familiares tales como “guagua”, “mama”, “papa”, o nombres familiares. Usted también puede probar la</p>

				<p>palabra sugeridas por la madre, que sean familiares al niño.</p> <p>Crédito; si el niño responde diferenciando las palabras que conoce, por ejemplo, cambiando la expresión facial, vocalizando o imitando la palabra.</p>
	34	Coopera en los juegos. (Social)	Sentado (falda de la madre).	<p>Cubra la cabeza del niño con un pañal preguntándole ¿Dónde está el niño?</p> <p>Crédito; si el niño trata de sacarse el pañal.</p>
	35	Coge dos cubos, uno en cada mano. (Coordinación)	Sentado (falda de la madre). Mesa.	<p>Siga las instrucciones del ítem N° 29, presentando un primer cubo el niño, después cuando el niño haya cogido, presente el segundo cubo.</p> <p>Crédito; si los dos cubos son retenidos entre la palma y los dedos, con un comienzo de oposición del pulgar.</p>
8 meses	36	Se sienta solo y se mantiene erguido. (Motora)	De espaldas en la mesa.	<p>Tome al niño bajo los antebrazos e incítele a sentarse.</p> <p>Crédito; si el niño empuja hasta sentarse y se mantiene erguido.</p>
	37	Tracciona hasta logra la posición de pie. (Motora)	Sentado en la mesa.	<p>Siga las mismas instrucciones del ítem N°24.</p> <p>Crédito; si el niño se empuja a si mismo hasta una posición de pie, con el apoyo de los pulgares del examinador.</p>
	38	Iniciación de los pasos, sostenidos bajo el brazo. (Motora)	De pie (en el suelo).	<p>Póngase detrás del niño, tómelo bajo los brazos y colóquelo en posición de pie.</p> <p>Crédito; si el niño hace movimientos de paso que le impelen hacia adelante aun en ausencia de apoyo real sobre sus pie, o de movimientos coordinados</p>



				de marcha en el resto del cuerpo.
	39	Coge la pastilla con movimientos de rastrillo. (Coordinación)	Sentado (falda de la madre). Mesa.	Deslice la pastilla sobre la mesa empujándola con el dedo hacia el niño; llévela aproximadamente a 50 cm del rostro y luego acérquelo hasta que entre en contacto con la mano del niño. Crédito; si el niño coloca su mano sobre la pastilla, acercándola bajo su palma con un movimiento de rastrillo o cogiéndola interdigitalmente.
	40	Dice “da – da” o equivalente. (Lenguaje)	-----	Fíjese bien si, en cualquier momento durante el periodo de observación, si el niño ha usado una repetición de dos sílabas del mismo sonido como “da – da” “ba - ba”, etc. Crédito; cualquier expresión definida de este tipo de vocalizaciones.
9 meses	41	Logra llegar a posición de pie, apoyado en un mueble. (Motora)	Sentado en el suelo. Silla.	Siente al niño en el suelo junto a una silla con un juguete encima de ella. Incite al niño a pararse para alcanzar el juguete. Crédito; si el niño se pone de pie, por sus propios medios, apoyándose de la silla.
	42	Camina, sostenido bajo los brazos. (Motora)	De pie en suelo.	Siga las instrucciones del ítem N° 38. Crédito; si el niño realiza movimientos coordinados de marcha, aunque descansa sobre el apoyo que usted le da.
	43	Coge la pastilla, con la participación del pulgar. (Coordinación)	Sentado (falda de la madre). Mesa.	Siga las mismas instrucciones del ítem N° 39. Crédito; si el niño toma la pastilla con presión parcial, esto es, con



				varios dedos en oposición al pulgar.
	44	Encuentra un cubo bajo el pañal. (Coordinación)	Sentado (falda de la madre).	Muestre el cubo al niño para atraer su atención. Deje que lo manipule. Luego quítaselo, y ante su vista, escóndalo sobre su mesa, bajo el pañal. Crédito; cualquier movimiento, o acción del niño de carácter intencional que deje al descubierto el cubo escondido.
	45	Reacciona a comentarios verbales familiares. (Social)	-----	Pregunta: ¿reacciona el niño al oír su nombre?; o al “hablar de papa, del paseo o la comida” ¿Cómo reacciona? Crédito; si el niño responde adecuadamente a cualquier comentario verbal, que no haya sido acompañado de mímica por parte del adulto.
	46	Coge la pastilla entre el pulgar y el índice. (Coordinación)	Sentado (falda de la madre). Mesa.	Siga las instrucciones del ítem N° 39. Crédito; si el niño coge la pastilla entre el pulgar y el índice sin intervención de otros dedos, en general replegados.
	47	Imite gestos simples. (Social)	Sentado (falda de la madre).	Realice gestos simples tales como aplausos, despedida o pídaselo verbalmente. Crédito; si el niño realiza cualquiera de estos gestos como imitación del gesto del examinador o en respuesta a una palabra.
10 meses	48	Coge el tercer cubo dejando uno de los dos primeros. (Coordinación)	Sentado (falda de la madre). Mesa.	Siga las mismas instrucciones del ítem N° 29 con dos cubos. Mientras el niño tiene un cubo en cada mano, se le ofrece un tercero, deslizándolo sobre la mesa y luego levantándolo y dándole vueltas frente al niño, al



			nivel de sus manos. Créditos; si el niño deja uno de los cubos que tiene en sus manos y coge el que se le presente.
49	Junta cubos en línea media. (Coordinación)	Sentado (falda de la madre). Mesa.	Tome un cubo en cada mano y hágalos sonar al golpear los unos contra otros. Ofrézcalos al niño e invítelo a hacer lo mismo. Observe su habilidad para juntar sus manos en la línea media. Crédito; si el niño junta sus manos en la línea media en un esfuerzo por golpear los cubos.
50	Reacciona al “no – no”. (Social y Lenguaje)	Sentado (falda de la madre). Mesa.	Deje un cubo encima de la mesa y cuando el niño intente llevárselo a la boca, diga firmemente “no, no”. Si el niño no responde, pregunta a su madre que le ha enseñado al respecto y que palabras usa ella. Crédito; si el niño inhibe su actividad, a la orden del examinador o de la madre.

FUENTE: Escala de evaluación del desarrollo psicomotor en niños de 0 a 24 meses de edad. MINSA.

3.5. FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO.

Los factores que influyen en el desarrollo de los niños son múltiples. Trataremos de mencionar los más importantes. Cada uno de éstos factores encuentran una relación especial entre sí y pueden llevar consecuencias en el desarrollo psicomotor y cognoscitivo de los niños.

Ubicación del hijo en la familia:

1º Hijo: Suele ser el hijo más deseado y sobre el que se vuelcan todos los ideales de los padres y de los abuelos. Esto puede condicionar que se tengan expectativas poco realistas acerca de la paternidad y la crianza, la inseguridad puede conducir a la sobreprotección.

Recibir una atención casi exclusiva de sus padres, de los abuelos facilita su desarrollo y maduración en los aspectos intelectuales, pero a veces, junto con la

sobreprotección, puede llevar a que no se le estimule a adquirir independencia. Si nacen más hermanos, se le estimulará de forma precoz a madurar, a “ser mayor”.

2° Hijo: A su llegada encuentra a unos padres que tienen ya experiencia y se sienten más seguros. Su hermano mayor le dedica atención y es un estímulo para desarrollar habilidades motrices. Quizá sus padres le estimulen menos desde el punto de vista intelectual y le exijan menos responsabilidades.

Aunque nazcan más hijos, el “mayor” sigue siendo el primero. Esto favorece que sean bastante independientes.

3° Hijo: Aunque sea bien recibido, el tercer hijo no suele llegar a la casa fruto de la planificación. Además, por una cuestión de simple lógica y economía doméstica, tiende a desequilibrar a la familia.

El tercer hijo puede ser el más vulnerable desde el punto de vista psicológico, pero también puede ser el más feliz de la casa, pues recibe el cariño de cuatro personas.³²

Parto según tiempo de gestación:

Nacido a término: Las características de un recién nacido normal incluyen periodos de succión, de llanto, sueño y de actividad. Los movimientos generalmente son esporádicos, pero simétricos, y en ellos están implicadas las cuatro extremidades, los recién nacidos normalmente miran a la cara a la persona que los cuida, sonrían reflexivamente y responden a estímulos sensoriales, especialmente a la cara de la madre, a su voz y a su contacto físico. Un recién nacido no medicado pasa la primera hora de su vida en estado de alerta, con ojos muy abiertos y con una vigorosa actividad succionadora.

Nacido Pre terminó: La mayoría de los bebés prematuros logrará un desarrollo psicomotor adecuado, aunque a un ritmo más lento que los otros bebés.

Consiste en un simple retraso en la adquisición de algunas habilidades motoras. Logran adquirirlas, pero más tarde que otros niños. Estos niños se pueden beneficiar de los programas de Estimulación Precoz. Casi siempre tendrán una evolución favorable.

Las metas del desarrollo se ajustan al número de semanas de la prematuridad, hasta que esas semanas lleguen a ser insignificantes comparadas con la edad del niño, usualmente en aproximadamente dos o tres años.

Nacido Pos terminó. El desarrollo psicomotor en estos niños será normal y siempre responderán favorablemente antes los estímulos sensoriales, estos niños son más activos, despiertos. Estos niños se ajustan al número de semanas prolongadas.

Peso al nacer:

Bajo peso:($< 2500\text{g}$) pueden tener limitadas sus capacidades, es frecuente que presenten hiperactividad, dificultad para prestar atención y concentrarse, dificultades de percepción, torpeza en los movimientos, etc.

Peso normal (2500g – 3500g) Cuando los niños nacen suelen haber muchas veces bastantes diferencias entre ellos, algunos suelen ser bastante activos, mientras que muchos otros bastante tranquilos.

Durante el primer mes de vida del bebé, se pueden observar sobre todo desarrollos físicos, sociales y psicomotores; son características que van desarrollando y mejorando con el paso de los meses.

Sobrepeso ($> 3500\text{g}$): No es mucha la diferencia con un niño de peso normal, en algunos casos presenta leve hipo actividad pero no presenta dificultades en el desarrollo psicomotor.

Edad de la madre:

Adolescente (12 – 17 años), joven (18 – 25), adulto (28 – 35), adulto mayor (35 a más). La familia, es la cuna donde el niño aprende a ser humano, a ser persona, allí aprende los hábitos que marcaran y guiaran su vida, es aquí donde comenzara su educación, aprenderá las nociones básicas de la afectividad, el concepto de padre y madre es esencial en el desarrollo del niño.

Los acontecimientos que sucedan a su alrededor y principalmente en su casa son muy influyentes, el niño sufre muchos cambios; a esa edad comienza a familiarizarse con todo aquello que rodea sus primeras vivencias, lo acompaña un rápido crecimiento cognoscitivo, físico y de lenguaje, logra identificar a los padres, aparece el súper-yo o conciencia, y también adquiere gran cantidad de hábitos.³³

IV. HIPOTESIS DE LA INVESTIGACIÓN:

La intervención de enfermería con la metodología de estimulación temprana del MINSA y ADRA, es efectiva en el desarrollo psicomotor de niños entre 7 y 9 meses, Centro de Salud Mañazo – Puno 2012.

V. VARIABLES Y SU OPERALIZACIÓN:**5.1. VARIABLE DE ESTUDIO:****Variable independiente:**

Intervención de enfermería con la metodología de estimulación temprana del ADRA.

Intervención de enfermería con la metodología de estimulación temprana del MINSA.

Variable dependiente:

Desarrollo psicomotor de los niños.



5.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADOR	INDICE
<p>VARIABLES independientes</p> <p>Intervención de enfermería con la metodología de estimulación temprana del ADRA</p> <p>Es un conjunto de ejercicios, juegos y otras actividades que se les brinda a los niños con el objetivo de desarrollar al máximo sus capacidades de aprendizaje; con 4 talleres incluyendo etapas: Animación, reflexión, demostración, evaluación. Las sesiones de estimulación temprana se realizan 2 veces al mes.</p>	<p>Sesión de estimulación temprana de 7 a 9 meses.</p>	<p>1. Animación</p> <p>Dinámica de motivación e integración, generalmente, a través de canciones o actividades acompañadas de sonidos que inicien la interacción entre los padres y sus niñas o niños. Este tipo de actividades tienden a estimular las áreas de lenguaje y socialización en los menores.</p> <p>2. Reflexión.</p> <p>Se formulan preguntas a los participantes acerca de las actividades que normalmente realizan las niñas o niños a determinada edad.</p> <p>3. Demostración.</p> <p>Los participantes pondrán en práctica cada una de las actividades de la sesión de estimulación con sus propios niños.</p> <p>NIÑO DE 7 A 9 MESES, describimos las actividades a realizar:</p> <p>Motora: Gire a la posición boca abajo, extendiendo el brazo y la pierna hacia donde se dará la vuelta</p> <p>Motora y coordinación: Sobre un rodillo o frazada enrollada y ruédelo lentamente hacia los lados. Acostumbre a la posición de gateo</p> <p>Coordinación y social: Ayúdelo a sentarse. Con una sábana circular de colores jueguen a esconderse bajo ella</p> <p>Coordinación: Darle un recipiente</p>	<p>5 minutos</p> <p>7 minutos</p> <p>20 minutos por niño.</p>



		<p>de plástico para que meta y saque objetos pequeños.</p> <p>4. Evaluación.</p> <p>Este paso nos permitirá verificar si los participantes aprendieron la forma correcta de aplicación de las actividades o ejercicios, y se brindó un tríptico con las actividades de estimulación para el hogar</p> <p>Después de la intervención de enfermería sobre estimulación temprana se realizó 2 visitas domiciliarias de seguimiento a cada uno de los niños.</p>	<p>5 minutos</p>
<p>Intervención de enfermería con la metodología de estimulación temprana del MINSA</p> <p>Consiste en proporcionar al niño, las actividades que le permitan satisfacer su iniciativa, temprana curiosidad, y desarrollo integral, adecuado a su entorno familiar. Consta de tres etapas: inicio, desarrollo y cierre para la estimulación. Las sesiones de estimulación temprana se realizan 3 veces al mes.</p>	<p>Sesión de estimulación temprana de 7 a 9 meses.</p>	<p>1. Inicio:</p> <p>Motivación – Canción.</p> <p>Recolección de saberes previos.</p> <p>2. Desarrollo:</p> <p>Teórico; formas de estimulación.</p> <p>Practico: Demostración – re demostración.</p> <p>NIÑO DE 7 A 9 MESES, describimos las actividades a realizar:</p> <p>Motora y coordinación: Colocarlo sobre una toalla para que pase por encima y busque el juguete que está del otro lado</p> <p>Motora: Posición de gateo.</p> <p>Motora: Estimularlo a que gire a la posición boca abajo</p> <p>Coordinación: Darle dos diferentes objeto para que los sostenga en cada mano.</p> <p>Coordinación: Hacer que le arroje</p>	<p>5 minutos</p> <p>5 minutos</p> <p>10 minutos</p> <p>20 minutos por niño.</p>

		<p>con sus manos una pelota grande.</p> <p>Coordinación: En un frasco de boca ancha poner caramelos.</p> <p>Coordinación: Ofrecerle objetos que pueda lanzar sin problema.</p> <p>Social: Esconder y aparecer pronto de lugares que estén a la vista del bebe.</p> <p>Coordinación: Ofrecerle una caja con una abertura, dejar que meta objetos pequeños.</p> <p>Social: Dejarlo jugando con juguetes que le gustan más.</p> <p>Lenguaje y social: Jugar con él a decir adiós.</p> <p>Lenguaje: Hablarle de lo que está haciendo.</p> <p>Lenguaje: El niño comenzara a hacer sonidos para llamar a otras personas.</p> <p>Festejar cada logro</p> <p>3. Cierre.</p> <p>Retroalimentación: Absolver preguntas.</p> <p>Evaluación</p> <p>Extensión: Estimular a los niños en casa 3 veces por semana mínimo guiándose en tríptico.</p> <p>Después de la intervención de enfermería realizó 2 visitas domiciliarias de seguimiento por cada niño.</p>	<p>5 minutos</p> <p>5 minutos</p> <p>2 minutos</p>
--	--	---	--

Variable	Dimensión	Indicador	Categoría	Índice	
<p>Variable dependiente.</p> <p>Desarrollo psicomotor de los niños</p> <p>Es el resultado en el proceso gradual y permanente que ocurre en el niño, debido a la intervención con las metodologías del MINSA y ADRA que se mide a través del EEDP, el resultado es expresado como coeficiente de desarrollo.</p>	<p>6 meses de edad</p>	<p>Motora: Se mantiene sentado solo momentáneamente.</p> <p>Coordinación: Da vueltas la cabeza hacia la cuchara caída.</p> <p>Coordinación: Coge la argolla.</p> <p>Coordinación: Coge el cubo.</p> <p>Lenguaje y social: Vocaliza cuando se le habla.</p>	<p>Se califica cada ítem:</p> <p>Realiza: 6 puntos</p> <p>No realiza: 0 puntos</p>	<p>-C.D. mayor o igual a 85: Normal.</p> <p>-C.D. entre 84 y 70 : Riesgo.</p>	
		<p>7 meses de edad</p>	<p>Motora: Se sienta solo, 30 segundos o más.</p> <p>Coordinación: Intenta agarrar la pastilla.</p> <p>Lenguaje: Escuchas selectivamente palabras familiares.</p> <p>Social: Coopera en los juegos.</p> <p>Coordinación: Coge dos cubos, uno en cada mano.</p>		<p>-C.D. menor o igual a 69 : Retraso.</p>
			<p>8 meses de edad</p>	<p>Motora: Se sienta solo y se mantiene erguido.</p> <p>Motora: Tracciona hasta logra la posición de pie.</p> <p>Motora: Coge la pastilla con movimientos de rastrillo.</p> <p>Coordinación: Dice “da – da”.</p>	
	<p>Motora: Logra llegar a posición de pie, apoyado.</p> <p>Motora: Camina, sostenido bajo los brazos.</p> <p>Coordinación: Coge la</p>				

		<p>pastilla.</p> <p>Coordinación: Encuentra un cubo bajo el pañal.</p> <p>Social: Reacciona a comentarios verbales.</p>		
	<p>9 meses de edad</p>	<p>Coordinación: Coge la pastilla entre el pulgar y el índice.</p> <p>Social: Imita gestos simples.</p>		
	<p>10 meses de edad</p>	<p>Coordinación: Coge el tercer cubo dejando uno de los dos primeros.</p> <p>Coordinación: Junta cubos en línea media.</p> <p>Social y lenguaje: Reacciona al “no – no”.</p>		

VI. OBJETIVOS:

Objetivo general:

Determinar la efectividad de la intervención de enfermería con las metodologías de estimulación temprana del MINSA y ADRA, en el desarrollo psicomotor de niños entre 7 y 9 meses, Centro de Salud Mañazo - Puno 2012

Objetivos específicos:

1. Evaluar el desarrollo psicomotor de niños entre 7 y 9 meses de edad con el EEDP del Centro de salud Mañazo antes y después de la aplicación de la metodología de ADRA.
- 2.- Evaluar el desarrollo psicomotor de niños entre 7 y 9 meses de edad con el EEDP del Centro de salud Mañazo antes y después de la aplicación de la metodología de MINSA.
- 3.- Identificar las diferencias del desarrollo psicomotor de niños estimulados con las metodologías del MINSA y ADRA.

VII. DISEÑO METODOLOGICO.

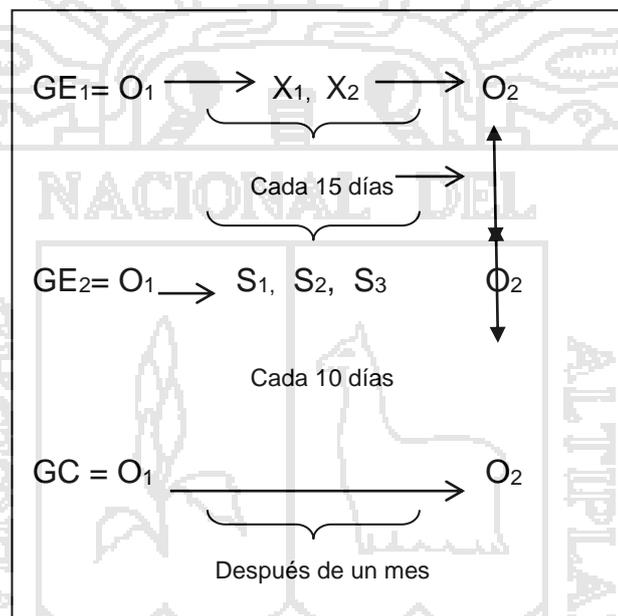
7.1. Tipo y diseño de la investigación:

7.1.1. Tipo de la investigación:

La presente investigación fue de tipo experimental porque se manipuló la variable independiente (Intervención de enfermería en estimulación temprana) y se observó el efecto producido sobre la variable dependiente (Desarrollo psicomotor de los niños).

7.1.2. Diseño de la investigación:

El diseño que corresponde al estudio fue **de pre y post test** con dos grupos experimentales y un grupo control.



DONDE:

GE₁: Grupo experimental ADRA con niños de 7 a 9 meses de edad.

GE₂: Grupo experimental MINSA con niños de 7 a 9 meses de edad.

GC: Grupo control con niños de 7 a 9 meses de edad.

O₁: Evaluación del desarrollo psicomotor con el EEDP (pre test).

O₂: Evaluación del desarrollo psicomotor con el EEDP (post test).

X₁: Primera intervención de enfermería respecto a la estimulación temprana con la guía del ADRA.

X₂: Segunda intervención de enfermería respecto a la estimulación temprana con la guía del ADRA.

S₁: Primera intervención de enfermería respecto a la estimulación temprana con la guía del MINSA.

S₂: Segunda intervención de enfermería respecto a la estimulación temprana con la guía del MINSA.

S₃: Tercera intervención de enfermería respecto a la estimulación temprana con la guía del MINSA.

: Comparación entre los grupos.



7.2. *Ámbito de estudio:*

El presente estudio se realizó en el distrito de Mañazo específicamente en el Centro de Salud Mañazo que se encuentra ubicado en el departamento de Puno, provincia de Puno, está situado a 46 kilómetros de la Panamericana Sur que une al Departamento de Puno con región Arequipa y la Provincia San Román. A una altitud de 3,926 m. s. n. m. Localizada en las coordenadas 15° 47' 54'' latitud sur y 70° 20' 28'' longitud este. Tiene un área total de 410,67 km², distribuida entre comunidades campesinas y centros poblados menores.

El Centro de salud Mañazo cuenta con ambientes adecuados para la atención de pacientes. Existen los servicios de admisión, tópico, medicina, obstetricia, odontología, atención de CRED y PAI, obstetricia, ambiente de estimulación temprana, farmacia; atiende durante todo el año de lunes a sábado de 8:00-16:00 horas, el consultorio de niño sano se encuentra a cargo del personal de enfermería distribuidos en turnos de mañana y tarde.

7.3. *Población y muestra:*

La población y muestra fue constituida por 15 niños y niñas de 7 a 9 meses de edad, asistentes al consultorio de CRED del Centro de Salud Mañazo, que hayan nacido entre los meses de febrero - abril del 2012.

Los niños considerados dentro de los 9 meses de edad son un total de 3 niños que nacieron del 15 de enero hasta el 15 de febrero, en el grupo de 8 meses fueron considerados los niños nacidos desde el 16 de febrero hasta 15 de marzo que fueron un total de 3 y los niños del grupo de 7 meses conformada por 9 niños nacidos desde el 16 de marzo hasta el 15 de abril.

Para agrupar por grupo de etéreo, la muestra fue distribuida de la siguiente forma: En cada uno de los grupos existen 3 niños de 7 meses, 1 niño de 8 meses y 1 niño de 9 meses, que hacen un total de 5 niños para cada uno de los grupos, para evitar que los rangos de edad varíen, se tomó en cuenta la edad de los niños, la muestra fue

dividida aleatoriamente debido a que las investigadoras no conocen la forma de vida de cada uno de ellos.

7.3.3. Criterios de inclusión:

Niños y niñas de 7 a 9 meses de edad.

Niños y niñas residentes en Mañazo.

Nacidos de parto a término.

Nacidos con Peso normal.

7.3.4. Criterios de exclusión:

Niños y niñas menores de 7 meses de edad y mayores de 9 meses de edad.

Niños y niñas con enfermedades agudas o crónicas.

Niños y niñas que radican en otros lugares.

Niños y niñas de madres adolescentes.

Niños y niñas producto de embarazos múltiples.

7.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

7.4.1. Técnica:

La técnica que se utilizó para la presente investigación fue la observación que permitió obtener información sobre el coeficiente de desarrollo psicomotor de los niños antes y después de la intervención de enfermería sobre estimulación temprana.

7.4.2. Instrumento de recolección de datos:

Se utilizó la escala de evaluación del desarrollo psicomotor (EEDP) que permitió registrar el coeficiente de desarrollo psicomotor de los niños antes y después de la intervención de enfermería sobre estimulación temprana en niños de 7 a 9 meses de edad. Anexo N° 3

7.5. Procedimientos de recolección de datos.

Para la recolección de datos se realizó las siguientes actividades:

Coordinación:

Se solicitó al jefe del Centro de Salud Mañazo el permiso respectivo para realizar la presente investigación de forma verbal y con el documento emitido por la Facultad de Enfermería.

Se dio a conocer los objetivos de la investigación a la enfermera del programa de CRED para solicitar el apoyo para la ejecución del trabajo.

Se coordinó con el personal de enfermería a fin de obtener datos sobre las madres y los niños de 7 a 9 meses de edad.

Captación de la muestra:

Los niños que ingresaron al estudio fueron captados durante su asistencia al control de CRED y con visitas domiciliarias.

Las madres con sus niños fueron citadas al Centro de Salud Mañazo para ser informadas acerca de la sesión de estimulación temprana.

Del experimento:

Se acondicionó el ambiente donde se realizó la sesión.

Antes de la intervención de enfermería:

En base a la información recaudada y sin considerar los resultados del desarrollo psicomotor se conformaron los grupos aleatoriamente considerando los criterios de inclusión y exclusión además de la edad de los niños.

Se convocó a las madres con sus niños al Centro de Salud.

Se solicitó el consentimiento informado de las madres para la participación en esta investigación y se explicó la importancia de la estimulación temprana.

Se evaluó a los niños con la escala de evaluación del desarrollo psicomotor que tomo un lapso de 2 días.

Ejecución:

La intervención de enfermería se dio de la siguiente manera:

El diseño incluye 2 grupos experimentales (Grupo ADRA y Grupo MINSA) y un grupo control.

Grupo ADRA (GE₁): Los 5 niños que conforman el grupo ADRA fueron evaluados con el EEDP (pre test); luego fueron citados 2 veces cada 15 días para recibir sus sesiones de estimulación temprana, según su metodología que tiene la sesión educativa diseñada y lista para aplicarla; incluye cuatro etapas: Animación, reflexión, demostración y evaluación de acuerdo a la edad el niño cuenta con actividades a realizar en las diferentes áreas del desarrollo. Además recibieron 2 visitas domiciliarias de seguimiento; después de un mes volvieron a ser evaluados con el EEDP (post test).

Grupo MINSA (GE₂): Los 5 niños que conforman el grupo MINSA fueron evaluados con el EEDP (pre test), recibieron 3 sesiones de estimulación temprana cada 10 días según su metodología diseñada por las investigadoras teniendo en cuenta las pautas y consideraciones que brinda; que incluyo las etapas: Inicio, desarrollo y cierre; cada una de ellas con recursos y técnicas didácticas. Además recibieron 2 visitas domiciliarias de seguimiento para observar si cumplían con los compromisos asumidos fortaleciendo el aprendizaje y absolviendo las dudas. Después de un mes volvieron a ser evaluados con el EEDP (pos test).

Grupo Control (GC): Los niños considerados dentro del grupo control fueron evaluados con el EEDP (pre test), no recibieron sesiones de estimulación a diferencia de los otros grupos pero siguieron asistiendo a sus controles de CRED en el Centro de Salud, después de un mes volvieron a ser evaluados por el EEDP (pos test).

En la ejecución se pudo observar que algunos niños tenían retraso en el desarrollo psicomotor y las madres no conocían la importancia de la estimulación temprana una vez que formaron parte de la presente investigación se mostraron muy interesadas en que sus niños recibieran estas sesiones de estimulación temprana además de haber tenido el apoyo incondicional de cada una de ellas en casa debido a que cumplían con los compromisos asumidos en el centro de salud dedicando un tiempo a sus niños para poder estimularlos de acuerdo a sus edad.

Después de la intervención de enfermería:

Pasado un mes de la primera evaluación del coeficiente de desarrollo psicomotor (pre test), los tres grupos de madres y niños (MINSA, ADRA Y CONTROL) fueron citadas para que acudan al Centro de Salud con la finalidad de realizar la segunda evaluación del coeficiente de desarrollo psicomotor (post test) a los niños.

Una vez que se obtuvo los resultados antes y después de la intervención de enfermería con la escala de evaluación del desarrollo psicomotor (EEDP), el nivel de desarrollo psicomotor de los niños fue calificado de la siguiente manera:

Forma de calificación:

La conducta expresiva positiva en cada ítem se le asignara 6 puntos si lo realiza correctamente y 0 puntos si no lo realiza; para obtener el coeficiente de desarrollo.

Determinar la edad cronológica en días (desde su nacimiento hasta el día de la evaluación).

Luego la edad mental que es el puntaje que el niño obtiene en la prueba. En el mes que el niño aprueba los 5 ítems se considera mes base que debe multiplicarse por 30 y por cada uno de los ítems aprobados de los meses posteriores es puntaje adicional que debe sumarse al mes base.

Luego debe determinarse la razón se debe dividir la edad mental con la edad cronológica en días, debe considerarse tres decimales para aproximar el segundo decimal hacia arriba por lo tanto la razón se considera con dos decimales.

La razón debe convertirse en puntaje estándar para este efecto debe buscarse el mes correspondiente a la edad cronológica en meses del niño. Esta conversión se encuentra en el Anexo N° 6, el puntaje debe multiplicarse por 100.

La suma de los puntos obtenidos por cada niño fue categorizada y comparada con la siguiente escala de calificación.

C.D. mayor o igual a 85: Normal.

C.D. entre 84 y 70 : Riesgo.

C.D. menor o igual a 69 : Retraso.

7.6. Plan de procesamiento y análisis de datos:

7.6.1. Plan de procesamiento:

Para esta parte de la investigación se siguieron los siguientes pasos:

Se codifico la información obtenida.

Se califico el pre y post test de acuerdo al EEDP y elaboro el perfil de desarrollo de cada niño.

Se elaboro los cuadros estadísticos

Se comparo grado de avance de cada uno de los grupos en el pre y post test.

Se realizo la interpretación de los resultados.

7.6.2. Análisis de los datos:

A. Para medir la efectividad de los métodos, la prueba estadística fue:

Nivel de significancia

El nivel de significancia o de error es del 5% que es igual a 0.05, con un nivel de confianza del 95%.

Prueba estadística

Se utilizo la prueba estadística “Diferencia Pareada”.

Que tiene la siguiente fórmula:

$$t = \frac{\bar{D} \sqrt{n}}{S_D} \rightarrow t_{(n-1)}$$

$$S_D = \sqrt{\frac{n \sum D_i^2 - (\sum D_i)^2}{n(n-1)}} \quad \bar{D} = \frac{\sum D_i}{n}$$

DONDE:

\bar{D} = Promedio de diferencias.

S_D = Desviación estándar de la diferencia de promedios.

Región crítica:

$$t_{(n-1), \alpha} = t_t$$

Si $t > t_t$ entonces se rechaza H_0 .

B. Para evaluar el desarrollo psicomotor de los niños estimulados con las metodologías ADRA, MINSA y CONTROL.

Nivel de significancia: El nivel de significancia o de error es del 5 % que es igual a 0,05.

Prueba estadística: Se utilizo la prueba estadística: Tabla de análisis de varianza (ANVA, ANOVA).

DONDE:

FV = Fuente de variación. GL = Grados de libertad.

SC = Suma de cuadrados. CM = Cuadrados medios.

F = Razón de varianza.

FV	GL	SC	CM	F
Tratamientos entre grupos.	k - 1	SCG	$CMG = \frac{SCG}{k - 1}$	$F = \frac{CMG}{CME}$
Error experimental dentro del grupo.	n - k	SCE	$CME = \frac{SCE}{n - k}$	
TOTAL	n - 1	SCT		

$$SCG = \sum_{j=1}^k \frac{T_{\cdot j}^2}{n_j} - \frac{T_{\cdot\cdot}^2}{n}$$

$$SCE = \sum_{j=1}^k \sum_{i=1}^{n_j} X_{ij}^2 - \sum_{j=1}^k \frac{(T_{\cdot j})^2}{n_j}$$

$$SCT = \sum_{j=1}^k \sum_{i=1}^{n_j} X_{ij}^2 - \frac{T_{\cdot\cdot}^2}{n}$$

$$T_{\cdot\cdot} = \sum_{i=1}^k T_i \quad n = \sum_{i=1}^k n_i$$

Prueba de Hipótesis:

H_a: La intervención de enfermería mediante la metodología de estimulación temprana del MINSA es efectiva en el desarrollo psicomotor de niños entre 7 y 9 meses, Centro de Salud Mañazo – Puno 2012.

H₀: La intervención de enfermería mediante la metodología de estimulación temprana del MINSA no es efectiva en el desarrollo psicomotor de niños entre 7 y 9 meses, Centro de Salud Mañazo – Puno 2012.

Decisión:

Si $F \geq F_t$ rechazamos la hipótesis nula.

Así mismo para la diferencia de promedios se usara de la prueba de significancia de Tukey.

VIII. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CUADRO 1

Desarrollo psicomotor de niños entre 7 y 9 meses de edad evaluados con el EEDP, Centro de salud Mañazo antes y después de la aplicación de la guía de estimulación temprana de MINSA.

EDAD	GRUPO MINSA			GRUPO CONTROL		
	Primera evaluación (Antes de la intervención de enfermería)	Segunda evaluación (Después de la intervención de enfermería)	Variación del coeficiente de desarrollo	Primera evaluación (Sin intervención)	Segunda evaluación (Sin intervención)	Variación del coeficiente de desarrollo
	Coefficiente desarrollo	Coefficiente desarrollo	Diagnostico	Coefficiente desarrollo	Coefficiente desarrollo	Diagnostico
9 meses	Riesgo	87	7	Riesgo	81	1
8 meses	Riesgo	92	8	Riesgo	80	-2
7 meses	Normal	102	8	Normal	83	-2
7 meses	Riesgo	91	7	Riesgo	82	1
7 meses	Riesgo	90	8	Normal	87	2

FUENTE: Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor aplicado por las investigadoras a los niños de 7 a 9 meses de edad del Centro de Salud Mañazo – Puno 2012.

En el cuadro 1 se observa que el desarrollo psicomotor de los niños antes de la sesión de estimulación temprana con la metodología de MINSA alcanzo los siguientes resultados: La niña de 9 meses de edad obtuvo un coeficiente de desarrollo de 80 puntos con diagnóstico de riesgo, después de la intervención de enfermería obtuvo 87 puntos con diagnóstico normal; el niño de 8 meses obtuvo 84 puntos encontrándose en riesgo, después de la intervención de enfermería obtuvo 92 puntos con diagnóstico de normal; y los niños de 7 meses obtuvieron 94, 84 y 82 puntos, con diagnósticos de normal y riesgo; después obtuvieron 102, 91 y 90 puntos con diagnósticos normal. En el grupo CONTROL la niña de 9 meses obtuvo 80 puntos con diagnóstico riesgo, después obtuvo 81 puntos continuando en riesgo; el niño de 8 meses obtuvo 82 puntos con diagnóstico riesgo, después obtuvo 80 puntos en riesgo y los niños de 7 meses obtuvieron 85, 81 y 85 puntos, después obtuvieron 83, 82 y 87 con diagnósticos normal y riesgo.

La niña de 9 meses de edad incrementó 7 puntos en su desarrollo psicomotor después de la intervención de enfermería que tuvo 3 sesiones aplicadas cada 10 días y se entregó como material de refuerzo un tríptico a cada madre; la niña del grupo CONTROL a la cual no se le aplicó la intervención de enfermería, incrementó 1 punto. En el niño de 8 meses de edad después de la intervención de enfermería obtuvo un incremento de 8 puntos; en el niño del grupo CONTROL el puntaje disminuyó en 2 puntos puesto que incrementó su edad cronológica y no así la edad mental. En los niños de 7 meses de edad después de la intervención de enfermería se obtuvo un incremento promedio de 8 puntos y los niños del grupo CONTROL tuvieron un incremento promedio de 1 punto.

La intervención de enfermería es un proceso que busca proporcionar a las personas medidas necesarias para mejorar su salud y ejercer mayor control sobre la misma. La enfermera debe asumir las relaciones empáticas, ser un educador o facilitador modelo, solucionar conflictos mediante la participación activa y el consenso de cada individuo, grupo, familia o comunidad con la que debe interactuar a través de las técnicas de participación.³⁴

Durante el primer año de vida se establecen las bases fisiológicas de las funciones cerebrales que determinarán la capacidad de aprendizaje que es más eficaz porque su cerebro tiene mayor plasticidad, es decir, es más moldeable. Por eso se establecen conexiones entre las neuronas con más facilidad, rapidez y eficacia. Si los estímulos son escasos, irregulares o de pobre calidad, el cerebro desarrolla sus capacidades tarde y mal. Por el contrario, la estimulación temprana, abundante, sistemática y de calidad garantiza un ritmo vivo en el proceso de adquisición de niveles cerebrales superiores y el logro de un buen nivel intelectual.²²

Evaluar las desviaciones del desarrollo psicomotor es un proceso complejo en donde entra en juego por un lado la maduración neurológica que se alcanza a una determinada edad y por otro lado el conjunto de acciones precoces o tempranas

destinadas a proporcionar al niño los estímulos necesarios, que en definitivo determinara el nivel de desarrollo psicomotor. Por esto la oportuna provisión de estímulos a los niños sin duda garantiza una buena capacidad de aprendizaje y la formación positiva de su personalidad, ya que muchas de la experiencias del niño repercuten en sus habilidades de comunicación, creatividad, afectivas y sociales.²⁵

En la intervención de enfermería sobre estimulación temprana, uno de los aspectos más importantes es brindar sesiones de estimulación temprana al niño en sus controles de CRED, así mismo debe enseñar e informar a la madre la importancia de la estimulación de su niño y las actividades a realizar en sus diferentes áreas de desarrollo y así involucrarla más cada día con el objetivo que nos ayude a mejorar el desarrollo psicomotor del niño reforzando lo enseñado en el centro de salud, todas estas actividades deben realizarse con técnicas participativas a través de juegos, conversando con el niño haciendo mímicas, dinámicas, cantándole; con una metodología adecuada, tomando siempre en cuenta que debe realizar el seguimiento a cada uno de los niños para evaluar resultados y avance.

Los resultados del grupo intervenido con la metodología estimulación temprana MINSA nos muestran el incremento significativo del desarrollo psicomotor en todos los niños a diferencia del puntaje obtenido antes de la sesión de estimulación temprana. Esto debido a que los niños recibieron 3 sesiones de estimulación temprana que incluyen once actividades a desarrollar en las 4 áreas del desarrollo psicomotor (motora, social, lenguaje y coordinación). El MINSA incluye pautas de estimulación y las investigadoras hacen el aporte metodológico que contempla tres pasos: El Inicio, desarrollo y cierre.

En el inicio se considera la motivación que busca crear expectativa sobre el tema a desarrollar, lograr un ambiente de confianza y propiciar la participación en la investigación se utilizó la canción que es un recurso atractivo que puede favorecer el aprendizaje del niño por ello es conveniente trabajarla desde todas sus dimensiones, es conveniente porque favorece un acercamiento y disfrute; y la recolección de los saberes previos de los participantes para tener en cuenta el grado de conocimientos acerca del tema y como iniciar con el tema precisando en un papelote todas las respuestas, donde sean visualizadas por las participantes con el fin de ubicarlas en este contexto y despertar su interés.

El desarrollo estuvo constituido por: La explicación teórica donde la enfermera facilitó la interpretación de la información que está recibiendo el participante, para ser clasificada y organizada, según su nivel, desarrollo y comprensión; se expone a la madre todo el marco teórico, utilizando diversos referenciales para incluir todas las actividades asignadas, apoya en la experiencia previa y la ejemplifica con base en su realidad. La demostración de la estimulación temprana se llevó a cabo por la enfermera, con la finalidad de ilustrar cada una de las actividades que debe realizar el niño a esta edad; además de brindarle estímulos que requieren de materiales

adecuados de acuerdo a la edad y al área que se estimulara con el objetivo de fortalecer el aprendizaje. La redemonstración es de vital importancia porque es en donde la enfermera podrá observar cuan efectiva fue la sesión de estimulación temprana tanto en los niños como en las madres además de reforzar el tema desarrollado.

El cierre incluye: La retroalimentación que permite a cada uno de los participantes hacer preguntas acerca del tema y estas puedan ser respondidas por sus compañeras o por la enfermera absolviendo las dudas. La evaluación ayuda a conocer si los participantes han logrado los resultados esperados explicando acerca del tema y proponiendo nuevos aportes acerca del tema según sus experiencias. La extensión busca que cada uno de los participantes asuma compromisos que en este caso fue seguir con la estimulación de sus niños en casa y cerrar la sesión educativa en este caso con una canción de despedida.¹⁴

Durante la sesión se utilizó también dos dinámicas una de presentación y otra de evaluación, que fomentan la iniciativa y curiosidad tanto del niño como de la madre que es nuestra principal aliada en esta tarea tan importante.

Mientras en los niños del grupo control se observaron problemas en el desarrollo psicomotor, presentando un diagnóstico de riesgo además de haber disminuido su coeficiente de desarrollo; esto puede atribuirse a que después de un mes la edad cronológica incrementó pero la edad mental no al mismo ritmo, y no recibieron sesiones de estimulación temprana pero siguieron asistiendo a sus controles mensuales de CRED en donde la solo recibieron recomendaciones por parte de la enfermera, esto podría ocasionar que la madre no cuente con conocimientos suficientes acerca de las actividades de estimulación temprana que debe realizar a esta edad su niño, por lo tanto el niño solo recibe estimulación del ambiente en donde vive y del entorno que lo rodea que muchas veces son limitadas para el acelerado desarrollo del cerebro a esta edad. Todos estos factores generan condiciones negativas en el niño, que fueron observados en la segunda evaluación (post test) con el EEDP.

Estadísticamente con la prueba de “Diferencia Pareada”, se comprueba que la metodología de estimulación temprana del MINSA mejora el coeficiente de desarrollo psicomotor de los niños; porque t (13.88) es mayor t_t (2.132); y en el grupo CONTROL se comprueba que no hubo modificaciones en el coeficiente de desarrollo psicomotor porque t (1.87) es menor t_t (2.132).

La metodología de la guía MINSA mejora el coeficiente de desarrollo en los niños de 7 – 9 meses de edad debido a que se utilizan recursos y técnicas didácticas adecuadas al tema de estimulación temprana que fomentan en un mejor aprendizaje. Los cerebros de los niños tienen tiempos oportunos en su vida para crecer, llamados “ventanas de oportunidades”, estos son periodos sensibles cuando partes del cerebro

se vuelven más activas en respuesta a lo que los sentidos absorben del entorno; durante los primeros tres años de vida, coloca en su lugar la mayoría de los sistemas y estructuras responsables de todas las funciones emocionales, de conducta, sociales y fisiológicas futuras para el resto de la vida.³⁵

Los niños que no reciben estimulación temprana, con el tiempo presentaran problemas en el desarrollo psicomotor como riesgo o retraso no logrando desarrollar su capacidad intelectual, debido a que requiere una mayor cantidad de estímulos a esta edad para desarrollar el cerebro, como consecuencia de ello se tendría niños con rendimiento escolar bajo, con dificultades para su inserción a la sociedad o con problemas en sus habilidades sociales; porque no podrán desarrollar nuevas capacidades ya que es progresivo, y si no se cierran etapas previas difícilmente desarrollaran otras.





CUADRO 2

Desarrollo psicomotor de niños entre 7 y 9 meses de edad evaluados con el EEDP, Centro de salud Mañazo antes y después de la aplicación de la guía de estimulación temprana de ADRA.

EDAD	GRUPO ADRA				GRUPO CONTROL					
	Primera evaluación (Antes de la intervención de enfermería)		Segunda evaluación (Después de la intervención de enfermería)		Primera evaluación (Sin intervención)		Segunda evaluación (Sin intervención)			
	Coefficiente desarrollo	Diagnostico	Coefficiente desarrollo	Diagnostico	Coefficiente desarrollo	Diagnostico	Coefficiente desarrollo	Diagnostico		
9 meses	83	Riesgo	86	Normal	3	80	Riesgo	81	Riesgo	1
8 meses	77	Riesgo	80	Riesgo	3	82	Riesgo	80	Riesgo	- 2
7 meses	87	Normal	92	Normal	5	85	Normal	83	Riesgo	- 2
7 meses	87	Normal	91	Normal	4	81	Riesgo	82	Riesgo	1
7 meses	80	Riesgo	84	Riesgo	4	85	Normal	87	Normal	2

FUENTE: Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor aplicado por las investigadoras a los niños de 7 a 9 meses de edad del Centro de Salud Mañazo – Puno 2012

En el cuadro 2 se observa que el desarrollo psicomotor de los niños antes de la sesión de estimulación temprana con la metodología de ADRA alcanzó los siguientes resultados: La niña de 9 meses de edad obtuvo un coeficiente de desarrollo de 83 puntos con diagnóstico de riesgo, después de la intervención de enfermería obtuvo 86 puntos con diagnóstico normal; el niño de 8 meses obtuvo 77 puntos con diagnóstico riesgo, después de la intervención de enfermería obtuvo 80 puntos en riesgo; y los niños de 7 meses obtuvieron 87, 87 y 80 puntos, después obtuvieron 92, 91 y 84 puntos con diagnósticos normal y riesgo. En el grupo CONTROL la niña de 9 meses obtuvo 80 puntos con diagnóstico riesgo, después obtuvo 81 puntos con diagnóstico riesgo; el niño de 8 meses obtuvo 82 puntos con diagnóstico riesgo, después obtuvo 80 puntos en riesgo y los niños de 7 meses obtuvieron 85, 81 y 85 puntos, después obtuvieron 83, 82 y 87 con diagnósticos normal y riesgo.

La niña de 9 meses de edad incrementó 3 puntos en su desarrollo psicomotor después de la intervención de enfermería que tuvo 2 sesiones aplicadas cada 15 días y se entregó como material de refuerzo un tríptico a cada madre; la niña del grupo CONTROL a la cual no se le aplicó la intervención de enfermería incrementó 1 punto. En el niño de 8 meses de edad después de la intervención de enfermería incrementó 3 puntos; y el niño del grupo CONTROL disminuyó su puntaje en 2 puntos. En los niños de 7 meses de edad después de la intervención de enfermería se obtuvo un incremento promedio de 4 puntos y los niños del grupo CONTROL tuvieron un incremento promedio de 1 punto.

La estimulación temprana es un proceso dinámico que permite desarrollar al máximo las potencialidades de desarrollo en las áreas motora, coordinación, social y lenguaje. El objetivo no es desarrollar niños precoces, ni adelantarlos, sino ofrecerles una amplia gama de experiencias que sirvan como base para futuros aprendizajes.³⁶

Los resultados del grupo intervenido con la guía de estimulación temprana ADRA nos muestran el incremento del coeficiente de desarrollo psicomotor en todos los niños aun en el que todavía se encuentra en riesgo a diferencia del puntaje obtenido antes de la sesión de estimulación temprana. El logro obtenido es debido a que los niños recibieron dos sesiones de estimulación temprana cada una de ellas incluye: La animación, reflexión, demostración y evaluación.

En la animación se realizó la motivación e integración, a través de una canción acompañada de sonidos que inicien la interacción entre los padres y sus niños; este tipo de actividades tienden a estimular las áreas de lenguaje y socialización en los niños.

En la reflexión se formularon preguntas a los participantes acerca de las actividades que normalmente realizan los niños a determinada edad; esto nos permitió observar si las madres tenían conocimiento acerca del tema; así mismo reflexionar acerca de la importancia de la estimulación temprana en sus niños.

La demostración tuvo mayor duración, las investigadoras realizaron la estimulación temprana a cada uno de los niños para que después las madres pusieran en práctica cada una de las actividades de la sesión de estimulación con sus propios niños. Las áreas que se desarrollaron en este paso son el área motora y de coordinación, pues generalmente son las áreas menos estimuladas en el hogar.

La evaluación permite verificar si las participantes aprendieron la forma correcta de estimular a sus niños, cada madre asumió compromisos; que deberán cumplir apoyando en casa a reforzar las acciones de estimulación temprana brindadas en el Centro de Salud. ¹¹

Se realizó dos visitas domiciliarias donde se observó el interés de las madres en el tema debido a que cada una de ellas invertía un tiempo para estimular a sus niños guiándose de los trípticos entregados y cumplían con los compromisos asumidos durante las sesiones de estimulación temprana, si tenían alguna duda se absolvían en la visita domiciliaria esto con el fin de que la estimulación por parte de la enfermera también sea reforzada en casa, obteniendo mejores resultados, los cuales se pudieron observar ya desde la segunda sesión de estimulación, porque cada uno de los niños iba mejorando, esto se pudo comprobar con la segunda evaluación después de la intervención de enfermería.

A diferencia de los niños del grupo CONTROL que no existe incremento significativo en el coeficiente de desarrollo, se tuvo dos niños que disminuyeron su puntaje esto debido probablemente a que cada uno de los niños fueron evaluados después de un mes por lo tanto su edad cronológica incremento pero la edad mental no incremento de acuerdo lo esperado, estos niños no recibieron sesiones de estimulación temprana solo asistieron a sus controles de CRED en el cual la enfermera indica verbalmente las conductas que deben aprender para el siguiente mes, no se utiliza la demostración ni la práctica, muchas de estas madres no saben cómo realizar estas actividades por este motivo los niños reciben estímulos limitados o deficientes.

Estadísticamente con la prueba de “Diferencia Pareada”, se comprueba que la metodología de estimulación temprana del ADRA mejora el coeficiente de desarrollo psicomotor de los niños; porque t (4.54) es mayor t_t (2.132); y en el grupo CONTROL t (1.87) es menor t_t (2.132).

Concluimos que la estimulación temprana utilizando la metodología del ADRA mejora el coeficiente de desarrollo en los niños de 7 a 9 meses de edad debido a que utiliza recursos y técnicas adecuadas que fomenten un mejor aprendizaje tanto en los niños como en la madre. La estimulación pone en práctica la relación diaria con el niño, a través de éste el niño utilizará al máximo sus capacidades e irá ejerciendo mayor control sobre el mundo que le rodea al tiempo que sentirá gran satisfacción al descubrir que puede hacer las cosas por sí mismo. Que tiene lugar a través de la

repetición útil de diferentes eventos sensoriales que aumentan, por una parte, el control emocional proporcionando al niño una sensación de seguridad y goce, por otra amplían la habilidad mental que le facilita el aprendizaje, ya que se desarrollan destrezas, para estimularse a través del juego libre y del ejercicio de la curiosidad, la exploración y la imaginación.³⁷

Los niños que no recibieron estimulación temprana a futuro presentaran riesgo o retraso en el desarrollo psicomotor que tendrá repercusiones en su proceso de aprendizaje e inserción a la sociedad, por ello es de vital importancia la estimulación temprana con técnicas participativas por parte de la enfermera, las cuales deben realizarse mínimo 2 veces por mes en esta edad, siempre contando con la participación de los padres en casa, ya que éstos aprenden del profesional para luego repetir en casa lo aprendido con el niño. Los padres disfrutaran al jugar con el niño, logrando desarrollar el aprendizaje de estos, y lograr seguridad y confianza en ellos mismos.





CUADRO 3

Diferencia del desarrollo psicomotor de niños entre 7 y 9 meses de edad evaluados con el EEDP, Centro de salud Mañazo antes y después de la intervención de enfermería sobre estimulación temprana con la metodología de las guías de ADRA y MINSA.

EDAD	GRUPO ADRA				GRUPO MINSA				Variación del coeficiente de desarrollo
	Primera evaluación (Antes de la intervención de enfermería)		Segunda evaluación (Después de la intervención de enfermería)		Primera evaluación (Antes de la intervención de enfermería)		Segunda evaluación (Después de la intervención de enfermería)		
	Coefficiente de desarrollo	Diagnostico	Coefficiente de desarrollo	Diagnostico	Coefficiente de desarrollo	Diagnostico	Coefficiente de desarrollo	Diagnostico	
9 meses	83	Riesgo	86	Normal	80	Riesgo	87	Normal	7
8 meses	77	Riesgo	80	Riesgo	84	Riesgo	92	Normal	8
7 meses	87	Normal	92	Normal	94	Normal	102	Normal	8
7 meses	87	Normal	91	Normal	84	Riesgo	91	Normal	7
7 meses	80	Riesgo	84	Riesgo	82	Riesgo	90	Normal	8
Promedio									7,6

FUENTE: Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor aplicado por las investigadoras a los niños de 7 a 9 meses de edad del Centro de Salud Mañazo – Puno 2012.

En el cuadro 3 se observa que el desarrollo psicomotor de los niños antes de la sesión de estimulación temprana con las metodologías de ADRA y MINSA alcanzaron los siguientes resultados: Con la metodología del ADRA la niña de 9 meses de edad obtuvo un coeficiente de desarrollo de 83 puntos con un diagnóstico riesgo, después de la intervención de enfermería obtuvo 86 puntos con diagnóstico normal; el niño de 8 meses obtuvo 77 puntos encontrándose en riesgo, después de la intervención de enfermería obtuvo 80 puntos en riesgo; y los niños de 7 meses obtuvieron 87, 87 y 80 puntos, después obtuvieron 92, 91 y 84 puntos con diagnósticos normal y riesgo. Con la metodología del MINSA la niña de 9 meses de edad obtuvo un coeficiente de desarrollo de 80 puntos con un diagnóstico riesgo, después de la intervención de enfermería obtuvo 87 puntos con diagnóstico normal; el niño de 8 meses obtuvo 84 puntos encontrándose en riesgo, después de la intervención de enfermería obtuvo 92 puntos con diagnóstico de normal; y los niños de 7 meses obtuvieron 94, 84 y 82 puntos, con diagnósticos de normal y riesgo; después obtuvieron 102, 91 y 90 puntos con diagnósticos normal.

En la niña de 9 meses de edad del grupo ADRA incrementó 3 puntos en su desarrollo psicomotor después de la intervención de enfermería que tuvo 2 sesiones aplicadas cada 15 días; y la niña del grupo MINSA incrementó 8 puntos después de la intervención de enfermería que tuvo 3 sesiones aplicadas cada 10 días. En el niño de 8 meses de edad del grupo ADRA después de la intervención de enfermería obtuvo un incremento de 3 puntos; y el niño del grupo MINSA incremento en 7 puntos. En los niños de 7 meses de edad después de la intervención de enfermería con la guía de ADRA obtuvieron un incremento promedio de 4 puntos y los niños del grupo MINSA tuvieron un incremento promedio de 8 puntos.

El niño desde que nace necesita tener experiencias positivas para desarrollar al máximo su potencial intelectual. Esto se logra a través de estímulos adecuados y de complejidad creciente para su edad cronológica, proporcionada por personas, acciones y objetos que generen en el niño una buena relación con su medio ambiente y faciliten su aprendizaje, pero que requiere una participación activa del personal de enfermería.³⁸

En una investigación “Efectos de la estimulación temprana sobre el desarrollo madurativo en niños de 0 – 5 años de la zona rural. 2005, refiere que a través de una intervención se contribuyó a modificar significativamente el estilo comunicativo entre la enfermera y los niños utilizando las situaciones de juego, no sólo como una oportunidad de disfrute, sino también como de enseñanza-aprendizaje para el niño.³⁹

La intervención de enfermería en estimulación temprana es de vital importancia, y que esta debe estar dirigida tanto a estimular tempranamente así como también a recuperar al niño del riesgo en el que se encuentre, en esta tarea es fundamental utilizar una metodología capaz de mejorar el desarrollo psicomotor utilizando técnicas participativas que son uno de los ingredientes interactivos de cualquier

metodología participativa, no están diseñadas con el único fin de ser divertidas, sino que se recomienda su uso aplicando una serie de técnicas y materiales didácticos para apoyar el aprendizaje como dinámicas, sociodramas, adecuación de juegos, títeres, videos, dibujos, y cualquier otro medio que tenga como objetivo generar la participación, el análisis, la reflexión y un cambio de actitud concientes y duraderos en los participantes. En este proceso es trascendente la supervisión, el seguimiento y el monitoreo para verificar el avance y poder reforzar áreas que no se estén desarrollando, así poder asegurar niños con habilidades potenciadas para su formación personal y su integración a la sociedad sea positiva.⁴⁰

Al analizar los resultados se observa el antes y el después de cada uno de los grupos, el coeficiente de desarrollo incremento en todos los niños de ambos grupos, aun en los dos niños que todavía tienen un diagnóstico de riesgo del grupo ADRA, esto permite afirmar que la intervención de enfermería sobre estimulación temprana utilizando ambas metodologías mejoran el coeficiente de desarrollo de los niños de 7 – 9 meses de edad, obteniendo un puntaje promedio del incremento del desarrollo que en el grupo ADRA es 3,8 puntos y en el grupo MINSA 7,6 puntos; lo que nos demuestra la diferencia entre ambos métodos de estimulación temprana, siendo la metodología del MINSA la que lleva el mayor incremento.

Este resultado se debió a cada una de las metodologías en ambos grupos se realizaron dos visitas domiciliarias a cada uno de los niños para hacer el seguimiento de los niños y verificar que se estén cumpliendo los compromisos asumidos por las madres que tuvieron un tríptico como material de reforzamiento. Las sesiones incluyeron dinámicas, canciones, momento práctico y evaluación. La metodología del ADRA solo tuvo dos sesiones de estimulación a diferencia del MINSA que tuvo tres sesiones de estimulación durante el mes en el que se realizó la investigación, otro factor que debería tomarse en cuenta es que las pautas del MINSA considera todas las áreas (motora, coordinación, lenguaje y social) al momento de realizar las actividades de estimulación temprana que son once dentro de las cuales están incluidas las 6 actividades de la guía metodológica de ADRA; quiere decir que contiene 5 actividades más a realizar, y que previo a la demostración también se da a conocer la parte teórica para el mejor entendimiento de las madres en el momento de poner en práctica las actividades. La metodología del ADRA contiene una canción para iniciar la sesión con la animación que según esta guía por medio de ella busca desarrollar el área social y lenguaje, cuenta con 6 actividades a realizar que son solo del área motora y coordinación.

La metodología del ADRA cuenta con una sesión de estimulación temprana estructurada que contiene los siguientes pasos: animación, reflexión, demostración y evaluación, pero la metodología del MINSA no cuenta con la sesión de estimulación solo tiene consideraciones y las actividades a realizar que se tomaron en cuenta al construir el plan de sesión educativa que tuvo 3 pasos: Inicio (motivación y

recolección de saberes previos, desarrollo (explicación teórica y la demostración o práctica) y cierre (retroalimentación, evaluación, extensión); por lo tanto es una propuesta diseñada para que las enfermeras puedan ponerla en práctica en las sesiones de estimulación temprana. Como se puede observar la metodología del MINSA es más específica en cuanto a los métodos y técnicas de aprendizaje.

Con la prueba estadística “Diferencia Pareada”, se comprueba que las metodologías de estimulación temprana ambas son efectivas en el desarrollo psicomotor; la metodología del ADRA t (4.54) es mayor t_t (2.132), y con la metodología del MINSA t (13.88) es mayor t_t (2.132) como se observa la variación en mayor con la metodología del MINSA, las metodologías mejoran el coeficiente de desarrollo psicomotor de los niños; ambas con un nivel de confianza de 95% y un nivel de significancia de $\alpha=0,05$.

CUADRO 4

Efectividad de la intervención de enfermería en el desarrollo psicomotor de niños entre 7 y 9 meses de edad, en la primera y segunda evaluación con la escala de evaluación del desarrollo psicomotor (EEDP).

Grupo	PRIMERA EVALUACIÓN (PRE TEST)						SEGUNDA EVALUACIÓN (POST TEST)						TOTAL	
	Normal		Riesgo		Retraso		Normal		Riesgo		Retraso			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
MINSA	1	20	4	80	0	-	5	100	0	-	0	-	5	100
ADRA	2	40	3	60	0	-	3	60	2	40	0	-	5	100
CONTROL	2	40	3	60	0	-	1	20	4	80	0	-	5	100

FUENTE: Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor aplicado por las investigadoras a los niños de 7 a 9 meses de edad del Centro de Salud Mañazo – Puno 2012.

En el cuadro se observa que los niños intervenidos con la metodología de estimulación temprana de MINSA en la primera evaluación el 20% tenía un desarrollo psicomotor normal y el 80% con un desarrollo psicomotor en riesgo; en la segunda evaluación con 3 sesiones de estimulación temprana y dos visitas domiciliarias durante un mes, el 100% alcanzo un diagnóstico de normal. Los niños estimulados con la metodología de ADRA en la primera evaluación el 40% tenía un desarrollo psicomotor normal y el 60% en riesgo; en la segunda evaluación con 2

sesiones de estimulación temprana y 2 visitas domiciliarias durante un mes, el 60% tuvo un desarrollo psicomotor normal y el 40% siguió teniendo un diagnóstico de riesgo. Los niños del grupo CONTROL en su primera evaluación el 40% tenía un desarrollo psicomotor normal y el 60% en riesgo; después de un mes sin recibir sesiones de estimulación temprana pero asistiendo normalmente a sus respectivos controles de CRED en el Centro de Salud, en la segunda evaluación el 20% obtuvo un desarrollo psicomotor normal y en el 80% de niños se halló con un diagnóstico de riesgo.

En la estimulación temprana se debe proponer ejecución de acciones en el desarrollo de las diferentes áreas estimuladas como: sesiones de estimulación temprana, evaluación del desarrollo psicomotor para identificar los logros alcanzados por el niño menor de un año de acuerdo a su edad en las áreas del lenguaje, social, coordinación y motora; para tal fin se utiliza el EEDP. Consejería como medio de enseñanza y material de apoyo, y el seguimiento a través de visitas domiciliarias a los niños con el objetivo de controlar y supervisar las orientaciones impartidas en la consulta de estimulación temprana.¹³

La sesión de estimulación temprana es un tipo de forma organizativa, es también una sesión de entrenamiento, en ella se enfatiza la solución de problemas que requiere la participación de las madres y niños; tiene como propósito incrementar el coeficiente de desarrollo con actividades de estimulación temprana brindadas al niño. La metodología que se utilice es de gran importancia pues debe utilizar recursos y técnicas didácticas que se adecuen al tema y a la edad del niño.

La capacidad de aprendizaje de los niños desde temprana edad es superior a lo que se pensaba, y son susceptibles de mejorar si se emplean métodos adecuados principalmente a través de las modificaciones del medio ambiente que los rodea.⁴¹

Un estudio sobre “Influencia de la estimulación temprana en el desarrollo psicomotor en niños de 3 y 4 años” concluyó que cada niño es una persona única con su propio temperamento, estilo de aprendizaje, familia de origen, patrón y tiempo de crecimiento, sin embargo hay secuencias universales y predecibles en el desarrollo que ocurre durante los primeros 9 años de vida. La estimulación es un complemento importante en el desarrollo de todo niño ya que por medio de este se descubren aptitudes tanto artísticas como deportivas y permite un mejor desarrollo psicosocial, logrando así mejorar su desenvolvimiento en la sociedad, valiéndose de sus propios medios para relacionarse.

En un estudio realizado en Lima en familias marginales cuya intervención fue un programa de estimulación temprana; en la valoración inicial del desarrollo psicomotor el 29.9% del grupo control y el 24.5% del grupo experimental se encontraron en “nivel bajo”; similarmente aconteció en la valoración final con 26.3% de los niños de grupo control tuvieron un nivel de desarrollo bajo mientras que 16.6%

del grupo experimental se encontraban en este nivel, mientras que el 83.4% tuvieron calificaciones de desarrollo medias y altas.⁴²

Se puede observar que en el grupo ADRA en la primera evaluación el 40% de los niños tuvieron un diagnóstico de normal pero en la segunda evaluación después de la intervención de enfermería el 60% tuvo un diagnóstico de normal a comparación con el estudio realizado en Lima los resultados se asemejan, pero los niños del grupo MINSA en la primera evaluación el 20 % obtuvo un diagnóstico de normal y en la segunda evaluación el 100% de los niños obtuvo un diagnóstico de normal por lo tanto los resultados de este grupo son más efectivos: esto tal vez se deba a que los niños que integran la presente investigación pertenecen al ámbito rural y los niños del estudio realizado en Lima viven en zonas urbano marginales.

En otro estudio realizado en Puno se encontró que los niños menores de 5 años beneficiarios de los programas sociales (JUNTOS) el 87,8% está en la categoría normal en comparación con los no beneficiarios con un 45,8%; a su vez en la categoría riesgo 12,2% de los beneficiarios y 36,8% de los no beneficiados; en tanto en la categoría retraso no se observaron datos en los beneficiarios y en los no beneficiarios el 17,5%.¹⁶

También en el estudio titulado “Funcionalidad familiar y desarrollo psicomotor de niños de 2 a 5 años de los establecimientos de salud Yapura y Laqui Puno- 2011” El desarrollo psicomotor en niños del establecimiento de salud Yapura el 40% se encontró en riesgo y 20% en retraso, mientras que en el establecimiento de salud Laqui predomina la categoría normal 66.7%.¹⁵

En estos dos estudios realizados en Puno se encontraron similares resultados en cuanto al desarrollo psicomotor de los niños. Los niños beneficiarios el 87,8% están en la categoría normal y los no beneficiarios solo el 45,8%; y en el presente estudio en promedio con ambos grupos el 80% se encuentra con diagnóstico de normal y el 20% se encuentra en riesgo. Mientras que en el segundo estudio los niños del establecimiento de salud Yapura el 40% se encontró en riesgo y el 20% en retraso, en el establecimiento de salud Laqui el 66.7% se encuentra con diagnóstico de normal. Estos estudios fueron realizados en un contexto sociocultural similar al presente estudio.

Para determinar la efectividad de las guías de estimulación temprana se utilizó la prueba estadística análisis de varianza (ANVA o ANOVA), se comprueba que existe diferencia significativa entre los grupos en relación al desarrollo psicomotor de los niños: Como $(0.05) > Sig(0.019)$, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula. Para diferenciar promedios se utilizó la prueba de significancia de Tukey, que nos dio los siguientes resultados: El grupo MINSA es más significativo que el grupo ADRA en 0.045; el grupo ADRA es más significativo que el grupo CONTROL en 0.016; el grupo MINSA es más significativo que el grupo CONTROL en 0.043.

De estos resultados podemos concluir que la sesión de estimulación temprana brindada por la enfermera a los niños de los grupos experimentales mejoró el coeficiente de desarrollo psicomotor de los niños, la metodología del MINSA tiene mejores resultados en el coeficiente de desarrollo de los niños; siempre y cuando incluya practica y participación de las madres. En el grupo CONTROL se pudo observar que no sufrió modificaciones en el nivel de desarrollo psicomotor. Por consiguiente es muy importante la participación de la enfermera la cual debe mejorar el desarrollo psicomotor de los niños por medio de la estimulación temprana con una metodología adecuada con fines de obtener óptimos resultados.

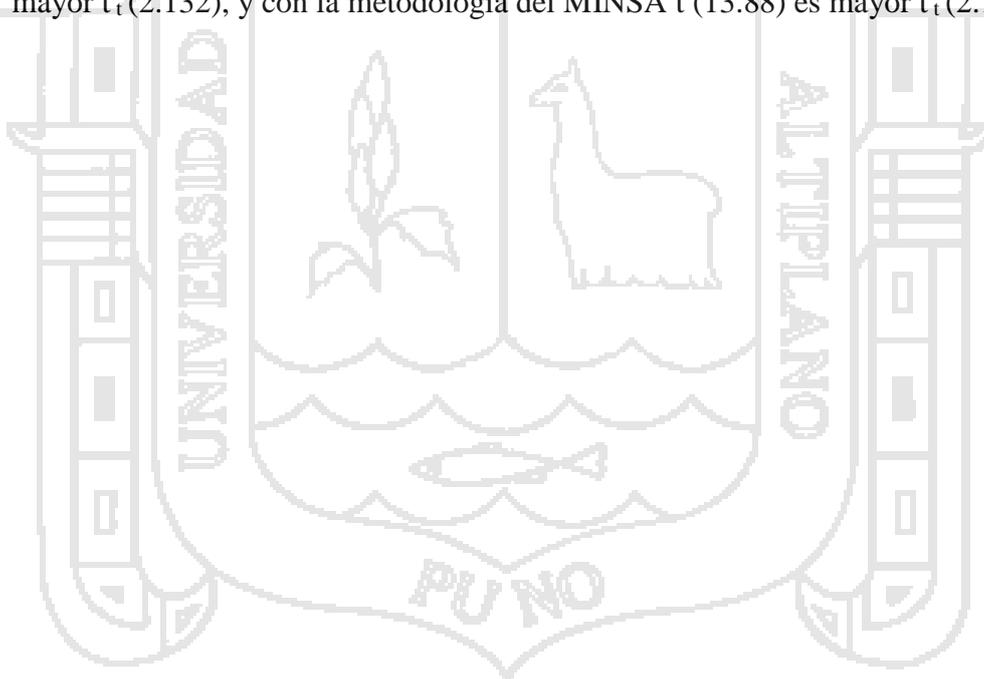


IX. CONCLUSIONES

PRIMERA: La intervención de enfermería con la metodología del ADRA tiene 2 sesiones de estimulación temprana y dos visitas domiciliarias de seguimiento; es efectiva en el desarrollo psicomotor en niños de 7 a 9 meses de edad por que incrementa en 3,8 puntos en el coeficiente de desarrollo. Comprobada con la prueba estadística “Diferenciada Pareada”, $t(4.54)$ es mayor $t_t(2.132)$.

SEGUNDA: La intervención de enfermería con la metodología del MINSA tiene 3 sesiones de estimulación temprana y 2 visitas domiciliarias de seguimiento; es efectiva en el desarrollo psicomotor en niños de 7 a 9 meses de edad por que incrementa en 7,6 puntos el coeficiente desarrollo. Comprobada con la prueba estadística “Diferenciada Pareada”, $t(13.88)$ es mayor $t_t(2.132)$.

TERCERA: La intervención de enfermería con la metodología de estimulación temprana del MINSA produce un coeficiente de desarrollo mayor en los niños de 7 – 9 meses de edad; que la Guía de estimulación temprana de ADRA, comprobada con la prueba estadística “Diferenciada Pareada”, la metodología del ADRA $t(4.54)$ es mayor $t_t(2.132)$, y con la metodología del MINSA $t(13.88)$ es mayor $t_t(2.132)$.



X. RECOMENDACIONES

AL MINSA:

Que desarrolle la propuesta metodológica de las guías de estimulación temprana considerando la propuesta utilizada en la presente investigación.

A LA REDES PUNO:

Fortalecer las capacitaciones dirigidas a las enfermeras responsables de CRED referidas al desarrollo psicomotor y la estimulación temprana, considerando la metodología del MINSA y el aporte metodológico propuesto en la investigación que incluye los siguientes pasos: Inicio, desarrollo y cierre.

AL CENTRO DE SALUD MAÑAZO:

- A las enfermeras responsables de CRED utilicen e implementen la propuesta metodológica elaborada para la presente investigación que contempla; inicio (motivación – recolección de saberes previos), desarrollo (teórico y práctico) y cierre (retroalimentación, evaluación y extensión) que incluye las pautas del MINSA en los niños, para optimizar el coeficiente de desarrollo psicomotor y potenciar al máximo las habilidades de los niños.

- Intensificar el seguimiento, a través de visitas domiciliarias a los niños y niñas con déficit en el desarrollo psicomotor prioritariamente.

A LA FACULTAD DE ENFERMERÍA:

- Implementar espacios de estimulación temprana que permitan ejecutar las propuestas metodológicas del MINSA y ADRA.

- A las docentes del curso de CRED priorizar en la estimulación temprana la aplicación de la metodología del MINSA.

- A las estudiantes del curso de enfermería en salud del niño menor de 5 años durante sus prácticas pre profesionales e internado comunitario aplicar la metodología de estimulación temprana.

A LOS EGRESADOS DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA:

Validen la propuesta metodológica del MINSA, incluida en la presente investigación en otros ámbitos y con otros grupos etáreos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MEDINA SALAS ALEJANDRO. Estimulación temprana. 2002. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2002/mf02-2_4i.pdf. Visitado el [15-07-2012].
2. La Organización Mundial de la Salud (OMS). Desarrollo de la primera infancia. 2004. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs332/es/index.html>. Visitado el [18 - 07 - 2012].
3. SCHONHAUT COL LUISA. “Factores de riesgo asociados a déficit del desarrollo psicomotor en pre escolares de nivel socioeconómico bajo. Región metropolitana”. 2005. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sciarttext&pid=s03741062005000600006&ing=es&nrm=iso-7>. Visitado el [18 – 07 – 2012].
4. Fondo de las Naciones Unidas (UNICEF). El estado del Perú en la Niñez 2010. Lima – Perú.
5. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). “Estado de salud y nutrición de madres y niños menores de 5 años” 2010.
6. Ministerios de salud (MINSA). “Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y niño menor de cinco años” 2011.
7. Fondo de las Naciones Unidas (UNICEF). Estado de la niñez en el Perú 2004.
8. COTRADO COILA BERTHA. “Practica de la madre adolescente sobre estimulación temprana del niño de 0 a 3 meses de edad asistente al consultorio de crecimiento y desarrollo del niño en el hospital de apoyo Juli - Puno 2007”.
9. SALVADOR JAIME. La estimulación precoz en la educación especial. Barcelona, España. 1999.
10. MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. Revista de crecimiento y desarrollo, 2002. Pág. 15.
11. Agencia adventista para el Desarrollo y Recursos Asistenciales (ADRA). “Guía de estimulación temprana para el facilitador”. 2009.
12. PANDO MORENO MANUEL. Estimulación temprana en niños menores de 4 años de familias marginadas, Lima 2004.
13. VELA PAREJA CLESI. “Efectividad de la consejería de enfermería sobre estimulación temprana en madres primerizas con lactantes de 0-6 meses del Centro de Salud Mi Perú, Ventanilla”. Lima 2007.

14. JAHUIRA ZEA JANETH. “Efectividad de la sesión demostrativa de estimulación temprana de la enfermera, en niños menores de 6 meses del establecimiento de salud Paucarcolla - Puno”. 2011
15. YENI QUISPE. “Funcionalidad familiar y desarrollo psicomotor de niños de 2 a 5 años de los establecimientos de salud Yapura y Laqui Puno- 2011”
16. CHOQUE LUZMILIAN Y CONDORI DANITZA. “ Estado nutricional y desarrollo psicomotor de niños menores de 5 años beneficiarios y no beneficiarios de los programas sociales, comunidades de Moro y Collana, Puno -2011”
17. ANDRICAIN, BÁRBARA. Programa de estimulación temprana y preescolar. La Habana. 2000
18. SANCHEZ SOTO FERNANDO. “Algunos conocimientos y actitudes de las madres sobre estimulación temprana relacionado con el desarrollo psicomotor del niño menor de un año centro de salud Ciudad Blanca, Arequipa 2009”.
19. AGUIRRE VENTALLO MARIA. Desarrollo y estimulación del niño. Capitulo IV Desarrollo psicomotor, mental y estimulación. Argentina, 2000.
20. YALLICO, L. Y PALOMINO. “Estimulación temprana en niños menores de cuatro años”. Modulo 1. Colegio de Enfermeras del Perú Arequipa. 2009.
21. GARCIA RIVAS HERNAN. “Estructura curricular básica para estimulación temprana”. Facultad de Educación. Segunda Especialización UNAS. Arequipa. 2009
22. ARANGO DE NARVAEZ MARIA. “Estimulación temprana. Editorial Gamma S.A. Colombia. 2001
23. MINISTERIO DE SALUD. “Norma Técnica de Salud; Atención Integral de salud de la niña y el niño. Perú. 2006.
24. UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION. “Principios básicos de la estimulación” 2004.
25. HUAMANYAURI YERIT. “Grado de conocimientos de las madres sobre estimulación temprana en los lactantes menores de un año que asisten al competente niño del hospital local de Huaycan”. Perú – Lima. 2005
26. MINISTERIO DE SALUD. ” Estimulación del desarrollo psicomotriz del niño de 0 a 6 años”. Lima. 2011
27. GUIA DE ESTIMULACION TEMPRANA. Atención primaria de salud - técnicas de promoción de la salud. Editorial. Red Salud. 2008.

28. Ministerios de Salud (MINSA). Norma Técnica de Salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años, 2011.
29. RIVAS VANESA. Estimulación temprana. 2003. Disponible en: www.slideshare.net/estimulacion-temprana-238984. Visitado el [15-08-2012]
30. Escala de Evaluación de Desarrollo Psicomotor (EEDP). Sub – Programa de Crecimiento y Desarrollo. MINSA.
31. MANCHAY HUACAC CARMEN. “Nivel de conocimientos de las madres sobre estimulación temprana en los niños menores de un año en el centro de salud materno infantil Daniel Alcides Carrión. Lima 2003.
32. QUE LUGAR OCUPA TU HIJO. Disponible en: <http://www.elbebe.com/familia/primogenito-hermanos-segundo-tercer-hijo-unico>. Visitado: [21-10-2012].
33. LARA ADELMAN. Influencia de los padres en el desarrollo del niño. Disponible en: <http://www.peterhaiman.com/spanish/pdfs/articles/la-influencia-de-los-padres-en-el-lenguaje-de-sus-hijos.pdf>. Visitado el [30-08-2012]
34. WORMALD. Programa de estimulación del desarrollo infantil “Juguemos con nuestros hijos”. Chile, 2008.
35. CECILIA BANZ. Ventanas para el aprendizaje. México, 2010.
36. GARCÍA HERRANZ SOFÍA. Estimulación Cognitiva en educación infantil. Huánuco. 2012.
37. CLAUDIA SUÑIGA GODOY. Los programas de estimulación temprana desde la perspectiva del maestro. Lima 2007.
38. MARTÍNEZ FATIMA. La Estimulación Temprana: Enfoque, problemáticas y proyecciones. Risco. 2003
39. AMESCUA GOMEZ EDWARDS. “Efectos de la estimulación temprana”.
40. ROQUET JALMAR. Estimulación Temprana: Un trabajo de prevención. Revista Cubana. 2004
41. GESSEN CAMPOS JOSÉ. “Estimulación temprana”. Argentina; 2000.
42. MONTENEGRO VILLA MARTIN. “Desarrollo psicomotor de niños en familias marginales”. Lima; 2000.

ANEXOS**INDICE DE ANEXOS**

Ficha de recolección de datos de niños de 7 a 9 meses.....	ANEXO N° 1
Ficha de recolección de datos de las madres.....	ANEXO N° 2
Escala de evaluación del desarrollo psicomotor.....	ANEXO N° 3
Tablas de puntaje por meses.....	ANEXO N° 4
Plan de sesión educativa con la guía de ADRA.....	ANEXO N° 5
Plan de sesión educativa con la guía de MINSA.....	ANEXO N° 6
Evidencias fotográficas.....	ANEXO N° 7
Gráficos.....	ANEXO N° 8
Trípticos.....	ANEXO N° 9



ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE NIÑOS DE 7 A 9 MESES

Nº	Nombres y apellidos	Edad	Fecha de Nac.	Peso al nacer	Edad gestacional	Numero de hijo
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 7
A 9 MESES

N°	Nombres y apellidos	Edad	Domicilio	Estado civil	Número de hijos
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

ANEXO 3

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO DE 0 A 24 MESES DE EDAD

EDAD	Nº	ITEM	UBICACIÓN	ADMINISTRACIÓN
1 mes	1	Fija la mirada en rostro del examinador.	De espaldas en la mesa.	Acueste al niño de espaldas en la mesa y agáchese hacia el deteniéndose aproximadamente a 40cm. De su rostro, sonríale y háblele suavemente sin tocarlo. Crédito; si el niño fija la mirada en el rostro del examinador por un momento.
	2	Reacciona el sonido	De espaldas	Haga sonar la campanilla a 6 o 7 cm. De una oreja del niño y luego de la otra (asegúrese que el niño no ve la campanilla antes), ubicándose detrás de él y que su respuesta frente a la prueba sea una reacción auditiva y no visual o táctil. Crédito; cualquier respuesta definida al sonido como pestañeo, sobresalto del cuerpo, aumento de la actividad o llanto (a esta edad la respuesta a un estímulo puede demostrarse varios segundos).
	3	Aprieta el dedo índice del examinador, introducido en la mano del niño.	De espaldas en la mesa.	Introduzca su índice en la palma del niño. Crédito; si la mano del niño se cierra al contacto con su dedo índice.
	4	Sigue con la vista la argolla en un ángulo de 90°.	De espaldas en la mesa.	Acueste al niño de espaldas en la mesa. Tome la argolla (prescindiendo del cordel) de 10 a 15 cm. De la cara del niño. Mueva la argolla para atraer la atención del niño y luego desplácela suavemente, primero hacia un lado, luego hacia el otro lado describiendo un semicírculo sobre



2 meses				<p>la cabeza del niño.</p> <p>Este puede repetir 3 veces; la rapidez del movimiento de la argolla debe estar adaptada a las posibilidades de seguimiento del niño.</p> <p>Crédito; si el niño sigue con la vista la argolla en forma continua en un ángulo de 90° desde la línea media a un costado o inversamente.</p>
	5	Movimiento de la cabeza, en posición prona.	Boca abajo	<p>Ponga al niño boca abajo en la mesa y fíjese si deja libre su cara (nariz) volviendo su cabeza hacia el lado o levantándola de modo que la libere de la superficie.</p> <p>Créditos; si el niño hace cualquiera de los dos movimientos.</p>
	6	Mímica respuesta al rostro del examinador.	De espaldas en la mesa.	<p>Siga las mismas instrucciones del ítem N° 1.</p> <p>Créditos; si el niño mantiene la mirada en el examinador y mueve sus labios en respuesta a la sonrisa de este.</p>
	7	Vocalice como respuesta a la sonrisa y conversación del examinador.	De espaldas en la mesa.	<p>Parece frente al niño e inclínese hacia su cara a unos 40 cm. De él. Sonríale y mueva la cabeza durante 10 seg. Luego háblele suavemente mientras le sigue sonriendo y toque su abdomen tenuemente. Fíjese si responde con cualquiera vocalización.</p> <p>Créditos; si el niño responde con vocalización a cualquier estímulo.</p>
8	Reacciona ante el desaparecimiento de la cara del examinador.	De espaldas en la mesa.	<p>Mientras el niño está mirando su cara (al igual que en ítem anteriores). Rápidamente muévase fuera de su campo visual pero, mire la expresión del niño desde donde</p>	



			<p>sea factible.</p> <p>Fíjese si su sonrisa desaparece, si sus tratan de seguirlo, o si su nivel de actividad cambia.</p> <p>Crédito; si el niño cambia su expresión facial o da otra evidencia de reacción hacia su desaparición.</p>
9	Intenta controlar la cabeza debe ser llevado a posición sentada.	De espaldas en la mesa.	<p>Con el niño de espaldas en la mesa, levántelo suavemente mediante tracción de dos puños, sostenga mediante sus índices los antebrazos, como para sentar al niño de tal manera que se levante ligeramente la espalda de la mesa para observar el movimiento de la cabeza.</p> <p>Crédito; si la cabeza no cuelga exageradamente hacia atrás y hay intentos de enderezarla.</p>
10	Localiza dos sonidos diferentes.	-----	<p>Pregunta ¿hace el niño pequeños sonidos tales como “goo””a” “ma” “ha”? (no son sonidos fonéticos que pueden ser distinguibles en una expresión, pero si, silabas netamente separadas que el niño produce al vocalizar libremente).</p> <p>Crédito; si al menos dos silabas distinguibles.</p>
11	Sonríe en respuesta la sonrisa del examinador	De espaldas a la mesa.	<p>Sigue las mismas instrucciones del ítem N°1 (deben repetirla al final del examen si el niño se ve sorprendido o inhibido y debe registrar las diferencias del comportamiento).</p> <p>Crédito; si la sonrisa obtenida esta vez es clara y rápidamente provocada.</p>
12	Boca con la vista la fuente del	De espaldas en la mesa.	<p>Parece detrás de la cabeza del niño, fuera de su campo visual y haga sonar la campanilla, primero aun</p>



3 meses		sonido.		<p>lado después al otro, aproximadamente a 60 cm. Se su oreja. Si el sonido parece asustarle, haga sonar la campanilla suavemente. (En esta etapa no hay movimientos definitivos de girar la cabeza hacia el sonido, pero los ojos del niño se moverán lentamente de un lado al otro en busca del sonido).</p> <p>Crédito; si el niño mueve sus ojos (no necesariamente en la dirección correcta) en búsqueda aparente del sonido de la campanilla.</p>
	13	Sigue la argolla con la vista de un Angulo de 180°.	De espaldas en la mesa.	<p>Sigue las mismas instrucciones del ítem N° 4.</p> <p>Crédito; si el niño sigue con la vista la argolla en forma continua en un Angulo de 180°, aunque mide todavía la mano del examinador.</p>
	14	Mantiene la cabeza erguida al ser llevado a posición sentada.	De espaldas en la mesa.	<p>Con el niño de espaldas en la mesa, levántelo suavemente mediante tracción de los antebrazos. Deje de traccionar y lleve al niño a la posición sentada sosteniéndolo de los costados al nivel del tronco.</p> <p>Crédito; si el niños es capaz ahora de mantener la cabeza erguida aunque la espalda este siempre arqueada y a ya a menudo oscilaciones de la cabeza.</p>
	15	Localización prolongada.	-----	<p>Pregunta ¿Emite el niño sonidos como tales como “are – are” “agu – agu” “agre –agre”, etc? (son los mismos sonidos que a los dos meses pero ahora más prolongada y muestran la parición más clara de las consonante).</p> <p>Crédito; si emite al menos dos sonidos prolongados distinguibles.</p>

4 meses	16	La cabeza sigue a a la cuchara que desaparece.	Sentado (falda de la madre).	<p>Tome la cuchara por la punta de su mano y en forma vertical de modo que se extienda hacia arriba hasta el nivel de los ojos del niño, a unos 60 cm. De distancia.</p> <p>Luego muévalo lentamente hacia el lado siguiendo una recta y vuelva al otro lado a través de su campo visual, al menos tres veces.</p> <p>Crédito; si el niño mueve la cabeza para seguir la cuchara visualmente, cuando esta se mueva a cada lado.</p>
	17	Gira la cabeza al sonido de la campanilla.	Sentado (falda de la madre).	<p>Pídale a la madre que tome al niño en su falda mirándola a ella y que atraiga a atención del hacia ella. Cuando el niño este mirando a su madre, agá sonar la campanilla primero en una oreja después en la otra, fuera del campo visual del niño y aproximadamente 30 cm de su oreja.</p> <p>Repítalo varias veces si es necesario. Déjalo ver la campanilla brevemente cuando se vuelva hacia ella, antes de hacerla sonar el a oreja opuesta. Si el ruido procede asustarlo, hágalo sonar brevemente.</p> <p>Crédito; si el niño vuelve su cabeza en forma discriminatoria hacia la fuente del sonido.</p>
	18	En posición prona se levanta a la mismo apoyándose en sus brazos.	Boca abajo en la mesa.	<p>Ponga al niño boca abajo en la mesa. Observe si eleva su cabeza y hombros, por medio de sus brazos, manos y codos.</p> <p>Crédito; si el niño eleva su cabeza su cabeza y parte superior del tronco mediante una acción voluntaria.</p>
	19	Levanta la cabeza	De espaldas en	Siga las mismas instrucciones del



5 meses		y los hombros al ser llevado a posición sentada.	la mesa.	<p>ítem N° 14.</p> <p>Crédito; si el niño es capaz ahora de participar en el movimiento, desde que usted comienza a ejercer la pequeña tracción sobre los antebrazos; la cabeza no cuelga más hacia atrás y se afirma desde la partida del movimiento para compensar la tracción.</p>
	20	Ríe a carcajadas.	-----	<p>Pregunta: ¿Se ríe a carcajadas? ¿Cuándo?.</p> <p>Crédito; cualquier respuesta afirmativa que implique risa ruidosa para distinguirla de los gorgojeos anteriores.</p> <p>Registre si se trata de una respuesta a una estimulación social o si el niño se ejercita solo en reír.</p>
	21	Da vueltas la cabeza hacia quien le habla.	Sentado (falda de la madre).	<p>Siente al niño en la falda de su madre, mirándola a ella susúrrele su nombre a unos 30 cm de su oreja, cuidando que su respiración no sea sentida por el niño (pueda volverse por la respiración y no por el sonido). Puede repetirlo tres veces.</p> <p>Crédito; si el niño gira la cabeza en respuesta al llamado.</p>
22	Palpa el borde de la mesa.	Sentado (falda de la madre). Mesa.	<p>Ponga la mesa a una distancia tal que las manos del niño la alcancen fácilmente. Para provocar esta respuesta, que se produce generalmente pueda llevar las manos del niño al contacto con el borde, si ellas no se acercan espontáneamente.</p> <p>Crédito; si el niño rasguña, explora, palapa, rastrillea o golpea el borde de la mesa.</p>	

	23	Comienza un movimiento de prensión dirigido hacia la argolla.	De espaldas en la mesa.	<p>Suspenda mediante el cordel la argolla, cerca del niño sobre su cabeza o su pecho.</p> <p>Crédito; cualquier esfuerzo de presión tal como; agitación de todo el cuerpo, actividad de la boca, de los brazos, acercamiento de la mano a la argolla o cogimiento de la misma.</p>
	24	Tracciona hasta lograr la posición sentada.	De espaldas en la mesa.	<p>Parece a los pies del niño e inclínese sobre el mientras este recostado de espaldas. Dele sus pulgares para agarrarse. Con este apoyo, permítale hacer fuerza hasta llevar su cuerpo a una posición sentada (eleve sus manos gradualmente cuando el niño tire, pero asegúrese de no estar haciendo la fuerza por el).</p> <p>Crédito; si el niño llega a una posición sentada por su fuerza y con el apoyo de los pulgares del examinador.</p>
	25	Se mantiene sentado con leve apoyo.	Sentado en la mesa.	<p>Siente al niño con sus piernas estiradas y abiertas en un ángulo de más o menos 50° (si no se sienta solo, apóyelo con pañales o con su mano en la parte baja de la espalda).</p> <p>Crédito; si se mantiene sentado con pequeño apoyo.</p>
	26	Se mantiene solo momentáneamente.	Sentado en la mesa.	<p>Siga las instrucciones del ítem N° 25 8no lo ayude con apoyo).</p> <p>Crédito; si el niño se sienta momentáneamente.</p>
	27	Da vueltas la cabeza hacia la cuchara caída.	Sentado (falda de la madre). Mesa.	<p>Tome la cuchara de modo que quede al borde de la mesa al lado del niño y cuando el este mirando, déjela caer al suelo, en formal tal que haga ruido. (si la respuesta no</p>



6 meses				<p>es clara, repítala).</p> <p>Crédito; si el niño vuelve la cabeza hacia el lugar del ruido.</p>
	28	Coge la argolla.	Sentado (falda de la madre).	<p>Ubíquese frente al niño y cogiendo la argolla del cordel, hágala oscilar muy suavemente.</p> <p>Crédito; si el niño coge la argolla por algunos segundos.</p>
	29	Coge el cubo.	Sentado (falda de la madre).	<p>Deslice el cubo sobre la mesa en dirección hacia el niño, deteniéndolo aproximadamente a 50 cm de él; déjelo ahí algunos segundos y luego acérquelo progresivamente hasta el alcance de su mano.</p> <p>Crédito; si el niño tiene su mano espontáneamente hacia el cubo, lo coge en su palma y lo levanta de la mesa. (no es necesario que sea con oposición del pulgar).</p>
	30	Vocaliza cuando se le habla.	-----	<p>Pregunta: ¿trata de imitar los sonidos que se le dicen? ¿Cómo?.</p> <p>Crédito; cualquier respuesta afirmativa que se refiera a modulaciones variadas, como intento de imitación de la modulaciones de la voz, debe el niño hacerlas como imitación de quien hable y en mismo tono, lo que distingue claramente este comportamiento de las vocalizaciones anteriores.</p>
	31	Se sienta solo, 30 segundos o más.	Sentado en la mesa.	<p>Siga las instrucciones del ítem N° 25 pero no le ayude con apoyo.</p> <p>Crédito; si el niño se sienta solo por 30seg. o más.</p>
	32	Intenta agarrar la pastilla.	Sentado (falda de la madre).	<p>Pídale a la madre que tome al niño en su falda y lo coloque frente a la mesa. Presenta la pastilla al alcance</p>

7 meses				<p>del niño y asegúrese que llame su atención. (Golpee cerca de ella en la mesa, hágala rodar, etc).</p> <p>Crédito; si el niño hace esfuerzos por tomar la pastilla aunque no tenga éxito.</p>
	33	Escuchas selectivamente palabras familiares.	-----	<p>Fíjese si el niño escucha selectivamente palabras familiares tales como “guagua”, “mama”, “papa”, o nombres familiares. Usted también puede probar la palabra sugeridas por la madre, que sean familiares al niño. Este ítem puede evaluar mediante una observación incidental, o una prueba directa.</p> <p>Crédito; si el niño responde diferenciando las palabras que conoce, por ejemplo, cambiando la expresión facial, vocalizando o imitando la palabra.</p>
	34	Coopera en los juegos.	Sentado (falda de la madre).	<p>Cubra la cabeza del niño con un pañal preguntándole ¿Dónde está el niño?</p> <p>Crédito; si el niño trata de sacarse el pañal.</p>
	35	Coge dos cubos, uno en cada mano.	Sentado (falda de la madre). Mesa.	<p>Siga las instrucciones del ítem N° 29, presentando un primer cubo el niño, después cuando el niño haya cogido, presente el segundo cubo.</p> <p>Crédito; si los dos cubos son retenidos entre la palma y los dedos, con un comienzo de oposición del pulgar.</p>
	36	Se sienta solo y se mantiene erguido.	De espaldas en la mesa.	<p>Tome al niño bajo los antebrazos e incítele a sentarse.</p> <p>Crédito; si el niño empuja hasta sentarse y se mantiene erguido.</p>



8 meses	37	Tracciona hasta logra la posición de pie.	Sentado en la mesa.	Siga las mismas instrucciones del ítem N°24. Crédito; si el niño se empuja a si mismo hasta una posición de pie, con el apoyo de los pulgares del examinador.
	38	Iniciación de los pasos, sostenidos bajo el brazo.	De pie (en el suelo).	Póngase detrás del niño, tómelo bajo los brazos y colóquelo en posición de pie. Crédito; si el niño hace movimientos de paso que le impelen hacia adelante aun en ausencia de apoyo real sobre sus pie, o de movimientos coordinados de marcha en el resto del cuerpo.
	39	Coge la pastilla con movimientos de rastrillo.	Sentado (falda de la madre). Mesa.	Deslice la pastilla sobre la mesa empujándola con el dedo hacia el niño; llévela aproximadamente a 50 cm del rostro y luego acérquelo hasta que entre en contacto con la mano del niño. Crédito; si el niño coloca su mano sobre la pastilla, acercándola bajo su palma con un movimiento de rastrillo o cogiéndola interdigitalmente.
	40	Dice “da – da” o equivalente.	-----	Fíjese bien si, en cualquier momento durante el periodo de observación, si el niño ha usado una repetición de dos silabas del mismo sonido como “da – da” “ba - ba”, etc. Estas silabas no son necesariamente emitidas por el niño como palabras significativas. Crédito; cualquier expresión definida de este tipo de vocalizaciones.
	41	Logra llegar a posición de pie,	Sentado en el	Siente al niño en el suelo junto a una silla con un juguete encima de



9 meses		apoyado en un mueble.	suelo. Silla.	ella. Incite al niño a pararse para alcanzar el juguete. Crédito; si el niño se pone de pie, por sus propios medios, apoyándose de la silla.
	42	Camina, sostenido bajo los brazos.	De pie en suelo.	Siga las instrucciones del ítem N° 38. Crédito; si el niño realiza movimientos coordinados de marcha, aunque descansa sobre el apoyo que usted le da.
	43	Coge la pastilla, con la participación del pulgar.	Sentado (falda de la madre). Mesa.	Siga las mismas instrucciones del ítem N° 39. Crédito; si el niño toma la pastilla con presión parcial, esto es, con varios dedos en oposición al pulgar.
	44	Encuentra un cubo bajo el pañal.	Sentado (falda de la madre).	Muestre el cubo al niño para atraer su atención. Deje que lo manipule. Luego quítaselo, y ante su vista, escóndalo sobre su mesa, bajo el pañal. Crédito; cualquier movimiento, o acción del niño de carácter intencional que deje al descubierto el cubo escondido; es decir que quite el pañal que lo cubra.
	45	Reacciona a comentarios verbales familiares.	-----	Pregunta: ¿reacciona el niño al oír su nombre?; o al “hablar de papa, del paseo o la comida” ¿Cómo reacciona? Crédito; si el niño responde adecuadamente a cualquier comentario verbal, que no haya sido acompañado de mímica por parte del adulto.
	46	Coge la pastilla entre el pulgar y	Sentado (falda de la madre).	Siga las instrucciones del ítem N° 39.



		el índice.	Mesa.	Crédito; si el niño coge la pastilla entre el pulgar y el índice sin intervención de otros dedos, en general replegados.
	47	Imite gestos simples.	Sentado (falda de la madre).	Realice gestos simples tales como aplausos, despedida o pídaselo verbalmente. Crédito; si el niño realiza cualquiera de estos gestos (aunque se a uno solo) como imitación del gesto del examinador o en respuesta a una palabra.
10 meses	48	Coge el tercer cubo dejando uno de los dos primeros.	Sentado (falda de la madre). Mesa.	Siga las mismas instrucciones del ítem N° 29 con dos cubos. Mientras el niño tiene un cubo en cada mano, se le ofrece un tercero, deslizándolo sobre la mesa y luego levantándolo y dándole vueltas frente al niño, al nivel de sus manos. Créditos; si el niño deja uno de los cubos que tiene en sus manos y coge el que se le presente.
	49	Junta cubos en línea media.	Sentado (falda de la madre). Mesa.	Tome un cubo en cada mano y hágalos sonar al golpear los unos contra otros. Ofrézcalos al niño e invítelo a hacer lo mismo. Observe su habilidad para juntar sus manos en la línea media. Crédito; si el niño junta sus manos en la línea media en un esfuerzo por golpear los cubos.
	50	Reacciona al “no – no”.	Sentado (falda de la madre). Mesa.	Deje un cubo encima de la mesa y cuando el niño intente llevárselo a la boca, diga firmemente “no no”. Si el niño no responde, pregunta a su madre que le ha enseñado al respecto y que palabras usa ella (se le puede pedir a ella que dé la orden inhibitoria, en la situación más apropiada y comuna al niño).



				<p>Crédito; si el niño inhibe su actividad, a la orden del examinador o de la madre, aunque recomience con más entusiasmo para continuar con el juego.</p>
12 meses	51	Camina algunos pasos de la mano del examinador.	De pie (en el suelo).	<p>Coja al niño de una mano y de algunos pasos de manera que el realice lo mismo.</p> <p>Crédito; si el niño da algunos pasos sin tambalearse.</p>
	52	Junta las manos en línea media.	Sentado (falda de la madre).	<p>Atraiga la atención del niño en el juego de “aplaudir”.</p> <p>Observe su habilidad para juntar sus manos en línea media.</p> <p>Crédito; si el niño junta sus manos en la línea media, sin la ayuda del adulto.</p>
	53	Se pone de pie, solo.	-----	<p>Pregunta ¿ Se pone el niño de pie, solo sin apoyar?</p> <p>Crédito; cualquier respuesta afirmativa que signifique que el pequeño puede pasar la posición sentada a la posición de pie, sin apoyo.</p>
	54	Entrega, como respuesta a una orden.	-----	<p>Deje la botella en manos del niño, deje una orden “dásela a mama o dame la botella”. Si no responde el niño, pregunta a su madre que le ha enseñado al respecto y que palabra usa ella (se puede pedir a ella que de la orden en la situación mas apropiada y familiar para el niño). La orden debe ser verbal y no ir acompañada de gestos que sugiera entrega.</p> <p>Crédito; cualquier respuesta del niño que indique comprensión de la orden y obediencia a ella.</p>

	55	Dice al menos dos palabras.	-----	<p>Pregunta: ¿dice el niño algunas palabras diferentes? ¿Cuáles? (registre las palabras mencionadas).</p> <p>Crédito; cualquier respuesta afirmativa que consiga dos o más palabras como “mama” “papa” o palabras deformadas pero que tengan un significado específico.</p>
	56	Camina solo.	De pie (en el suelo).	<p>Observe si el niño es capaz de caminar solo de un lugar a otro; detenerse y seguir (algunos pasos vacilantes desde una persona a otra que lo espera, no son suficientes).</p> <p>Créditos; si camina solo o con seguridad, aunque sea con rodillas tiasas, piernas separadas y levantándose sobre la punta de los pies.</p>
15 meses	57	Introduce en la botella la pastilla.	Sentado (falda de la madre). Mesa.	<p>Presenta pastillas sobre la mesa, al lado de la botella.</p> <p>Por lo general, el niño toma la pastilla y trata de introducirlo espontáneamente en la botella. Si no lo hace dígame; “métela dentro”, mostrándole la boca del frasco con el dedo.</p> <p>Crédito; si el niño coge la pastilla y lo introduce inmediatamente en la botella.</p>
	58	Espontáneamente garabatea.	Sentado (falda de la madre) Mesa.	<p>Ponga el papel en la mesa frente al niño. Entregue el lápiz al niño e indícale con palabras que escriba.</p> <p>Crédito; si el niño por propia iniciativa (sin demostración intenta garabatear con el lápiz dejando una marca en el papel).</p>
	59	Coge el tercer cubo conservado los dos primeros.	Sentado (falda de la madre).	<p>Siga las instrucciones del ítem N° 29 con dos cubos. Mientras el niño tiene los dos cubos, se hacen rápidamente avanzar cerca de un</p>



18 meses		Mesa.	<p>tercer cubo y se le invita a tomarlo. Si el niño no logra coger dos cubos a la vez con una sola mano, se le pide a la madre, que se separe de la mesa de manera que esta no sirva de apoyo para el niño y nuevamente se le tiende el cubo.</p> <p>Crédito; si el niño logra coger los tres cubos a la vez, sea con las manos, apretándolos contra si o sujetándolo uno en su boca.</p>
	60	Dice al menos tres palabras.	<p>Siga las mismas instrucciones del ítem N° 55.</p> <p>Crédito; si el niño dice tres o más palabras aunque deformadas pero, si con un significado definido.</p>
	61	Muestras sus zapatos.	De pie (en el suelo).
62	Camina varios pasos hacia el lado.	De pie (en el suelo).	<p>Dele el cordel con la argolla se arrastre por el suelo. El niño se motivara a mirar la argolla a medida que la tire; entonces caminará hacia el lado y hacia tras. (Si se observa que el niño camina hacia el lado o hacia detrás durante cualquier otro momento del periodo del examen, dele crédito y no haga la prueba). (Puede usar cualquier juguete de arrastre que se a atractivo para el niño).</p> <p>Crédito; si el niño da varios pasos</p>

				hacia el lado.
63	Camina varios pasos hacia atrás.	De pie (en el suelo).		Siga las mismas instrucciones del ítem N° 62. Crédito; si el niño da varios pasos hacia atrás.
64	Retira inmediatamente la pastilla de la botella.	Sentado (falda de la madre). Mesa.		Haga que el niño ponga la pastilla en la botella o métala usted ante su vista. Cuando la pastilla este en la botella, muéstresela y diga: “Dale a mama la pastilla”. Crédito; si el niño consigue recuperar de inmediato la pastilla invirtiendo el frasco.
65	Atrae el cubo con un palo.	Sentado (falda de la madre). Mesa.		Parece detrás del niño y ponga el cubo sobre la mesa, justo fuera del alcance del niño; ponga el palo de modo que toque el cubo y punto hacia el niño; ponga el cubo de modo que toque el cubo y apunte hacia el niño. Después diga “¿ves cómo hago que el cubo venga?” y arrastre el cubo hacia el niño mediante el palo diciendo: “ven cubo”. Luego vuelva a colocar el cubo y el palo. Diga (nombre del niño) has que el cubo venga. Si es necesario repita “ven ven.” Crédito; si el niño efectúa un intento voluntario de acercar el cubo por medio del palo, aunque no logre la coordinación necesaria para atraerlo.
66	Nombra un objeto de los cuatro presentados.	Sentado (falda de la mesa). Mesa.		Muéstrele al niño la muñeca y pregúntele: ¿Qué es esto? O póngalo cerca del niño y si alcanza ¿Qué quieres? Luego preséntele los otros objetos, uno a uno preguntando cada vez ¿Qué es esto? El orden de presentación es ;



21 meses			muñeca, palo, lápiz y cuchara. Toda la serie debe ser intentada. Anote los objetos nombrados. Crédito; una respuesta correcta, sin tomar en cuenta la articulación pobre. Acepte el nombre convencional del objeto, o un nombre diferente si hay indicación clara que el niño acostumbra a llamar a este objeto con ese nombre.
	67	Imita al menos tres palabras expresando por el examinador.	----- Crédito; tres palabras cualesquiera que el niño repita como imitación.
	68	Construye una torre con tres cubos.	Sentado (falda de la madre). Mesa. Dale 3 oportunidades si es necesario. Cada nivel de la torre debe tener un solo cubo. Crédito; si el niño construye una torre de 3 cubos o más.
	69	Dice al menos 6 palabras.	----- Crédito; si el niño usa al menos 6 palabras con significado, aunque estas se pronuncien deformadas.
70	Usa palabras para		Pregunta; “usa palabras el niño para dar a conocer sus deseos?”



		comunicar deseos.	-----	¿Cuáles? al comienzo generalmente usa una palabra “dame” “baje”, etc. Crédito; si el niño usa una o más palabras en un esfuerzo para dar a conocer sus deseos.
24 meses	71	Se para en un pie con ayuda.	De pie (en el suelo).	Tome una de las manos del niño y trate de persuadirlo a que levante un pie. Una demostración o una orden pueden ayudar. Por ejemplo, pedirle que levante su zapato para atárselo. Crédito; si el niño se para en un pie con una ayuda leve.
	72	Nombra 2 objetos de los cuatro presentados.	Sentado Mesa.	Siga las instrucciones del ítem 66. Crédito; igual que el ítem N° 66 pero ahora se exigen dos palabras.
	73	Ayuda en su casa en tareas simples.	----- 	Pregunte al acompañante si el niño ayuda en la casa haciendo cosas simples, como ayudar a guardar sus juguetes traer algo cuando se lo piden. Crédito; si le niño efectivamente ayuda en la casa de alguna manera.
	74	Apunta al menos 4 partes del cuerpo de la muñeca.	Sentado (falda de la madre).	Muestra al niño la muñeca y espera su respuesta después de cada frase. Dígale “muéstrame el pelo”, “muéstrame los pies” “la boca”, “los ojos”. Si no responde se puede variar la preguntas. ¿Dónde está su nariz?, etc. (regístrese las partes indicadas por el niño). Crédito; si el niño señala 4 o más partes del cuerpo de la muñeca.
	75	Construye una torre con 5 cubos.	Sentado (falda de la madre). Mesa.	Siga las mismas instrucciones del ítem N°68. Crédito; si el niño construye una torre estable con 5 cubos.

PUNTAJE: _____

DESARROLLO PSICOMOTOR:

-C.D. mayor o igual a 85 : Normal ()

-C.D. entre 84 y 70 : Riesgo ()

-C.D. menor o igual a 69 : Retraso ()

FIRMA DE LA MADRE



ANEXO 4

TABLAS DE CONVERSIÓN

Edad: SIETE MESES

EM/EC	PE	EM/EC	PE	EM/EC	PE	EM/EC	PE
0.67	0.60	0.91	0.81	1.15	1.02	1.39	1.23
0.68		0.92		1.16		1.40	
	0.60	0.93	0.82	1.17	1.03	1.41	1.24
0.69		0.94		1.18		1.42	
0.70	0.61	0.95	0.82	1.19	1.04	1.43	1.25
0.71		0.96		1.20		1.44	
0.72	0.62	0.97	0.83	1.21	1.04	1.45	1.26
0.73		0.98		1.22		1.46	
0.74	0.63	0.99	0.84	1.23	1.05	1.47	1.26
0.75		1.00		1.24		1.48	
0.76	0.64	1.01	0.85	1.25	1.06	1.49	1.27
0.77		1.02		1.26		1.50	
0.78	0.65	1.03	0.86	1.27	1.07	1.51	1.28
0.79		1.04		1.28		1.52	
0.80	0.66	1.05	0.87	1.29	1.08	1.53	1.29
0.81		1.06		1.30		1.54	
0.82	0.67	1.07	0.88	1.31	1.09	1.55	1.30
0.83		1.08		1.32		1.56	
0.84	0.67	1.09	0.89	1.33	1.10	1.57	1.31
0.85		1.10		1.34		1.58	
0.86	0.68	1.11	0.89	1.35	1.11	1.59	1.32
0.87		1.12		1.36			
0.88	0.69	1.13	0.90	1.37	1.11		1.33
0.89		1.14		1.38			
0.90	0.70		0.91		1.12		1.33
	0.71		0.92		1.13		1.34
	0.72		0.93		1.14		1.35
	0.73		0.94		1.15		1.36
	0.74		0.95		1.16		1.37
	0.74		0.96		1.17		1.38
	0.75		0.96		1.18		1.39
	0.76		0.97		1.18		1.40
	0.77		0.98		1.19		1.40
	0.78		0.99		1.20		
	0.79		1.00		1.21		
	0.80		1.01		1.22		

Edad: OCHO MESES

EM/EC	PE	EM/EC	PE	EM/EC	PE	EM/EC	PE
0.76	0.60	0.94	0.80	1.12	1.01	1.30	1.22
0.77	0.61	0.95	0.82	1.13	1.02	1.31	1.23
0.78	0.62	0.96	0.83	1.14	1.03	1.32	1.24
0.79	0.63	0.97	0.84	1.15	1.05	1.33	1.25
0.80	0.64	0.98	0.85	1.16	1.06	1.34	1.26
0.81	0.66	0.99	0.86	1.17	1.07	1.35	1.28
0.82	0.67	1.00	0.87	1.18	1.08	1.36	1.29
0.83	0.68	1.01	0.89	1.19	1.09	1.37	1.30
0.84	0.69	1.02	0.90	1.20	1.10	1.38	1.31
0.85	0.70	1.03	0.91	1.21	1.12	1.39	1.32
0.86	0.71	1.04	0.92	1.22	1.13	1.40	1.33
0.87	0.72	1.05	0.93	1.23	1.14	1.41	1.35
0.88	0.74	1.06	0.94	1.24	1.15	1.42	1.36
0.89	0.75	1.07	0.95	1.25	1.16	1.43	1.37
0.90	0.76	1.08	0.97	1.26	1.17	1.44	1.38
0.91	0.77	1.09	0.98	1.27	1.18	1.45	1.39
0.92	0.78	1.10	0.99	1.28	1.20	1.46	1.40
0.93	0.79	1.11	1.00	1.29	1.21		

Edad= NUEVE MESES

EM/EC	PE	EM/EC	PE	EM/EC	PE	EM/EC	PE
0.76	0.60	0.95	0.81	1.14	1.01	1.33	1.21
0.77	0.61	0.96	0.82	1.15	1.02	1.34	1.22
0.78	0.63	0.97	0.83	1.16	1.03	1.35	1.24
0.79	0.64	0.98	0.84	1.17	1.04	1.36	1.25
0.80	0.65	0.99	0.85	1.18	1.05	1.37	1.26
0.81	0.66	1.00	0.86	1.19	1.06	1.38	1.27
0.82	0.67	1.01	0.87	1.20	1.07	1.39	1.28
0.83	0.68	1.02	0.88	1.21	1.09	1.40	1.29
0.84	0.69	1.03	0.89	1.22	1.10	1.41	1.30
0.85	0.70	1.04	0.90	1.23	1.11	1.42	1.31
0.86	0.71	1.05	0.91	1.24	1.12	1.43	1.32
0.87	0.72	1.06	0.93	1.25	1.13	1.44	1.33
0.88	0.73	1.07	0.94	1.26	1.14	1.45	1.34
0.89	0.74	1.08	0.95	1.27	1.15	1.46	1.35
0.90	0.75	1.09	0.96	1.28	1.16	1.47	1.36
0.91	0.76	1.10	0.97	1.29	1.17	1.48	1.37
0.92	0.78	1.11	0.98	1.30	1.18	1.49	1.39
0.93	0.79	1.12	0.99	1.31	1.19	1.50	1.40
0.94	0.80	1.13	1.00	1.32	1.20		

ANEXO 5

PLAN DE SESIÓN EDUCATIVA

I. DATOS GENERALES

Tema: Estimulación temprana en niños de 7 a 9 meses de edad con la guía del ADRA.

Lugar: Mañazo

Participantes: Madres y sus niños de 7 a 9 meses de edad del centro de salud Mañazo

Responsables:

Bachilleres de la Facultad de Enfermería UNA-PUNO.

CALSIN MOLLEPAZA, Diana Elizabeth.

VARGAS MAMANI, Luz Marina

II. JUSTIFICACIÓN

A través de diversos estudios realizados en países de América Latina se ha podido comprobar que existe un déficit en el desarrollo psicomotor de los niños, especialmente en los que viven en sectores pobres, lo que se ve desde los primeros meses de edad.¹

Además se sabe que el cerebro se desarrolla en un 80% en los tres primeros años de vida y en los siguientes dos años se desarrolla en un 10% más, es decir que hasta los 5 años, el cerebro humano se ha desarrollado en un 90%, porque es el momento en el que hace más eficaz el aprendizaje, esto porque el cerebro tiene mayor plasticidad, es decir que se establecen conexiones entre neuronas con mayor facilidad y eficacia, esto proceso se presenta aproximadamente hasta los seis años de edad.

Para desarrollar la inteligencia, el cerebro necesita de información. Los niños reciben información de diversos estímulos a través de los sentidos, lo hacen día y noche; si estos estímulos son escasos o de pobre calidad, el cerebro tardará en desarrollar sus capacidades o lo hará de manera inadecuada, por el contrario al recibir una estimulación oportuna el infante podrá adquirir niveles cerebrales superiores y lograr un óptimo desarrollo intelectual.²

Otro aspecto importante de señalar, es que este déficit se debe fundamentalmente a la falta de estímulos que reciben los niños.

Algunas madres carecen de preparación adecuada y de conocimientos, por ello se debe realizar la estimulación temprana junto a ellas enseñándole para que lo realice

en casa, por ello se debe realizar formas sencillas de estimulación y con materiales que ellas tengan en cada es muy importante porque están en contacto directo con los niños, ya que la falta de estímulos podría ocasionar un déficit en el desarrollo psicomotor en los niños.³

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General:

Desarrollar al máximo las capacidades del niño de acuerdo a la etapa de desarrollo en el que se encuentran por medio de la estimulación temprana con la guía del ADRA.

3.2 Objetivo Especifico:

Explicar la importancia de la estimulación temprana a las madres

Diferenciar las áreas de desarrollo psicomotor.

Reconocer las formas de estimulación temprana

Aplicar las formas de estimulación temprana con los niños

IV. MARCO TEORICO.

ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Los estímulos son todas las cosas que nos rodean; como por ejemplo: un sonido, un juguete, una caricia, una voz, una planta, un olor, el sol, la luz y muchas cosas más. Y se le llama Temprana por que los estímulos son brindados a los niños o niñas desde recién nacidos hasta los 5 primeros años de vida.

La “Estimulación Temprana” es un conjunto de acciones que proporcionan al niño sano, en sus primeros años de vida, las experiencias que necesita para el desarrollo máximo de sus potencialidades físicas, mentales, emocionales y sociales, permitiendo de este modo prevenir el retardo o riesgo a retardo en el desarrollo psicomotor. Su práctica en aquellos niños que presentan algún déficit de desarrollo, permite en la mayoría de los casos, llevarlos al nivel correspondiente para su edad cronológica.

Las actividades de estimulación tienen su base en el conocimiento de las pautas de desarrollo que siguen los niños; por ello, deben ser aplicados de acuerdo a la edad en meses del niño y a su grado de desarrollo, ya que no se pretende forzarlo a lograr metas que no está preparado para cumplir.⁴

¿Por qué es importante la estimulación temprana?

Porque favorece el desarrollo del cerebro y por lo tanto de la inteligencia en las niñas y niños.

El desarrollo de la inteligencia comienza desde el primer día de vida, y es necesario alimentarla con estimulación a diario desde ese mismo momento.

Toda la estimulación que reciba la niña y niño en los primeros años de vida le servirá de base para más adelante.

La infancia se considera como el momento del desarrollo más significativo en la formación de las personas; en ella se establecen las bases fisiológicas de las funciones cerebrales que determinarán su capacidad de aprendizaje. El cerebro se triplica en tamaño en los dos primeros años de vida y en este período alcanza el 80% del peso de adulto. El sistema nervioso central del niño o niña, que es muy inmaduro al nacer, alcanza casi su plena madurez entre los 5 a 7 años de edad.

Las posibilidades de desarrollo de potencialidades a partir de los 7 años son muy escasas, a los 18 meses son mayores y en el menor de 6 meses son ilimitadas, por lo tanto, una persona a los 15 o a los 20 años, aprende nuevas cosas, nuevas habilidades, pero las aprende utilizando conexiones que ya fueron establecidas. Y esto es importante, porque aquello que no se ha constituido en los primeros años de vida ya no se va a constituir, va a ser muchísimo más difícil de lograr, por no decir imposible.

El desarrollo del cerebro se asocia comúnmente al desarrollo de la inteligencia; que se define como la capacidad de resolver problemas, por lo tanto se puede asegurar que la estimulación temprana favorecerá que el niño o niña sea más inteligente, pues su capacidad de aprendizaje y análisis será mayor.⁵

AREAS DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA:

AREA MOTORA

El inicio del desarrollo en la niña o niño se haya dominado por la motricidad y su avance ocurre en sentido céfalo-caudal y próximo-distal. Las actividades en esta área tienen el propósito de contribuir al establecimiento del tono muscular adecuado y reacciones equilibratorias que le permitirá a la niña o niño conseguir el control sobre su cuerpo, ubicarse en el espacio y el tiempo y relacionarse con el medio que lo rodea al moverse libremente (gatear, ponerse de pie, caminar y correr).

AREA COORDINACIÓN:

Desde que nace la niña o niño, ve, oye y percibe un sin número de estímulos que le permite estar alerta y listo para ir conociendo el medio que lo rodea; va construyendo

su pensamiento a partir de las experiencias con los objetos y el entorno, creando mentalmente relaciones y comparaciones entre ellos, así como estableciendo semejanzas y diferencias de sus características.

El desarrollo de la agudeza de los sentidos y la coordinación entre ellos (viso manual, viso auditiva), permitirán al niño acceder a una gran gama de experiencias ricas para el desarrollo cerebral.

Las actividades para estimular esta área van desde mostrarle objetos para que los mire y los siga con la vista, hasta el copiar formas y dibujar.

AREA LENGUAJE:

La estimulación en el área de lenguaje le permitirá a la niña o niño comunicarse con otras personas de su entorno. Su desarrollo abarca tres aspectos: la capacidad comprensiva, expresiva y gestual. La capacidad comprensiva se desarrolla desde que la niña o niño nace, ya que podrá entender ciertas palabras mucho antes de que pueda pronunciarlas; por esta razón es importante hablarle constantemente, relacionándolo con cada objeto que manipule o actividad que realice.

Las primeras manifestaciones son el pre-lenguaje (chupeteos, balbuceos, sonidos guturales, emisiones vocálicas, risas, gritos), hasta la comprensión del lenguaje oral y escrito. La adquisición del lenguaje (oral, corporal, escrito) es un factor esencial en el aprendizaje; una niña o niño que no cuenta con los medios para comunicarse, no comprende claramente lo que ocurre a su alrededor, por lo que puede llegar a presentar serias dificultades en su desenvolvimiento social.

AREA SOCIAL:

Esta área incluye las experiencias afectivas y la socialización de la niña o niño, que le permitirá sentirse querido y seguro, capaz de relacionarse con otros de acuerdo a normas.

Para el adecuado desarrollo de esta área es primordial la participación de los padres o cuidadores como primeros generadores de vínculos afectivos.

Es importante brindarles seguridad, cuidado, atención y amor, además de servir de referencia o ejemplo pues aprenderán cómo comportarse frente a otros. Los valores de la familia, el afecto y las reglas de la sociedad le permitirán a la niña o niño, poco a poco, dominar su propia conducta, expresar sus sentimientos y ser una persona independiente y autónoma.

Para estimular esta área se realizarán actividades que permitan satisfacer su iniciativa, curiosidad y su necesidad de obtener un mayor grado de autonomía en lo que se refiere a los hábitos de independencia personal (alimentación, vestido, aseo, etc.)⁶

Los talleres se desarrollarán en 4 pasos:

Animación.- En este paso se realiza una dinámica de motivación e integración, generalmente, a través de canciones o actividades acompañadas de sonidos que inicien la interacción entre los padres y sus niñas o niños. Este tipo de actividades tienden a estimular las áreas de lenguaje y socialización en los menores.

Reflexión.- En este paso se formulan preguntas a los participantes acerca de las actividades que normalmente realizan las niñas o niños a determinada edad. Esto nos permitirá conocer las pautas de desarrollo normal y sospechar de ciertos retrasos o riesgo de retraso en el desarrollo de la niña o niño.

Demostración.- Es el paso de mayor duración, pues los participantes pondrán en práctica cada una de las actividades de la sesión de estimulación con sus propias niñas o niños o con muñecos de trapo, en el caso de los agentes comunitarios de salud. Las áreas que más se desarrollan en este paso son el área motora y de coordinación, pues generalmente son las áreas menos estimuladas en el hogar.

Evaluación.- Este paso nos permitirá verificar si los participantes aprendieron la forma correcta de aplicación de las actividades o ejercicios, y daremos pautas de estimulación para el hogar, reforzando el desarrollo de las áreas de lenguaje y social principalmente.

NIÑO DE 7 A 9 MESES DE EDAD

El facilitador formará un círculo con todos los participantes y se colocará en un lugar visible para todos.

Haciendo uso del Manual de Estimulación Temprana (rotafolio), para seguir la secuencia de actividades, el facilitador demostrará cómo hacer las actividades con un muñeco de trapo para que las madres o padres las realicen con sus niñas o niños.

Cada actividad tiene la indicación del tiempo que se hará cada ejercicio, mientras ello el facilitador observará y apoyará a los participantes en la ejecución de las actividades.

ACTIVIDAD	AREA DE ESTIMULACIÓN	JUSTIFICACIÓN
<p>1. Acueste a la niña o niño boca arriba sobre una manta, estimularlo a que gire a la posición boca abajo extendiendo el brazo y la pierna hacia donde se dará la vuelta, ayúdelo a rodar.</p> <p>(10 minutos)</p>	Motora	En este periodo, la niña o niño amplía enormemente sus posibilidades de movimiento y coordinación, por ello el ofrecerle la posibilidad de experimentar nuevos movimientos estimulan el desarrollo del lado izquierdo del cerebro que es el centro del movimiento.
<p>2. Acueste a la niña o niño boca abajo sobre un rodillo o frazada enrollada y ruédelo lentamente hacia los lados; enséñele a detener la caída con los brazos.</p>	Motora y coordinación.	Experimentar la sensación de poder caer, desarrolla el sistema de protección y defensa que consiste en anteponer los brazos para soportar la caída.
<p>3. Coloque a la niña o niño boca abajo y pásele una sabana doblada a lo largo del vientre. Luego colocarlo apoyado en manos y rodillas, para que se acostumbre a la posición de gateo, coloque juguetes delante de él. Déjelo avanzar si intenta hacerlo. (10 minutos)</p>	Motora y coordinación.	El gateo es un proceso que constituye un gran avance para la niña o niño, a nivel neurológico y de coordinación. El gateo prepara a la niña o niño para posteriores aprendizajes, le permitirá tener mayor autonomía, pues podrá desplazarse con toda libertad y seguridad.
<p>4. Acuéstese boca arriba, coloque a la niña o niño encima de su pecho, tómelo por las axilas y ayúdelo a sentarse.</p> <p>Junte la frente de usted con la frente de la niña o niño, háblele y cántele amorosamente. Esta postura le gusta a la niña o niño.</p>	Coordinación y social	Este cambio de posición o ángulo al observar a las personas, crearán las nociones en la niña o niño de “arriba” y “abajo” y de “sobre” y “debajo”. Quizás no comprenda aún las palabras, pero experimenta la sensación.
<p>5. Con una sabana circular de colores jueguen a esconderse bajo ella, deben esconderse los dos, mírense cuando estén dentro y dígame “hola”.</p>	Coordinación y social.	Le permite al niño sentir la sensación de “sobre” y “debajo”, pero esta vez interviniendo al cambiar de posición al objeto.

<p>6. Darle a la niña o niño una caja mediana o recipiente plástico para que meta y saque objetos pequeños. (cubos, tapas de gaseosa). (10 minutos)</p>	<p>Coordinación.</p>	<p>Fortalece el desarrollo de la coordinación motora fina; a su vez, es el primer paso para la realización del encaje.</p>
---	----------------------	--

V. RECURSOS

5.1 Potencial Humano

Facilitadores: 01

Participantes: 06

5.2 Materiales y equipos

Rotafolio

Tríptico.

Papelotes.

Materiales de estimulación temprana.

Plumones.

Bolsas de regalo.

5.1 Servicios.

Fotocopias.

VI. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS.

MÉTODO	TECNICAS	DINAMICAS
<p>Inductivo – deductivo.</p>	<p>Lluvia de ideas.</p>	<p>La pelota preguntona.</p>
<p>Activo.</p>	<p>Exposición dialogada.</p>	
<p>Intuitivo.</p>	<p>Demostrativo.</p>	

VII. CRONOGRAMA

Momento	Contenido	Método	Técnica	Materiales
Animación	Saludo y presentación	Inductivo	Canción “Hola a todos”	Recursos humanos
Reflexión	Recoger saberes previos.	Intuitivo	Lluvia de ideas	Papelote en blanco y plumones.
Demostración	Estimulación temprana.	Activo	Demostrativa.	Dibujos Materiales de estimulación Recursos humanos.
Evaluación	Demostración de Estimulación temprana Asumir compromisos	Deductivo y activo	Dinámica la pelota preguntona Demostrativo	Bolsa de regalo Materiales de estimulación

VIII. EVALUACIÓN

Se evaluó por la dinámica de la pelota preguntona sobre la importancia de la estimulación temprana.

Se realizó una lluvia de ideas en el cual se colocara un papelote y se colocaran todas las respuestas de las madres sobre las formas de estimulación temprana en niños de 7 a 9 meses de edad.

Se aplicara la estimulación temprana a los niños. Luego se pedirá la participación de las madres para que ellas hagan la demostración de forma voluntaria y se dará premios.

IX. BIBLIOGRAFÍA

ADRA. Guía de estimulación temprana para el facilitador. Perú 2009. Pág. 15-16

MORALES DÍAZ ROSA. Desarrollo psicomotor de niño de 0 a 6 años. Pág. 10-15

BELLIDO FERNANDO. El juego y el desarrollo del niño. Disponible en: www.educacion/laimportancia_deljuego/htm. Visitado el [29-12-2012].

SEVILLA NATALIA. Estimulación Infantil. Disponible en:

www.buenastareas/estimulacion_infantil/html. Visitado el [20-12-2012].

DIRECCION GENERAL DE EDUCACION. Manual de Estimulación. 2001. Pág. 62-95

Programa de estimulación dirigido a niños de edades comprendidas entre 1 a 6 años
Disponible en: www.monografias/trabajos/estimulacion.com.

Visitado el [28-11-2012].

ANEXO 6

PLAN DE SESIÓN EDUCATIVA

I. DATOS GENERALES

Tema: Estimulación temprana en niños de 7 a 9 meses de edad con la guía del MINSA.

Lugar: Centro de Salud Mañazo

Participantes: Madres y sus niños de 7 a 9 meses de edad del centro de salud Mañazo

Responsables:

Bachilleres de la Facultad de Enfermería UNA-PUNO.

CALSIN MOLLEPAZA, Diana Elizabeth.

VARGAS MAMANI, Luz Marina

II. JUSTIFICACIÓN

En países subdesarrollados se aborda con gran fuerza el problema de la estimulación dirigida a los grupos de niños que por las condiciones de vida desfavorables en que se encuentran, situaciones de extrema pobreza, constituyen niños con alto riesgo tanto ambiental como biológico, así como niños que presentan anomalías que los hacen necesitar influencias educativas especiales por no estar comprendidos en la norma.¹

Además se sabe que el cerebro se desarrolla en un 80% en los tres primeros años de vida y en los siguientes dos años se desarrolla en un 10% más, es decir que hasta los 5 años, el cerebro humano se ha desarrollado en un 90%, porque es el momento en el que hace más eficaz el aprendizaje, esto porque el cerebro tiene mayor plasticidad, es decir que se establecen conexiones entre neuronas con mayor facilidad y eficacia, esto proceso se presenta aproximadamente hasta los seis años de edad. Para desarrollar la inteligencia, el cerebro necesita de información. Los niños reciben información de diversos estímulos a través de los sentidos, lo hacen día y noche; si estos estímulos son escasos o de pobre calidad, el cerebro tardará en desarrollar sus capacidades o lo hará de manera inadecuada, por el contrario al recibir una estimulación oportuna el infante podrá adquirir niveles cerebrales superiores y lograr un óptimo desarrollo intelectual.²

Otro aspecto importante de señalar, es que este déficit se debe fundamentalmente a la falta de estímulos que reciben los niños.

Algunas madres carecen de preparación adecuada y de conocimientos, por ello se debe realizar la estimulación temprana junto a ellas enseñándole para que lo realice en casa, por ello se debe realizar formas sencillas de estimulación y con materiales que ellas tengan en cada es muy importante porque están en contacto directo con los niños, ya que la falta de estímulos podría ocasionar un déficit en el desarrollo psicomotor en los niños.

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General:

Desarrollar al máximo las capacidades del niño de acuerdo a la etapa de desarrollo en el que se encuentran por medio de la estimulación temprana con la guía del MINSA.

3.2 Objetivo Especifico:

Explicar la importancia de la estimulación temprana

Diferenciar las áreas de desarrollo psicomotor.

Reconocer las formas de estimulación temprana

Aplicar las formas de estimulación temprana con los niños

IV. MARCO TEORICO.

ESTIMULACIÓN TEMPRANA

La “Estimulación Temprana” es un conjunto de acciones que proporcionan al niño sano, en sus primeros años de vida, las experiencias que necesita para el desarrollo máximo de sus potencialidades físicas, mentales, emocionales y sociales, permitiendo de este modo prevenir el retardo o riesgo a retardo en el desarrollo psicomotor. Su práctica en aquellos niños que presentan algún déficit de desarrollo, permite en la mayoría de los casos, llevarlos al nivel correspondiente para su edad cronológica.

Las actividades de estimulación tienen su base en el conocimiento de las pautas de desarrollo que siguen los niños; por ello, deben ser aplicados de acuerdo a la edad en meses del niño y a su grado de desarrollo, ya que no se pretende forzarlo a lograr metas que no está preparado para cumplir.³

IMPORTANCIA

La infancia se considera como el momento del desarrollo más significativo en la formación de las personas; en ella se establecen las bases fisiológicas de las funciones cerebrales que determinarán su capacidad de aprendizaje. El cerebro se

triplica en tamaño en los dos primeros años de vida y en este período alcanza el 80% del peso de adulto.

Las posibilidades de desarrollo de potencialidades a partir de los 7 años son muy escasas, a los 18 meses son mayores y en el menor de 6 meses son ilimitadas, por lo tanto, una persona a los 15 o a los 20 años, aprende nuevas cosas, nuevas habilidades, pero las aprende utilizando conexiones que ya fueron establecidas. Y esto es importante, porque aquello que no se ha constituido en los primeros años de vida ya no se va a constituir, va a ser muchísimo más difícil de lograr, por no decir imposible.

El desarrollo del cerebro se asocia comúnmente al desarrollo de la inteligencia; que se define como la capacidad de resolver problemas, por lo tanto se puede asegurar que la estimulación temprana favorecerá que el niño o niña sea más inteligente, pues su capacidad de aprendizaje y análisis será mayor.

AREAS DE ESTIMULACIÓN:

1. Área Motora: Se refiere al control muscular que se desarrolla de manera progresiva. Inicialmente los movimientos en el niño son bruscos, amplios e incoordinados debido a la inmadurez neurológica. Al evolucionar el niño, acciona grupos musculares o músculos aislados, por lo que tiene movimientos lentos, limitados pero coordinados. Al inicio, el control muscular es burdo, permitiendo acciones generales como: sostener la cabeza, sentarse, caminar o correr; y más adelante, al adquirir la coordinación fina, el niño puede realizar acciones de precisión, como es la oposición del pulgar al índice, lanzar objetos o escribir.

2. Área Lenguaje: Se entiende como lenguaje cualquier forma de comunicación o expresión corporal, gesticular, visible o audible, que puede ir de vocalización a palabras o frases, incluyendo la imitación y comprensión de lo expresado por otras personas. El desarrollo de esta área implica la necesidad anatómica y funcional de integridad cerebral, tanto cortical como sensorial y motriz, que finalmente ante la existencia de un medio social, establezca el lenguaje articulado. El niño ira progresando gradualmente al habla primero emitirá sonidos y luego articulara palabras hasta que logre comunicarse mejor con los demás.

Área De Coordinación: Se refiere a la capacidad del niño para realizar, en forma simultánea, diversas acciones delicadas, de tipo sensorial y motriz, así como las visuales y manuales, que el niño aplica ante problemas o situaciones que enfrenta. El niño va aprendiendo a coordinar lo que ve con lo que hace, lo que oye con lo que ve, etc.

Área Social: Está determinada por el entorno que rodea al niño y por su relación con la madre y sus familiares, dando como resultado conductas específicas que reflejan la interacción con la maduración psico-afectiva, manifestándose como capacidad para

alimentarse, vestirse o jugar,. Representa el proceso de individualización y socialización, así como de independencia y autonomía del niño a través del tiempo. El niño aprende a relacionarse con las demás personas, a querer, a ser querido y aceptado.⁴

ESTIMULACIÓN INFANTIL POR EDADES

ACTIVIDADES PARA NIÑAS Y NIÑOS DE SIETE A NUEVE MESES DE EDAD

Acostado boca abajo sobre una toalla o cobija, poner un juguete que le guste mucho del otro lado de la toalla, pañal o la cobija para que pase por encima y lo busque.

Acostarlo boca abajo pasarle una chalina o pañal ancho por el vientre para levantarlo y colocarlo apoyado en manos y rodillas, para que se acostumbre a esa posición de gateo.

Acostado boca arriba y estimularlo a que gire a la posición boca abajo, extendiendo el brazo y la pierna hacia el lado donde se dará la vuelta.

Darle dos diferentes objetos, (cubos, sonajas, etc.) para que los sostenga en cada mano. Darle uno por vez.

Aventarle una pelota grande y hacer que la arroje con sus manos.

En un frasco de boca ancha, de plástico o caja adornada de colores vistosos poner, caramelos, cubos pequeños o bloques, etc. Y dárselo para que intente abrirlo.

Ofrecerle objetos que pueda lanzar sin problema. A esta edad le divierta aventar cosas y que otra persona las recoja.

Esconder y aparecer pronto de lugares que estén a la vista del bebe.

Ofrecerle una caja con una abertura, dejar que meta la mano y objetos pequeños.

Observar que juguetes le gustan más y dejarlo jugando un ratito solo con estos.

Jugar con él a decir adiós y mover la mano al mismo tiempo para que imite el gesto. Hacer lo mismo con otras expresiones.

Hablarle de lo que está haciendo, usando un lenguaje claro y expresivo.

El niño comenzara a hacer sonidos para llamar a otras personas, acercarse cuando lo haga para acostumbrarlo a comunicarse por medio de sonidos y no solo de gestos. Pedir a los padres que lo hagan en casa permanentemente.⁵

V. RECURSOS

5.1 Potencial Humano

Facilitadores: 01

Participantes: 08

5.2 Materiales y equipos

Tríptico.

Papelotes.

Materiales de estimulación temprana.

Plumones.

5.1 Servicios.

Fotocopias

VI. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS.

METODO	TÉCNICAS	DINAMICAS
Inductivo – deductivo.	Lluvia de ideas.	Corazones.
Activo.	Exposición dialogada.	El semáforo
Intuitivo.	Demostrativo.	

VII. EVALUACIÓN

Se realizara una lluvia de ideas en el cual se colocara un papelote y se colocaran todas las respuestas de las madres sobre la importancia de la estimulación temprana

Se hará la dinámica de “El semáforo” y se harán preguntas sobre las áreas de la estimulación temprana; las madres deberán responderlas.

Se realizara una lluvia de ideas en el cual se colocara un papelote y se colocaran todas las respuestas de las madres sobre las formas de estimulación temprana en niños de 7 a 9 meses de edad.

Se aplicara la estimulación temprana a los niños. Se pedirá la participación de las madres para que ellas hagan la re - demostración de forma voluntaria y se dará premios.

VIII. CRONOGRAMA

Momento	Contenido	Método	Técnica	Materiales
Inicio	Motivación	Activo	Dinámica círculo de nombres	
	Recolección de saberes previos.	Inductivo	Canción “Hola amigos”	
Desarrollo	Explicación teórica. - Importancia de la estimulación temprana - Áreas de la estimulación temprana. - Formas de estimulación temprana.	Activo	Exposición dialogada	Papelote Tríptico. Laminas.
	Demostración y redemonstración. Actividades de estimulación temprana	Activo	Demostrativa.	Dibujos Materiales de estimulación Recursos humanos.
Cierre	Retroalimentación Absolver dudas.	Activo	Demostrativa	Materiales de estimulación.
	Evaluación Preguntas acerca de la estimulación temprana	Deductivo y activo	Dinámica el semáforo. Lluvias de ideas. Demostrativo	Cartulinas Materiales de estimulación
	Extensión. Practicar lo aprendido en casa. Despedida	Activo	Exposición dialogada Canción “Las manitos”	Trípticos

IX. BIBLIOGRAFÍA

Programa de estimulación dirigido a niños de edades comprendidas entre 1 a 6 años
Disponible en: www.monografias/trabajos/estimulacion.com.

Visitado el [28-12-2012].

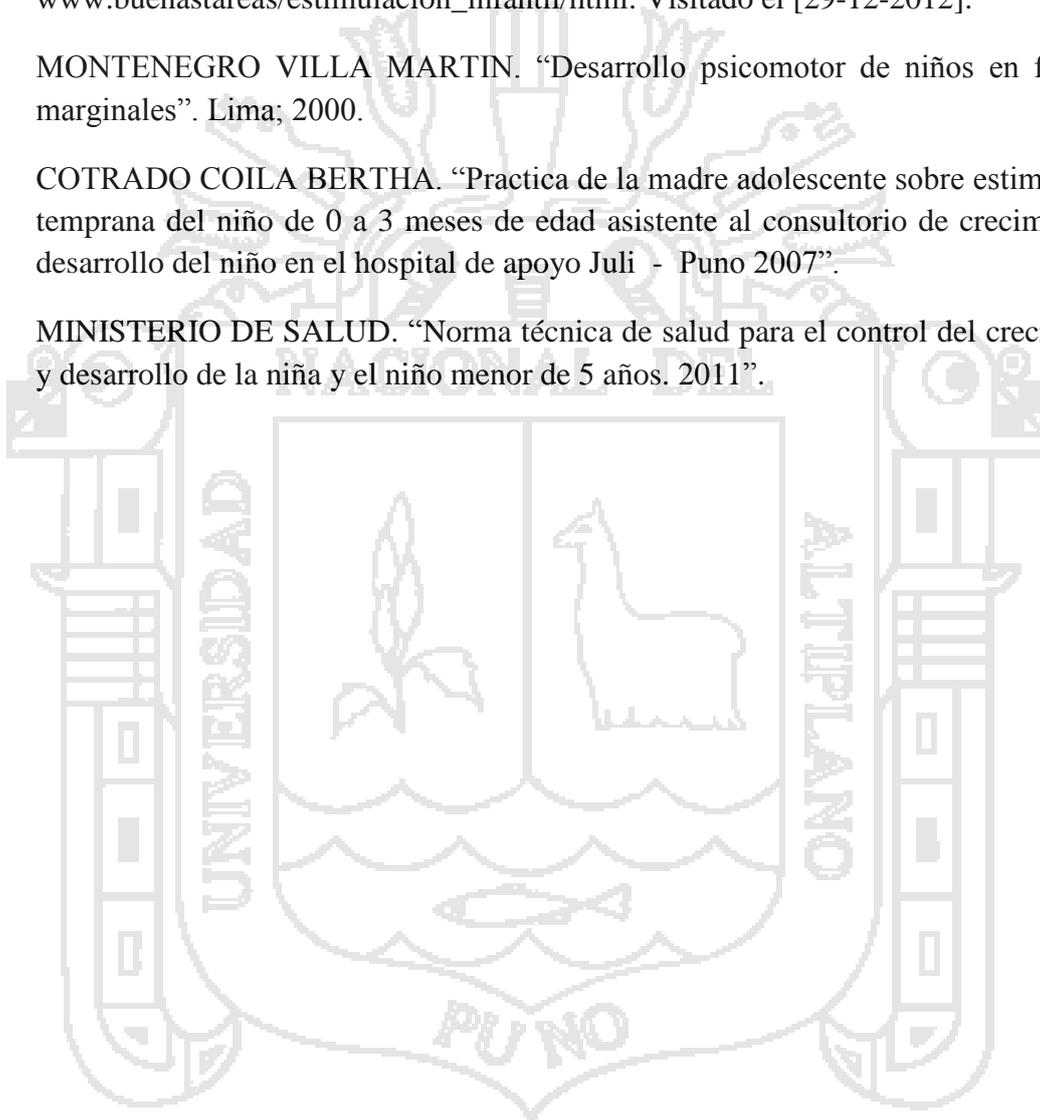
SEVILLA NATALIA. Estimulación Infantil. Disponible en:

www.buenastareas/estimulacion_infantil/html. Visitado el [29-12-2012].

MONTENEGRO VILLA MARTIN. “Desarrollo psicomotor de niños en familias marginales”. Lima; 2000.

COTRADO COILA BERTHA. “Practica de la madre adolescente sobre estimulación temprana del niño de 0 a 3 meses de edad asistente al consultorio de crecimiento y desarrollo del niño en el hospital de apoyo Juli - Puno 2007”.

MINISTERIO DE SALUD. “Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años. 2011”.



ANEXO 7**FOTOS DE LA SESIÓN DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA**

Personal que labora en el Centro de Salud Mañazo de izquierda a derecha: Dr. Wilfredo, Bach. Enfer. Diana, Lic Enf. Zenaida, Bach. Enf. Luz, Lic. Enf. Beatriz, Dr. Yeni, Lic. Enf. Yolanda, Lic. Alfredo.



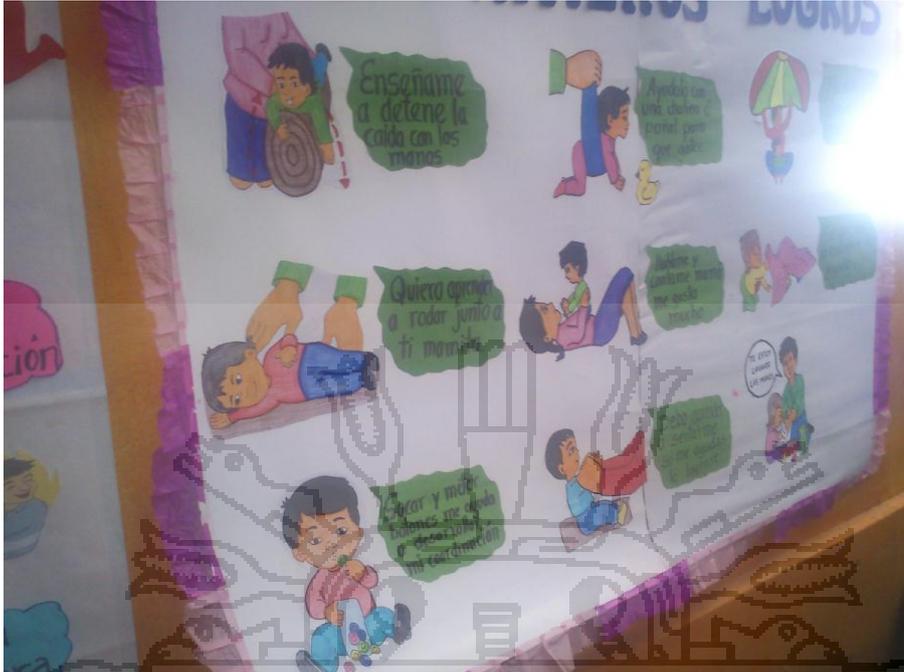
Sala de Estimulación Temprana del centro de Salud Mañazo Noviembre 2012: en la primera fila se observan 2 fotos del ambiente para la estimulación temprana y en las dos siguientes filas se observan materiales para la estimulación temprana



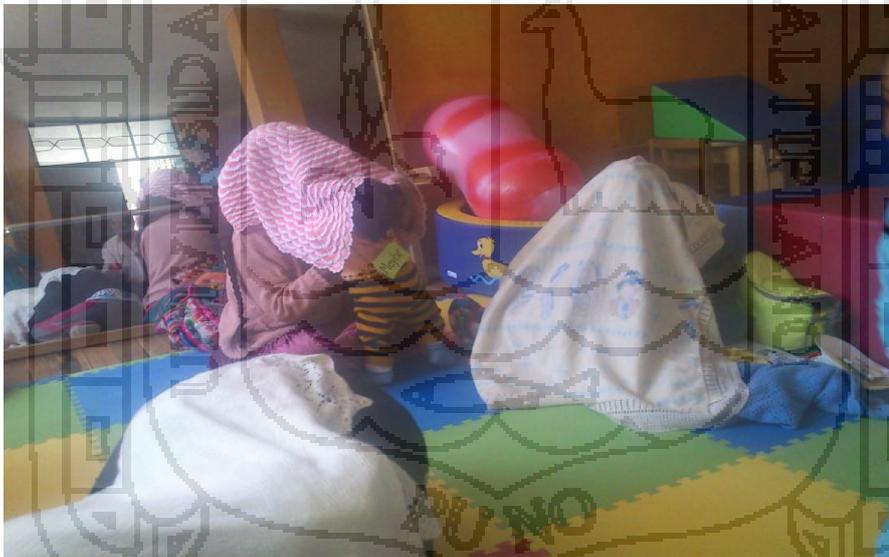


En las fotos se observan los medios de apoyo visual utilizados por las investigadoras para la sesión de estimulación temprana





En la foto se observa 3 madres de familia estimulando a sus niños en el área social que con un panel grande juegan a esconderse bajo ella, mirándose cuando estén dentro y hablarle sonriendo.



Madre de familia estimulando a su niño en el área motora y coordinación colocándolo boca abajo sobre un rodillo enseñándole a detener la caída con los brazos mientras que las demás madres observan la actividad.



En la imagen se observa al niño boca abajo con un pañal doblado a lo largo del vientre sujetado por la madre y apoyándose con las manos y rodillas, para que se acostumbre a la posición de gateo, mientras la investigadora llama su atención con un juguete delante de él, mientras el niño del lado derecho ya está gateando y en el lado izquierdo la niña se prepara para iniciar la actividad.



En la imagen se observa como la madre estimula a su niño en el área social y lenguaje colocándolo encima de su pecho, frente a ella hablándole y cantándole amorosamente.



En la foto se observa a la investigadora estimulando al niño en el área de coordinación, el niño encuentra el juguete escondido bajo el pañal



En la foto se observa a la investigadora realizando la estimulación del área motora y coordinación enseñando al niño a rodar y poner la mano ante la caída.



En la foto se observa a la investigadora estimulando al niño a que inicie su gateo al costado izquierdo se observa a la madre llamando la atención del niño con un juguete.



En la foto podemos observar que la investigadora estimulando al niño a girar a la posición boca abajo en el costado derecho se encuentra la madre con sus niños iniciando la actividad mirando lo que realiza la investigadora.



En la foto observamos a la investigadora evaluando con el EEDP a la niña, la niña cogiendo entre los dedos índice y pulgar las pastillas intentando colocarlas dentro del vaso mientras su madre mira atentamente la actividad.



En la foto se observa a la investigadora evaluando al niño con el EEDP, el niño sujeta los cubos en ambas manos, mientras su madre observa a su niño.



ANEXO 8

GRAFICO 1

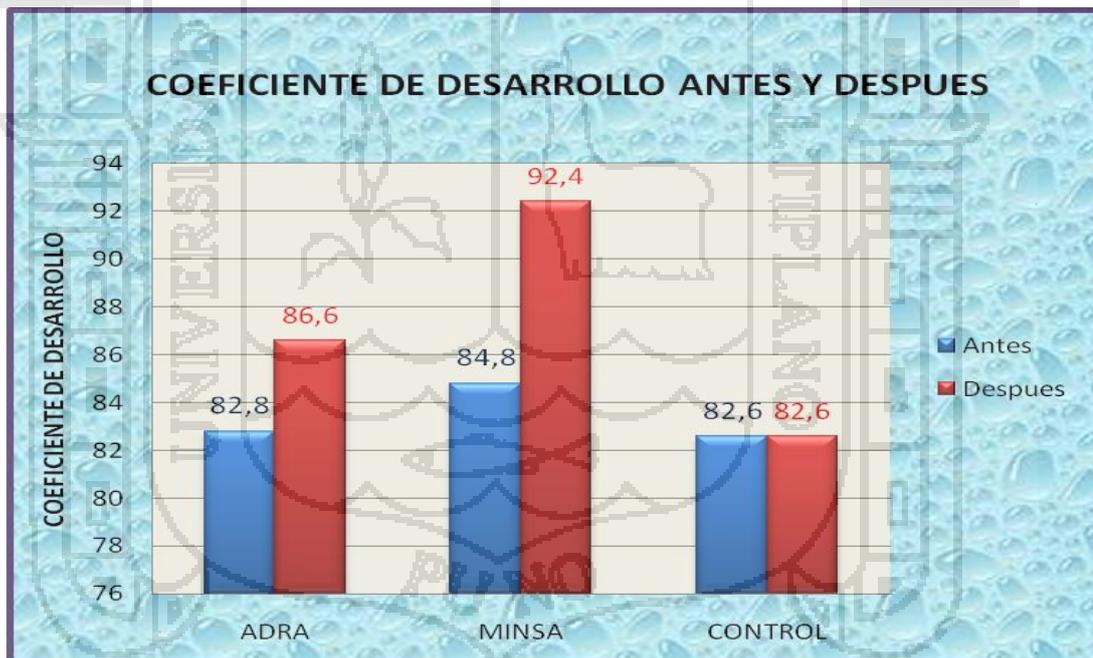
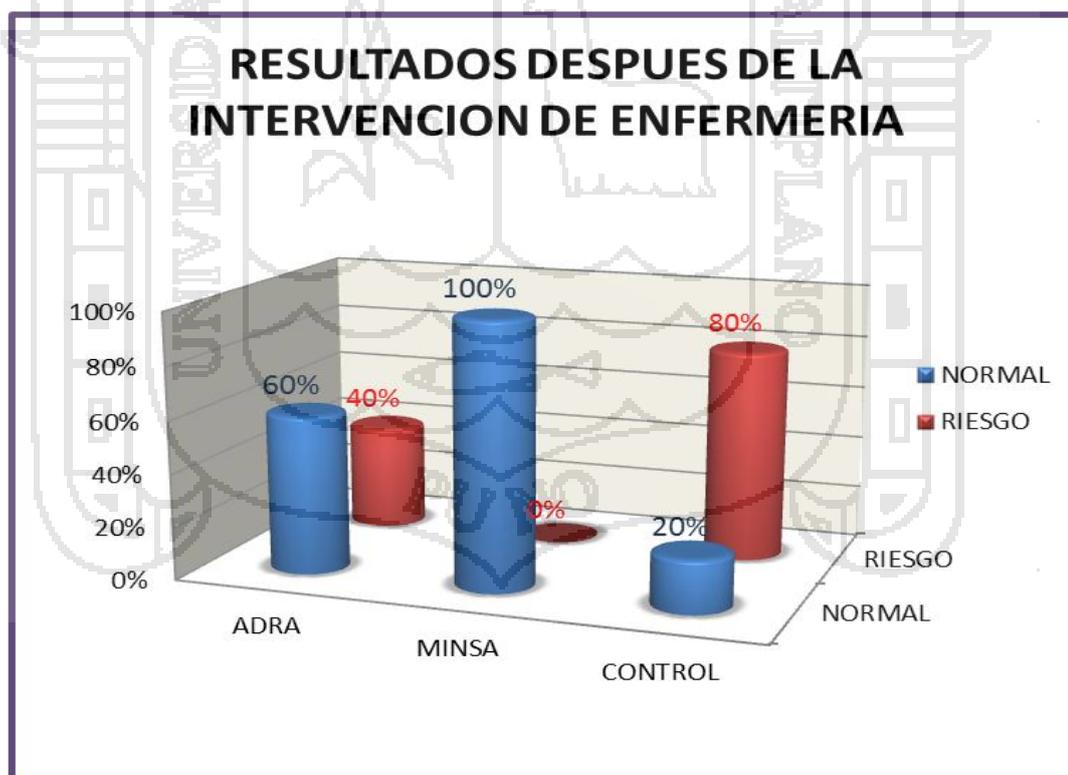


GRAFICO 2



GRAFICO 3



Lenguaje: El niño comenzara a hacer sonidos para llamar a otras personas.

Z LETRA

Saco una manito, la hago bailar, la abro y la vuelvo a guardar.

Saco otra manito, la hago bailar, la abro y la vuelvo a guardar.

Saco dos manitos, las hago bailar, las abro y las vuelvo a guardar.

MUCHAS GRACIAS



FACULTAD DE ENFERMERIA

CENTRO DE SALUD MAÑAZO

SESIÓN DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN NIÑOS DE 7 A 9 MESES DE EDAD (MINSA)

Coordinación: Darle un recipiente de plástico para que meta y saque objetos pequeños.



Coordinación: Ofrecerle objetos que pueda alcanzar sin problema.

Coordinación: Ofrece una caja con una abertura, dejar que meta objetos pequeños.

ANEXO N° 9

Lenguaje y Social: Jugar con él a decir adiós.

Lenguaje: Hablarle de lo que está haciendo.





“ALIMENTA EL CEREBRO DE TU HIJO CON ESTIMULOS DESDE QUE NACE, PARA ASEGURAR SU INTELIGENCIA EL RESTO DE SU VIDA”

PRESENTADO POR:

Bach. Enf. CALSIN MOLLEPAZA, Diana Elizabeth.

Bach. Enf. VARGAS MAMANI, Luz Marina.

PUNO - PERU

2012

PRIMERO CANTEMOS LA CANCIÓN

“HOLA AMIGOS”

LETRA

Hola, hola amigos,
¿cómo están?

Hola, hola a todos, ahora
vamos a cantar con
(nombre del niño) ahora
vamos a cantar.

¿Qué ES LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA?

Es un conjunto de juegos, cantos y ejercicios que brindamos a nuestros hijos en sus primeros años de vida.



¿POR QUE ES IMPORTANTE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA?

Favorece el desarrollo del cerebro y por lo tanto la capacidad de aprendizaje, porque toda la estimulación que reciba el niño en los primeros años de vida le servirá de base para más adelante.



ACTIVIDADES DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Motora y Coordinación:

Sobre un rodillo o frazada enrollada y ruédelo lentamente hacia los lados.

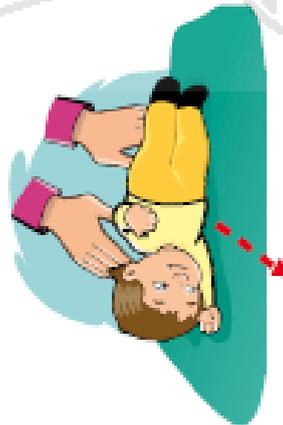


Motora



Motora:

Gire a la posición boca abajo, extendiendo el brazo y la pierna hacia donde se dará la vuelta.

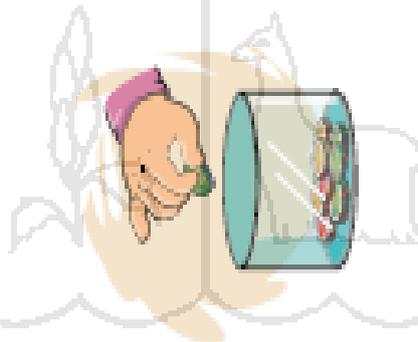


Coordinación: Darle dos diferentes objetos para que los sostenga en cada mano.

Coordinación: Hacer que le arroje con sus manos una pelota grande.

ÁREA DE COORDINACIÓN:

Darle un recipiente de plástico para que meta y saque objetos pequeños.



MOTORA: Coloque a la niña o niño boca abajo y pásese una sabana doblada a lo largo del vientre. Luego colócale apoyado en manos y rodillas, para que se acostumbre a la posición de gateo.



COORDINACIÓN Y SOCIAL:

Acuéstese boca arriba, coloque al niño encima de su pecho, tómelolo por las axilas y ayúdelo a sentarse.





Facultad de Enfermería

CENTRO DE SALUD MAÑAZO

SESIÓN DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN NIÑOS DE 7 A 9 MESES DE EDAD

(ADRA)



“ALIMENTA EL CEREBRO DE TU HIJO CON ESTIMULOS DESDE QUE NACE, PARA ASEGURAR SU INTELIGENCIA EL RESTO DE SU VIDA”

PRESENTADO POR:

Bach. Enf. CALSIN MOLLEAPAZA, Diana Elizabeth.

Bach. Enf. VARGAS MAMANI, Luz Marina.

PRIMERO CANTEMOS LA CANCIÓN

“HOLA A TODOS”

LETRA

Hola bebé, ¿Cómo estás?

Hola mamá,

¿Cómo estás?

Hola papá, ¿Cómo estás?

Hola (nombre del niño 1),

¿Cómo estás?

Hola (nombre del niño 2),

¿Cómo estás?



¿QUE ES LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA?

Es un conjunto de juegos, cantos y

Ejercicios que brindamos a nuestros

Hijos en sus primeros años de vida.



¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA?

Favorece el desarrollo del cerebro y por lo tanto la capacidad de aprendizaje porque la estimulación que reciba el niño en los primeros años de vida le servirá de base para más adelante.



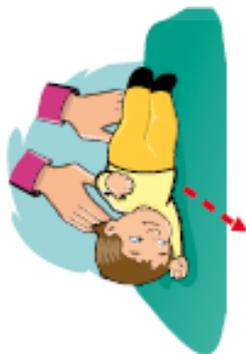
ACTIVIDADES DE ESTIMULACIÓN

TEMPRANA

Gire a la posición boca abajo,

Extendiendo el brazo y la pierna

Hacia donde se dara la vuelta.



AREA MOTORA Y COORDINACIÓN:

Sobre un rodillo o frazada enrollada y ruédelo lentamente hacia los lados.

AREA COORDINACIÓN Y SOCIAL

Ayúdelo a sentarse. Con un sabana circular de colores jueguen a esconderse bajo ella.

