

UNIVERSIDAD PÚBLICA DE EL ALTO

Creada por ley 2115 de 5 de septiembre de 2000 y Autónoma por ley 2556 de 12 de noviembre de 2003

CARRERA: CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

AREA: PSICOPEDAGOGÍA



TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIATURA

TEMA: LA INFLUENCIA DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS(AS) NIÑOS(AS) MENORES DE UN AÑO, QUE ASISTEN AL HOSPITAL MATERNO INFANTIL “LOS ANDES” DE EL ALTO.

PORTULANTE: Jenny Miranda Suxo.

TUTOR: Lic. Milton José Calisaya Alanoca.

LA PAZ – EL ALTO

2013

DEDICATORIA.

*A DIOS POR DARME ESTA BELLA OPORTUNIDAD
DE PODER REALIZAR EL PRESENTE TRABAJO Y
A TODAS LAS PERSONAS QUE ME APOYARON
PARA PODER LOGRARLO
GRACIAS*

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Nº PAGINA
DEDICATORIA-----	II
ÍNDICE CONTENIDO-----	III
RESUMEN EJECUTIVO -----	V
INTRODUCCIÓN-----	6
CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA -----	8
1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA-----	8
1.2. OBJETIVOS-----	10
1.2.1. Objetivo General -----	10
1.2.2. Objetivo Específicos -----	10
1.3. JUSTIFICACIÓN -----	11
CAPITULO II MARCO INSTITUCIONAL -----	13
2.1. MISIÓN-----	13
2.2. VISIÓN-----	13
2.3. UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL LOS ANDES -----	14
2.3.1. Condiciones Geográficas y de Vida -----	14
2.4. LOS SERVICIOS QUE BRINDA EL HOSPITAL -----	14
CAPITULO III MARCO TEÓRICO-----	35
3.1. LOGRO DE CONOCIMIENTO DEL NIÑO (A) -----	35
3.1.1. Formas de Adquirir el Conocimiento -----	35
3.1.2. Tipos de Conocimiento-----	36
3.2. ASPECTO TEÓRICO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA -----	36
3.3. BASES CIENTÍFICAS DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA -----	39
3.4. GENERALIDADES DEL CRECIMIENTO DEL LACTANTE -----	42
3.5. ASPECTO TEÓRICO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR -----	44
3.5.1. Condiciones que Favorecen al Desarrollo del Niño (a) -----	45
3.6. EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR -----	48
3.7. ROL DE LA FAMILIA EN LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA-----	54
3.8. BASE ÉTICO- PERSONAL -----	58

3.8.1. El Niño Como Persona	58
3.9. EFECTOS DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA	61
3.9.1. Factores Internos	61
3.9.2. Factores Externos	64
3.9.3. La Nutrición en el Desarrollo	65
3.10. ENFOQUE PSICOPEDAGÓGICO DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA	66
3.10.1. Paradigma Educativo	66
3.10.2. La Cultura de Crianza	67
3.11. EL ASPECTO ECONÓMICO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR	68
3.12. ESCALA ABREVIADA DE DESARROLLO PSICOMOTOR	69
CAPITULO IV HIPÓTESIS	71
4.1. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	71
4.2. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES	71
4.3. OPARALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	72
CAPITULO V DISEÑO METODOLÓGICO	74
5.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	74
5.2. UNIDADES DE OBSERVACIÓN	75
5.3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	75
5.4. MÉTODO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	77
5.5. TÉCNICAS DE RECOPIACIÓN DE DATOS	77
5.6. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS	78
CAPITULO VI RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	80
6.1. PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS	80
CAPITULO VII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	94
CONCLUSIONES	94
RECOMENDACIONES	95
DATOS BIBLIOGRÁFICOS	97
ANEXOS	98

RESUMEN EJECUTIVO

En mi experiencia como educadora de nivel inicial, uno de los problemas que observe, en algunos niños y niñas, es el retraso en el desarrollo psicomotor. Dificultades en el lenguaje oral (pronunciación de palabras), motora (coordinación de movimientos simples, ubicación en el espacio y tiempo) y social (poca adaptación al nuevo medio).

Esta situación se presenta, por muchos factores, entre estos, el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre estimulación temprana. Se sabe que todos nacemos con un gran potencial y que está en las manos de las madres (no son las únicas responsables) que este potencial se desarrolle al máximo.

Si la madre no conoce que es la estimulación temprana o que aspectos se desarrollan en ésta, entonces no podrá estimular a su hijo(a), dando como resultado problemas de desarrollo psicomotor. Ante este problema se decidió realizar el presente estudio, con el objetivo de determinar la influencia del nivel de conocimiento de las madres sobre estimulación temprana en el desarrollo psicomotor de los(as) niños(as) menores de un año, que asisten a su control postnatal al Hospital “Los Andes” de El Alto.

El nivel de estudio fue en primera instancia descriptiva, luego correlacionar para determinar la influencia.

Se llegó a la conclusión que el nivel de conocimiento de las madres sobre estimulación temprana es bajo, situación que influye en el grado de desarrollo psicomotor de sus niños(as).

A mayor nivel de conocimiento de las madres acerca de estimulación temprana, mayor grado de desarrollo psicomotor del lactante.

A menor nivel de conocimiento de las madres acerca de estimulación temprana, menor grado de desarrollo psicomotor del lactante.

INTRODUCCIÓN

La estimulación temprana es importante para promover, mantener y/o restaurar el desarrollo psicomotor del lactante, buscando un mejor desarrollo de los lactantes. Con la estimulación temprana no se pretende desarrollar niños precoces, ni alentarlos a su desarrollo natural, sino ofrecerles una amplia gama de experiencias que sirven como base para su futuro aprendizaje, por ello es necesario que las madres tengan mínimamente pautas de estimulación temprana.

Este conjunto de estímulos que se le ofrece al niño a temprana edad, es considerado como una estrategia, debe de empezar desde el nacimiento hasta los primeros años de vida.

De esta manera se estaría favoreciendo el crecimiento y desarrollo normal del lactante y evitar a largo plazo la repetición de grados primarios y deserciones escolares, ya que ellos forman o formaran parte de la población futura del país y por ende son ellos los que favorecen el progreso del país.

En este marco se desarrolla el presente estudio, para determinar la influencia del nivel de conocimiento de madres sobre estimulación temprana en el desarrollo psicomotor de niños(as) que asisten al Hospital materno Infantil Los Andes de El Alto, para su control postnatal.

En este sentido, para efectos de investigación, el presente trabajo se encuentra estructurado de la siguiente manera:

En el **Capítulo Uno:** Presentación de la Investigación, se inicia con el planteamiento del problema, seguido de la fundamentación de la investigación, luego se expone la hipótesis, que finalizo con los objetivos que guiaron el trabajo.

En el **Capítulo dos:** Marco Institucional, se realiza una descripción del Hospital Materno Infantil Los Andes, es decir: su ubicación, su estructura organizacional, los servicios que presta y datos estadísticos, entre otra información.

En el **Capítulo tres:** Marco Teórico, se desarrollan los referentes teóricos sobre el tema.

En el **Capítulo cuarto**: Hipótesis; en donde se presenta y se expone la hipótesis, las variables y la respectiva operacionalización de las variables.

En el **Capítulo cinco**: Metodología: se presenta el diseño metodológico de la investigación, donde se describen los procedimientos, el tipo de investigación, las etapas de la misma, las técnicas e instrumentos utilizados, la población y muestra.

En el **Capítulo seis**: Presentación de los datos, se expone la información obtenida, la misma que fue procesada y organizada en gráficos estadísticos, paralelamente se presenta la interpretación de los datos.

En el **Capítulo siete**: Conclusiones y Recomendaciones, se inicia con el análisis de la información, luego se mencionan las conclusiones de la investigación, terminando este capítulo con las recomendaciones.

El trabajo finaliza con la bibliografía y los anexos, donde se presenta información complementaria a la investigación.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

La estimulación temprana del lactante requiere la participación de la familia ya que es su primera instancia social, es decir en ella de manera natural el lactante aprende pautas que incorpora de manera casi automática y que luego, a lo largo de su vida, aplicará en diferentes situaciones de su vida en el cual se encuentre, es al interior de la familia que el niño aprende modos de comportamiento en relación a sí mismo, a los demás y al mundo que lo rodea, y es así que durante la aplicación de la estimulación temprana, se busca también realizar la mejor unión familiar y dar las posibilidades fisiológicas para desarrollar al niño con todas las potencialidades integrándose a la sociedad y al mundo.

Sin embargo, las experiencias han centrado el valor de la madre como estímulo positivo y le conceden un valor primordial e importante a la presencia física materna y a las actividades que la madre realiza para estimular el desarrollo psicomotor del lactante.

La madre debe poner en práctica en su relación interpersonal de todos los días con el niño(a) recién nacido, su conocimiento sobre estimulación temprana, quien va ejerciendo de manera progresiva control del mundo que le rodea.

Pero, estudios realizados acerca de la falta de Estimulación Temprana, con anterioridad han demostrado que las condiciones socioeconómicas y su instrucción han determinado deficiente conocimiento de las madres sobre la atención y estimulación del recién nacido. La mayor cantidad de casos de deficiente conocimiento se centra en las primíparas en el 42%; 74% son amas de casa, 49% son convivientes y 50% tienen educación primaria o secundaria incompletas, 74% se encuentra sin trabajo. El 2% recibió información sobre la atención del recién nacido de personal de salud, 50% recibió información de sus familiares y amigos. Sobre estimulación temprana se demostró que el 15% de las madres tienen un conocimiento adecuado sobre el inicio

de la estimulación temprana. (Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma - 2009).

En consecuencia es necesario el aprendizaje de la madre en relación a la atención y estimulación del lactante; aprendizaje que determina el conocimiento básico, las habilidades de las madres con respecto a la alimentación, baño, manejo y aspectos relacionados al crecimiento y desarrollo del recién nacido.

La primera infancia es considerada como el periodo crítico para el desarrollo intelectual y afectivo, sin embargo, se sigue actuando como si el desarrollo psicomotor floreciera espontáneamente, sin necesitar de la estimulación temprana, ante ello la preocupación por un buen desarrollo es todavía incipiente. En efecto, se sigue suponiendo que la mayoría de las madres saben instintivamente lo que el lactante necesita para su normal desarrollo, y que no requieren de información ni orientación alguna para proporcionar a sus hijos la estimulación adecuada.

A todo lo expuesto, el problema que guió la investigación, se expresa en la siguiente pregunta de investigación:

¿INFLUYE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS(AS) NIÑOS(AS) MENORES DE UN AÑO, QUE ASISTEN AL HOSPITAL MATERNO INFANTIL “LOS ANDES” DE EL ALTO EN LA GESTIÓN 2009?

Preguntas de Investigación.

Por lo expuesto anteriormente, se planteó las siguientes preguntas que guiaron el estudio de la investigación:

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento de la madre acerca de estimulación temprana postnatal en el área motora?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento de la madre acerca de las pautas de estimulación temprana postnatal en el área social?

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento de la madre acerca de las pautas de estimulación temprana postnatal en el área lenguaje?
- ¿Cuál es el nivel de desarrollo psicomotor del lactante en el área motora?
- ¿Cuál es el nivel de desarrollo psicomotor del lactante en el área social?
- ¿Cuál es el nivel de desarrollo psicomotor del lactante en el área de lenguaje?
- ¿Cuál es la relación entre el conocimiento de las madres sobre estimulación temprana y el desarrollo psicomotor de los(as) niños(as) menores de un año?.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo General.

Determinar la influencia del nivel de conocimiento de las madres sobre estimulación temprana **en el** desarrollo psicomotor de los(as) niños(as) menores de un año, que asisten al Hospital Materno Infantil “Los Andes” de El Alto, en la gestión 2009.

1.2.2. Objetivos Específicos.

- Identificar el nivel de conocimiento en la madre acerca de estimulación temprana en el área motora.
- Identificar el nivel de conocimiento en la madre acerca de estimulación temprana en el área social.
- Identificar el nivel de conocimiento en la madre acerca de estimulación temprana en el área de lenguaje.
- Identificar el grado del desarrollo psicomotor en el lactante en el área motora.
- Identificar el grado del desarrollo psicomotor en el lactante en el área social.
- Identificar el grado del desarrollo psicomotor en el lactante en el área de lenguaje.

- Relacionar el conocimiento en la madre sobre estimulación temprana con el desarrollo psicomotor de su hijo(a) menor de un año (lactante).

1.3. JUSTIFICACIÓN.

Se realizó este estudio porque investigaciones acerca de falta de estimulación temprana en los niños (as) indican que un vínculo seguro entre la madre y el niño durante la infancia influye en su capacidad para establecer relaciones sanas (cualidades que hacen una amistad) a lo largo de su vida, cuando los primeros vínculos son fuertes y seguros la persona es capaz de establecer un buen ajuste social (relación recíproca, afectuosa entre dos personas), por el contrario la separación emocional con la madre, la ausencia de afecto y cuidado puede provocar en el hijo una personalidad poco afectiva o desinterés social.

Según indican tales investigaciones, la baja autoestima, la vulnerabilidad al estrés y los problemas en las relaciones sociales están asociados con vínculos poco sólidos. Si las experiencias de vínculo han sido negativas y graves, el ser humano es más propenso a desarrollar trastornos psicopatológicos. Son las interacciones madre-niño las que influyen en el desarrollo socio-emocional y en la conducta actual y futura del menor. (Mendoza P. Rudy, 2006 p. 43)

En la relación madre e hijo, la estimulación temprana juega un papel preponderante; porque es un proceso en el que la madre pone en práctica sus conocimientos, en su relación diaria con su bebé, mediante la repetición útil de diferentes eventos sensoriales, es un acercamiento directo, simple y satisfactorio para gozar, comprender y conocer al bebé, desarrollando su potencial de aprendizaje, promoviendo el deseo, contribuyendo a la comunicación, siempre a través del sujeto más significativo para él, en acciones que sean útiles al fortalecimiento del vínculo.

Este trabajo tiene relevancia porque los resultados, crearan conciencia a la población y no solo a los que asisten al Hospital Materno Infantil los Andes de la Ciudad de El Alto sino también a los que son integrantes de la comunidad, de la importancia de los primeros años de vida en el desarrollo del ser humano a fin de prestarle una atención adecuada al niño con algún tipo de riesgo y retraso; resultados obtenidos que se harán conocer al Hospital Materno Infantil para

que a través de ellos se motive a elaborar, diseñar, implementar y/o establecer estrategias de información y capacitación a madres sobre estimulación temprana. Así mismo, incentivar al personal de salud a capacitarse permanentemente y a participar en un futuro en Programas de Estimulación Temprana: De esta forma se entrará dentro un proceso de enseñanza - aprendizaje de las madres, acerca de la estimulación temprana, durante el control postnatal del lactante, para favorecer el crecimiento y desarrollo normal del lactante y evitar a largo plazo distintos problemas o dificultades de aprendizaje.

CAPITULO II

MARCO INSTITUCIONAL

2.1 MISIÓN

El Hospital Materno Infantil “Los Andes”, es un hospital público de segundo nivel que brinda salud de mediana y alta complejidad en forma oportuna, eficaz y eficiente, en coordinación con la Red Asistencial de Salud de El Alto, respondiendo a los deseos y necesidades de la comunidad, atención brindada por profesionales altamente comprometidos con la población y el compromiso participativo de todo el personal.

2.2 VISIÓN

Hacer del Hospital materno infantil “Los Andes” un hospital público modelo, con reconocimiento departamental y nacional, líder en brindar servicios de atención integral a la comunidad de la ciudad de El Alto, a través de la ejecución de estándares de excelencia y de mejoramiento continuo.

El proyecto Hospital Materno Infantil Los Andes, en base a un proyecto que fue el poli consultorio de Villa Los Andes (gestión 1984-1989) aprobado en enero del año 1992.

El Hospital Inicia sus actividades asistenciales el 27 de mayo de 1993, con 24 camas, 16 para mujeres y 8 para niños y una cuna térmica. Se inició el trabajo con 6 ginecólogos ,2 pediatras, 1 anestesiólogo, 1 Lic. Enfermería 10 auxiliares de enfermería, 1 Director ,1 administrador y otro personal dependiente de ONAMFA (Organización Nacional del Menor, Mujer y la Familia).

Actualmente es el único Hospital de referencia para la zona norte de El Alto y provincias cercanas. Cuenta con aproximadamente 130 personas trabajando en diferentes turnos y en diferentes áreas, cuenta con 54 unidades de internación y con diferentes especialidades.

El objetivo del Hospital es el de Brindar Atención integral de optima calidad y calidez a todas las personas que acuden a este centro hospitalario y con el propósito de mejorar en todas las áreas en las que trabajamos para ser el mejor Hospital en a ciudad de El Alto.

2.3 UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL LOS ANDES.



Informar que se encuentra al Nor Oeste de la ciudad de El Alto, a 10 Km con una población de 39.951 habitantes, limita al norte con el municipio de Sorata, al Este con el municipio de La Paz, al Oeste con la Red Lotes y Servicios y al Sur con la Red Corea.

2.3.1 Condiciones Geográficas y de Vida.

El municipio de El Alto, es producto de un proceso acumulativo de urbanizaciones y de emigrantes de los diferentes puntos del país, buscando mejores condiciones de vida, cuyo origen esta dado predominantemente por los aymaras, presencia de quechuas y otros , existiendo una ruptura cultural organizativa y productiva, por lo que al Hospital hay que entenderla por su dinámica multidimensional.

El Hospital Materno Infantil Los Andes del Municipio de El Alto, tiene un clima frígido que oscila entre los 4 a 18 grados y veces llega a (-5) grados, se encuentra situada a una altitud de 3800 mts. s.n.m.

2.4. LOS SERVICIOS QUE BRINDA EL HOSPITAL

El Hospital Materno Infantil Los Andes, tiene consolidado desde el 2003 la acreditación como un Hospital de 2do. Nivel de atención de mediana y alta complejidad, con un sistema de referencia de pacientes quirúrgicos de urgencias obstetricias.

Se cuenta con la siguiente dotación de camas para los servicios de Hospitalización.

Número de camas existentes en diferentes servicios de especialidad – 2009 Hospital Materno Infantil Los Andes

Nº	SERVICIO	Nº CAMAS	CENSABLE
1	Obstetricia	25	Si
2	Ginecología	9	SI
3	Neonatología	9	SI
4	Pediatría	10	SI
5	Traumatología y Cirugía	1	SI
6	Pre-partos	2	NO
TOTAL DE CAMAS		56	

FUENTE: Elaboración propia

Servicios de Especialidad

- Gineco – Obstetricia
- Pediatría
- Neonatología
- Cirugía
- Traumatología
- Neumología
- Odontología

Servicios Auxiliares de Diagnostico

- ❖ Laboratorio
- ❖ Rayos “X”
- ❖ Ecografía
- ❖ Enfermería
- ❖ Emergencia y farmacia las 24 horas del día.

El Hospital cuenta con un recurso humano consolidado de la siguiente manera.

Indicadores Hospitalarios Consolidado por Servicios

RECURSOS HUMANOS	TGN	HIPIC	CONTRATO	TOTAL	%
AUXILIAR ENFERMERÍA	35	4		39	30.0
GINECO-OBSTETRA	9	3		12	16.2
LIC. ENFERMERÍA	8	3		11	14.9
MÉDICO PEDIATRA	7	3		10	13.5
MÉDICO ANESTESIOLOGO	6	1		7	9.5
MÉDICO GENERAL	3	3		6	8.1
TÉCNICO LABORATORIO	5	1		6	8.1
LIMPIEZA			5	5	6.8
RECAUDADOR	3			3	4.1
TÉCNICO DE R.X.	3			3	4.1
APOYO ARCHIVO	1	1		2	2.7
ODONTÓLOGA	1			1	1.4
TRAB. LAVANDERÍA			2	2	2.7
TRAB. MANUAL- COCINA	2			2	2.7
BIOQUÍMICA Y FARMACIA	1			1	1.4
ESTADÍSTICA	1			1	1.4
JEFE GINECOLOGÍA	1			1	1.4
LIMP. CONSL. EXT.	1			1	1.4
MÉDICO NEUMÓLOGO	1			1	1.4
MÉDICO CIRUJANO	1			1	1.4
MÉDICO ECOGRAFISTA	1			1	1.4
RESPONSABLE ADQUISICIONES	1			1	1.4
RESP. ALMACÉN	1			1	1.4
RESP. ARCH. Y AD.	1			1	1.4
RESP. FARMACIA	1			1	1.4
RESP. LABORATORIO	1			1	1.4
RESP. LAVANDERÍA			1	1	1.4
RESP. NUTRICIÓN	1			1	1.4
RESP. ACTIVOS FIJOS	1			1	1.4
RESP. PEDIATRÍA CONS. EXT.	1			1	1.4
RESP. SUMI- TESORERÍA	1			1	1.4
TRAB. MANUAL- LAVANDERÍA	1			1	1.4
TRABAJO SOCIAL	1			1	1.4
TRAUMATÓLOGO	1			1	1.4
SUB-TOTAL	102	20	8	130	100.0

Tercer Semestre – 2009

Hospital Materno Infantil “Los Andes”

UNIDAD HOSPITALARIA	CAMAS				INGRESOS	EGRESOS			DÍAS DE ESTADÍA	INDICADORES				
	N° DE CAMAS INSTALADAS	OCUPADAS	DISPONIBLES	% DE CAMAS OCUPADAS		EGRESOS	DEFUNCIÓNES			PROMEDIO ESTANCIA	T.M. INSTALACIONAL	INTERVALO DE SUSTITUCIÓN	GIRO DE CAMAS	
							ANTES DE LAS 48 HRS.	DESPUÉS DE LAS 48 HRS.						
GINECOLOGÍA	9	659	810	81.36	301	305	0	0	689	2.2	0.00	0.0	0.50	33.9
OBSTETRICIA	25	1682	2250	74.76	887	887	0	0	1670	1.9	0.00	0.0	064	35.5
TOTAL G.O.	34	2341	3050	76.50	1188	1192	0	0	2359	2.0	0.00	0.0	0.60	35.1
CIRUGÍA GRAL.	1	16	90	17.78	6	5	0	0	14	3.2	0.00	0.0	14.80	5.0
NEONATOLOGÍA	9	592	810	73.09	102	94	11	9	535	6.3	21.3	9.6	2.32	10.4
PEDIATRÍA	10	620	900	68.89	212	198	6	0	525	3.1	3.0	0.0	1.41	19.8
TOTAL	54	3569	4850	73.44	1508	1489	17	9	3433	2.4	1.7	0.6	0.87	27.6

FUENTE: Cuadernos de Registro – 2009 - HMILA

Atención de Servicio de Pediatría

Indicadores del Servicio de Pediatría
Comparativo por Meses de Julio Agosto Septiembre - 2009
Hospital Materno Infantil “Los Andes”

3er Trimestre	OCUPACIÓN	PROMEDIO DÍAS DE ESTADÍA	INTERVALO DE SUSTITUCIÓN	GIRO CAMAS
JULIO	60.0	3.0	2.0	6.3
AGOSTO	66.4	3.2	1.6	5.9
SEPTIEMBRE	80.0	3.2	0.8	7.8
CAL. APROX	68.9	3.1	1.4	20

FUENTE: Elaboración propia

En este cuadro se presenta los indicadores del servicio de pediatría comparativo por meses del tercer trimestre 2009, donde el índice de ocupación de camas fue incrementando de 60% a 80% con un promedio trimestral de 68.9%.

Un promedio de estancia de 3.1 por cada paciente y el giro de camas es de 20 pacientes por cama en el trimestre donde el promedio es de 7 por mes.

El intervalo de sustitución nos mide el rendimiento cama, para lo cual tenemos un 1.4% lo que significa un recurso optimo que cada cama espera un día y medio para ser nuevamente ocupada, estamos en las normas establecidas.

Principales Causas de Egreso Hospitalario

Servicio de Pediatría 3er. Trimestre de Julio a Septiembre - 2009

Hospital Materno Infantil “Los Andes”.

N°	CÓDIGO CIE - 10	DIAGNOSTICO	MENOR DE 1 AÑO		1 A 4 AÑOS		5 A 14 AÑOS		TOTAL	%
			M	F	M	F	M	F		
1	AA D 9	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	26	13	17	18	2	-	76	38.2
2	J 18.9	Neumonía, no especificada	12	11	12	6	2	-	43	21.6
3	P 36.9	Se psis bacteriana del recién nacido, no especificada	4	9	-	-	-	-	13	6.5
4	J 18.0	Bronconeumonía, no especificada	3	2	3	3	-	-	11	5.5
5	A 41.9	Septicemia no especificada	1	3	3	-	-	-	7	3.5
6	J 20.9	Bronquitis aguda, no especificada	3	2	1	1	-	-	7	3.5
7	206.9	Traumatismo intracraneal, no especificado	-	-	4	-	-	-	4	2.0
8	R 56.8	Convulsiones y las no especificadas	2	-	-	2	-	-	4	2.0
9	L 03.9	Celulitis de sitio no especificado	1	1	1	1	-	-	4	2.0
10	A 01.0	Fiebre tifoidea	-	-	1	1	-	-	2	1.0
SUB TOTAL			52	41	42	32	4	0	171	85.93
DEMÁS CAUSAS			6	6	5	7	1	3	28	14.07
TOTAL GENERAL			58	47	47	39	5	3	199	100.0

FUENTE: Cuadernos de Registro – 2009 – HMILA

Este cuadro nos muestra que las principales causas de morbilidad en el egreso hospitalario, donde podemos apreciar que la primera causa de interacción son las Diarrea, con un 38.2 %,

seguido por las Neumonías no especificada con un 21.6 %, posteriormente tenemos la Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificado con un 6.5 %, son las enfermedades que se atiende en nuestros hospital del servicio de pediatría de un total de egresos al trimestre de 199.

Principales Causas de Mortalidad

3er. Trimestre - 2009

Hospital Materno Infantil “Los Andes”.

N°	CÓDIGO CIE-10	DIAGNÓSTICO	MENOR DE 1 AÑO		1 A 4 AÑOS		5 A 14 AÑOS		TOTAL	%
			M	F	M	F	M	F		
1	J 18.9	Neumonía no especificada	1	1	-	-	-	-	2	40.0
2	J 96.0	Insuficiencia respiratoria aguda	1	-	-	-	-	-	1	20.0
3	P 77 .x	Enterocolitis necrotizante	1	-	-	-	-	-	1	20.0
4	E 8 6. x	Deshidratación	1	-	-	-	-	-	1	20.0
TOTAL			4	1	-	-	-	-	5	100.0

FUENTE: Cuadernos de Registro – 2009 - HMILA

Las de mortalidad: En el servicio de pediatría tenemos como la primera causa de mortalidad las neumonías que representa un 40 %, donde de cada 10 internados fallecen 4 es un riesgo alto en los menores de 1 año, esta seguida por la insuficiencia respiratoria aguda con un 20 % de probabilidad de muerte. Los datos no son tan alarmantes en cuanto a la mortalidad Infantil, sin embargo tampoco son datos que se puedan dejar de lado.

Atención Hospitalaria Pediátrica

Según Área Geográfica de Procedencia 3er Trimestre – 2009

De acuerdo a la información recabada, la atención pediátrica se los realiza por Redes, que agrupan distintas zonas de la ciudad de El Alto; entre estas redes tenemos a la Red Corea (que tiene 9 puntos de atención) atiende a: Nuevos Horizontes, Villa Adela, Cosmos 79, Ferropetrol; la Red Holandés (que tiene 7 puntos de atención) atiende a la zona Tejada Triangular, Villa Exaltación, Faro Murillo, Tarapacá, Santa Rosa y Barrio Nuevo; la Red Lotes y Servicios (tiene 79 puntos de servicio) atiende a la zona Pedro Domingo Murillo, Rio Seco, San Roque, Brasil, Mariscal Sucre, Puerto de Mejillones, 23 de marzo, Villa Tunari, 16 de Febrero, 25 de Julio, Franz Tamayo, Gran Poder, Señor de las Lagunas, Bautista Saavedra, Veleros, Camacho, Seke –Yunguyo, Azurduy de Padilla; la Red Área Rural (que tiene 10 puntos de atención) atiende a la Prov. Camacho, Prov. Omasuyos, Patamanta, Prov. Los Andes, La Asunta – Sud Yungas, Desaguadero, la Red Nor Oeste (La Paz) atiende a la Av. Buenos Aires, y por último; la Red Los Andes (tiene 105 puntos de atención) atiende a la zona Huayna Potosí, Villa Esperanza, Villa Ingenio, Tahuantinsuyo, Túpac Katari, Villa Cooperativa; Final Los Andes, Mercurio, Villa Ingavi, Alto Lima, Bajo Milluni, Ballivián, Alto Villa Victoria, 16 de julio, Zongo, Nueva Asunción.

En este tercer trimestre, la Red Los Andes, atendió de acuerdo a la zona de procedencia a 51% pacientes, la Red Lotes y Servicios 37% de pacientes y de área rural un 5% de los 212 pacientes internados. Como se puede observar, la Red Los Andes hay mayor atención.

Según el entrevistado, muchas ocasiones las personas de este grupo no son en su totalidad atendidas los mas indefensos y los que no se quejan de nada y sus malestares no son atendidos en su debido momento, porque por la costumbre popular de nuestra gente es siempre ir al medico cuando se están empeorando su estado de salud.

Indicadores del Servicio de Neonatología Comparativo por Meses

de Julio A Septiembre De 2009

Hospital Materno Infantil Los Andes

3er Trimestre	OCUPACIÓN	PROMEDIO DÍAS DE ESTADÍA	INTERVALO DE SUSTITUCIÓN	GIRO CAMAS
JULIO	63.4	5.4	3.1	3.7
AGOSTO	70.2	5.9	2.5	3.3
SEPTIEMBRE	85.3	7.7	1.3	3.4
CAL. APROX.	73.1	6.3	2.6	10.4

FUENTE: Elaboración propia

En esta grafica presentamos los indicadores del servicio de Neonatología comparativo por meses del tercer trimestre 2009, donde el índice de ocupación de camas se incremento del 63.4% al 85.3% con un promedio de ocupación de camas en el trimestre de 73.1%. Un promedio de estancia de 6.3 por cada paciente y el giro de camas es de 10.4 pacientes por cama en el trimestre que significa 3.5 por mes. El intervalo de sustitución nos mide el rendimiento cama, para lo cual tenemos un 2.6 lo que nos indica que cada cama espera aproximadamente 3 días para ser nuevamente ocupada.

Principales Causas de Egreso Hospitalario

Servicio de Neonatología 3er. Trimestre de Julio a Septiembre – 2009

Causas de Morbilidad

Hospital Materno Infantil “Los Andes”

N°	CÓDIGO CIE-10	DIAGNOSTICO	Grupo de Edad GRUPO DE EDAD				TOTAL	%
			MENORES DE 7		8 A 28 DÍAS			
			M	F	M	F		
1	P 36.9	Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	19	4	6	0	29	39.2
2	P 59.9	Ictericia neonatal, no especificada	6	11	0	2	19	25.7
3	P 22.0	Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	8	6	0	0	14	18.9
4	P 00.2	Feto y recién nacido afectados por enfermedades infecciosas y parasitarias de la madre	0	3	0	0	3	4.1
5	P 70.4	Otras hipo glicemias neonatales	6	0	0	1	7	9.5
6	P 07.3	Otros recién nacidos pre término	0	2	0	0	2	2.7
SUB TOTAL			39	26	6	3	74	100.0

FUENTE: Cuadernos de Registro – 2009 – HMILA

Este cuadro nos muestra que la principal causa de morbilidad observamos que la Sepsis Bacteriana del recién nacido, no especificada tiene un 39.2 %, esta seguido de la Ictericia Neonatal, no especificada con un 25.7 % y tenemos un 18.9 %.

Principales Causas de Mortalidad Hospitalario

Servicio de Neonatología 3er. Trimestre de Julio a Septiembre - 2009

Hospital Materno Infantil “Los Andes”

N°	CÓDIGO CIE-10	DIAGNOSTICO	GRUPO DE EDAD				TOTAL	%
			MENOR DE 7 DÍAS		8 A 28 DÍAS			
			M	F	M	F		
1	P 07.3	Recién nacido con una gestación entre 28 semanas completas y menos de 37 semanas completas (196 días completos pero menos de 259 días completos).	8	3	-	-	11	55.0
2	P 36.9	Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	2	2	-	-	4	20.0
3	P 22.0	Enfermedad de la membrana hialina del recién nacido	1	2	-	-	3	15.0
4	L 08.9	Infección local de la piel y del tejido subcutáneo, no especificada	-	-	1	-	1	5.0
5	R 95. x	Síndrome de la muerte súbita infantil	1	-	-	-	1	5.0
TOTAL GENERAL			12	7	1	0	20	100.0

FUENTE: Cuadernos de Registro – 2009 – HMILA

Analizando la mortalidad neonatal temprana del tercer trimestre tenemos una tasa de 23.8 por 1000 nacidos vivos, menores a 7 días de vida, lo que nos muestra un alto índice en relación a la mortalidad neonatal tardía de un total de 818 nacidos de los cuales 798 son los nacidos vivos, se observa que el índice sube desde julio a septiembre teniendo un doble de mortalidad.

Atención en Servicio de Obstetricia

3er Trimestre	OCUPACIÓN	PROMEDIO DÍAS DE ESTADÍA	INTERVALO DE SUSTITUCIÓN	GIRO CAMAS
JULIO	76.9	2.1	0.6	11.2
AGOSTO	69.3	1.7	0.8	11.4
SEPTIEMBRE	77.5	1.9	0.5	12.8
CAL. APROX.	74.8	1.9	06	35.5

FUENTE: Elaboración propia

Los indicadores hospitalarios del servicio de Obstetricia nos muestra el siguiente grafico, donde podemos apreciar que el porcentaje de ocupación de camas es relativo excepto el mes de septiembre donde se tuvo un decremento de 7.9 % en relación a los meses de julio y septiembre, sin embargo el promedio trimestral es de 74.8% se obtuvo un promedio de estancia de 1.9 días por paciente, el giro de camas es de 35.5 pacientes fue ocupada cada cama en el trimestre lo que significa un promedio por mes de 11.8 por cama, el intervalo de sustitución donde nos mide el rendimiento cama , para lo cual tenemos un 0.6 lo que nos indica que cada cama espera aproximadamente media jornada para ser nuevamente ocupada.

Principales Causas de Egreso Hospitalario
Servicio de Obstetricia 3er. Trimestre de Julio a Septiembre - 2009
Hospital Materno Infantil “Los Andes”.

N°	CÓDIGO CIE - 10	DESCRIPCIÓN	GRUPO DE EDAD				TOTAL	%
			10 A 19	20 A 29	30 A 39	40 A MAS		
1	080.9	Parto único espontáneo, sin otra especificación	155	335	133	20	643	72.3
2	082.9	Parto por cesárea, sin otra especificación	0	86	64	7	157	17.7
3	P 01.9	Feto y recién nacido afectados por otras complicaciones maternas del embarazo	11	20	11	1	43	4.8
4	047.0	Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación	3	4	2	0	9	1.0
5	072.0	Hemorragia del tercer período del parto	0	3	4	0	7	0.8
6	084.2	Parto múltiple, todos por cesárea	1	1	0	1	3	0.3
7	021.0	Hiperémesis gravídica leve	1	4	1	0	6	0.7
8	023.9	Otras infecciones y las no especificadas de las vías genitourinarias en el embarazo	2	2	0	0	4	0.5

9	047.1	Falso trabajo de parto a las 37 y más semanas completas de gestación	1	2	1	0	4	05
10	014.0	Pre eclampsia moderada	0	2	1	0	3	0.3
11	047.9	Falso trabajo de parto, sin otra especificación	2	1	0	0	3	0.3
12	015.0	Eclampsia en el embarazo	0	0	1	0	1	0.1
13	084.0	Parto múltiple, todos espontáneos	0	1	1	0	2	0.2
14	045.9	Desprendimiento prematuro de la placenta, sin otra especificación	0	1	0	0	1	0.1
15	061.9	Fracaso no especificado de la inducción del trabajo de parto	0	0	1	0	1	0.1
SUB TOTAL			176	462	220	29	887	100.0
DEMÁS CAUSAS			0	0	0	0	0	0.0
TOTAL GENERAL			176	462	220	29	887	100.0

FUENTE: Cuadernos de Registro – 2009 – HMILA

En esta tabla podemos apreciar que la primera causa de egreso hospitalaria es el parto eutócico que representa un 72.3%, seguido con el parto por cesárea con 17.7% posteriormente esta el código P 01.9 que significa amenaza de parto prematuro menores de 37 semanas que han sido tratado en este hospital.

Según el informante menciona de que los hospitales y centros de Salud deberían fomentar las el manejo de lo que significa el Parto Humanizado.

PORCENTAJE DE CESÁREAS REALIZADAS

El Hospital Materno Infantil Los Andes, en el tercer trimestre del 2009, se tuvo un 23 % de Cesáreas, de un total de 160 como principal actividad en Cirugías.

Atención de Ginecología

Comparativo por Meses de Julio a Septiembre - 2009

Hospital Materno Infantil “Los Andes”

3er Trimestre	OCUPACIÓN DE CAMAS	PROMEDIO DÍAS DE ESTADÍA	INTERVALO DE SUSTITUCIÓN	GIRO CAMAS
JULIO	92.1	2.2	0.2	13.1
AGOSTO	81.3	2.3	0.5	10.1
SEPTIEMBRE	70.6	2.1	0.9	10.7
CAL. APROX.	81.3	2.2	0.5	11.3

FUENTE: Elaboración propia

Los indicadores hospitalarios del servicio de Ginecología nos muestra el siguiente grafico, donde podemos apreciar que el porcentaje de ocupación de camas es relativo excepto el mes de julio donde se tuvo un incremento bastante alto en relación a los meses de agosto y septiembre, sin embargo el promedio trimestral es de 81.3%, se obtuvo un promedio de estancia de 2.2 días por paciente, el giro de camas fue de 34 pacientes en el trimestre lo que significa un promedio por mes de 11.3 por cama.

El intervalo de sustitución donde nos mide el rendimiento cama, para lo cual tenemos un 0.5 lo que nos indica que cada cama espera aproximadamente media jornada para ser nuevamente ocupada.

Principales Causas de Egreso Hospitalario

Servicio de Ginecología 3er. Trimestre de Julio a Septiembre - 2009

Hospital Materno Infantil “Los Andes”

N°	CÓDIGO CIE-10	DIAGNÓSTICO	GRUPO ATAREO				TOTAL	%
			10 A 19	20 A 29	30 A 39	40 Y MAS		
1	006.4	Aborto no especificado, incompleto, sin complicación	16	86	54	12	168	55.1
2	020.0	Amenaza de aborto	9	23	16	0	48	16.7
3	006.3	Aborto no especificado, incompleto, con otras complicaciones especificadas y las no especificadas	1	9	2	1	13	4.3
4	072.0	Hemorragia asociada con retención o adherencia de la placenta	1	4	6	0	11	3.6
5	021.0	Hiperémesis gravídica leve o no especificada, que empieza antes del fin de la 22a semana de gestación	1	5	1	0	7	2.3
6	023.9	Otras infecciones y las no especificadas de las vías genitourinarias en el embarazo O 23.4 Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo	2	1	2	0	5	1.6

	023.4	Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo	0	3	2	0	5	1.6
7	001.9	Mola hidatiforme, no especificada	1	1	1	1	4	1.3
8	070.9	Desgarro perineal durante el parto, de grado no especificado	2	1	1	0	4	1.3
9	099.4	Enfermedades del sistema circulatorio que complican el embarazo, el parto y el puerperio	0	4	0	0	4	1.3
10	014.0	Pre eclampsia moderada	1	2	1	0	4	1.3
11	N 90.8	Otros trastornos no inflamatorios especificados de la vulva y del perineo	0	1	2	0	3	1.0
13	006.1	Aborto no especificado, incompleto, complicado por hemorragia excesiva o tardía	0	1	0	2	3	1.0
SUB TOTAL			34	141	88	16	279	91.5
OTRAS CAUSAS			6	10	9	1	26	8.5
TOTAL GENERAL			40	151	97	17	305	100.0

FUENTE: Cuadernos de Registro – 2009 – HMILA

En esta tabla podemos apreciar que la primera causa de egreso hospitalaria es el Aborto especificado, incompleto, sin complicación que representa un 55.1%, seguido con el parto por la amenaza de aborto con 16.7% posteriormente esta el código O 06.3 que significa un aborto no especificado, que han sido tratadas en nuestro nosocomio. Con un total de 305 pacientes.

CIRUGÍAS REALIZADAS – TERCER TRIMESTRE – 2009**HOSPITAL MATERNO INFANTIL LOS ANDES**

En relación a cirugías realizadas en el tercer trimestre de 2009, en obstetricia se tiene un total de 160 cesáreas, por diferentes causas, representa un 59.5%; 96 LUI que significa un 36%; en ginecología 8 cirugías que representa el 3%, en traumatología 3 casos y cirugía 2 de un total de 269 actividades de quirófano en el hospital.

Servicio de Cirugía y Traumatología

3er Trimestre	OCUPACIÓN DE CAMAS	PROMEDIO DÍAS DE ESTADÍA	INTERVALO DE SUSTITUCIÓN	GIRO CAMAS
JULIO	3.2	1.0	30.0	1.0
AGOSTO	3.6	1.0	27.0	1.0
SEPTIEMBRE	45.2	4.7	5.7	3.0
CAL. APROX.	17.3	2.2	20.9	5.0

FUENTE: Elaboración propia

Los indicadores hospitalarios del servicio de Cirugía y Traumatología nos muestra el siguiente grafico, donde podemos apreciar que el porcentaje de ocupación de camas de 17.8 %, sin embargo el promedio trimestral es de 17.3%, se obtuvo un promedio de estancia de 2.2 días por paciente, el giro de camas es de 5 pacientes fue ocupada cada cama en el trimestre lo que significa un promedio por mes de 1.6 por cama. El intervalo de sustitución donde nos mide el rendimiento cama, se tiene 20.9 lo que nos indica que cada cama espera aproximadamente media jornada para ser nuevamente ocupada.

Principales Causas de Egreso Hospitalario
Servicio de Traumatología y Cirugía 3er. Trimestre - 2009
Hospital Materno Infantil “Los Andes”

N°	DIAGNOSTICO	CÓDIGO CIE-10	GRUPO DE EDAD										SUB TOTAL	TOTAL	%			
			MENOR 1 AÑO		1 A 4		5 A 14		15 A 59		60 A MAS							
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F				M	F	
1	Otras cistitis crónicas	N 30.2										2			0	2	2	40.0
2	Fractura de la diáfisis de la tibia	S 82.2							1						1	0	1	20.0
3	Fractura de otro(s) hueso(s) del tarso	S 92.2							1						1	0	1	20.0
4	Fractura del fémur, parte no especificada	S 72.9					1								1	0	1	20.0
TOTAL			0	0	0	0	1	0	2	2	0	0	3	2	5		100.0	

FUENTE: Cuadernos de Registro – 2009 – HMILA

En esta tabla podemos apreciar que la primera causa de egreso hospitalaria es Cistitis Crónicas que representa un 40 %, seguido de la fractura de la tibia con un 20 % posteriormente esta la fractura de otros huesos del tarso con un 20 % y tenemos por ultimo la fractura de fémur parte no especificada, estos diagnósticos son pocos pero significativos en el tercer trimestre de este año.

Consulta Externa de Menores de 5 Años
Comparativo por Meses de Julio a Septiembre - 2009
Hospital Materno Infantil “Los Andes”.

MESES	MENORES A 5 AÑOS	TOTAL ATENCIONES	NUEVAS		TOTAL	REPETIDAS		TOTAL
			SEXO			SEXO		
			M	F		M	F	
			JULIO	392		859	443	
AGOSTO	392	915	459	440	899	11	5	16
SEPTIEMBRE	393	927	446	440	888	32	9	41
TOTAL	4714	2701	1348	1288	2636	47	18	65

FUENTE: Elaboración propia

Con una población de 4714 habitantes menores de 5 años, observamos que las atenciones en consulta externa es parecido en comparación a los otros meses, donde la cobertura en este grupo de edad es de 57% en relación a la población asignada del mismo periodo, donde se puede decir que los alcances serán más de lo programado en el POA 2009, tendrán más atenciones de las programadas.

Respecto a otras edades, se tiene un total de 1401 pacientes atendidos en el Hospital, mayores de 15 a 59 años y de 60 a más años, se puede decir que las personas mayores de estos dos grupos etarios son igual de propensos a tener cualquier enfermedad que los otros grupos, sin embargo

el hospital como es de maternidad, las consultas son obstetricia (controles prenatales y postnatales).

Estado Nutricional en Niños y Niñas Menores de 5 años

Comparativo por Meses de Julio a Septiembre - 2009

Hospital Materno Infantil “Los Andes”

MESES	NUTRICIÓN				DESNUTRICIÓN						TOTAL	% DE PREVALENCIA GENERAL.	% DE PREVALENCIA MYS	% DE PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS
	SUPERIOR		NORMAL		LEVE		MODERADA		SEVERA					
	N	S	N		L		M		S					
<2a	<2a5a	<2a	2a<5a	<2a	2a<5a	<2a	2a<5a	<2a	2a<5a					
JULIO	90	8	601	96	183	67	76	4	7	1	1133	29.83	7.77	24.03
AGOS	75	11	475	88	83	60	23	8	2	1	826	21.43	4.12	17.52
SEPT.	296	40	499	66	52	9	5	0	0	0	967	6.83	0.52	20.51
TOTAL	461	59	1575	250	318	136	104	12	9	2	2926	19.86	4.32	20.69

FUENTE: Nutrición - SNIS – 2009 HMILA

En el estado nutricional en niños menores de 5 años es relativo por meses, teniendo al tercer trimestre de 20.69% la prevalencia de desnutrición moderada y severa es de 34% y la prevalencia general de todos los niños atendidos es de 19.86%; estudio realizado de 2926 niños y niñas.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

COMPARATIVO POR MESES DE JULIO A SEPTIEMBRE - 2009

HOSPITAL MATERNO INFANTIL LOS ANDES

En las actividades de enfermería, colocar sueros, inyectables y curaciones; tres variables que se reportan al SNIS; sin embargo, según el entrevistado indica de que: la labor de enfermería es mucho mas amplio para lo cual se implementara nuevos instrumentos de registro de reporte por

servicios de especialidad, para lograr indicadores acordes según número de pacientes internados, atención de emergencias y de consulta externa.

CAPITULO III

MARCO TEÓRICO

3.1. LOGRO DE CONOCIMIENTO DEL NIÑO(A).

La enseñanza y aprendizaje son procesos recíprocos, la enseñanza facilita el proceso de aprender, el que asume el papel de maestro va a ayudar a quien aprende a que adquiera el conocimiento, habilidades y las actitudes que necesita para aprender, no sólo va a proporcionarle información, sino también le ayudará a cambiar sus opiniones y sentimientos, el aprendizaje es un proceso activo que se extiende desde el nacimiento hasta la muerte, es decir se da durante toda la vida, o formal mediante una serie de experiencias de aprendizaje determinados que se orientan hacia el logro de metas específicas; es por ello que se dice que el aprendizaje origina cambios en el proceso de pensamiento y las acciones o actitudes de la persona quien aprende (B. Garrido 1996 p. 67).

Salazar Bondy define el conocimiento como un acto y un efecto o producto; el conocimiento es un proceso mental, una actividad humana, orientada a reflejar la realidad objetiva en la conciencia del hombre; el conocimiento como efecto se adquiere a través de los actos de conocer, se puede acumular, transmitir y derivar unas de otras, no son subjetivas y pueden definirse gracias al uso del lenguaje.

Henry Walon lo define el conocimiento "como los datos e informaciones empíricas sobre la realidad y del propio individuo, es decir conocimientos inmediatos situacionales útiles y de tipo hábitos o costumbres que hacen factible la regulación conductual y el ajuste del individuo en un momento dado".

3.1.1 Formas de Adquirir el Conocimiento.

Conocimiento Directo: Aquel que se obtiene en la experiencia, en la práctica a través de los sentidos.

Conocimiento Indirecto: Aquel que se obtiene a través de segundas o terceras personas.

3.1.2 Tipos de Conocimiento

Según Henry Walon existen 3 tipos de conocimiento elementales y precientíficos, y científicos, siendo estos dos últimos exclusivos del ser humano.

Es donde el conocimiento pre científico es también llamado "vulgar o popular" y se obtiene por azar, luego de innumerables tentativas cotidianas; es metódico y asintomático, permite al hombre conducirse en la vida diaria, en el trabajo, en el trato con los amigos y en general a manejar los asuntos de rutina.

Y el conocimiento científico es objetivo, racional, sistemático, falible, metódico, a través de él se puede describir, explicar e interpretar los fenómenos y procesos.

Algunas características del conocimiento:

- El conocimiento es una capacidad humana y no una propiedad de un objeto como pueda ser un libro. Su transmisión implica un proceso intelectual de enseñanza y aprendizaje. Transmitir una información es fácil, mucho más que transmitir conocimiento.
- El conocimiento puede ser explícito (cuando se puede recoger, manipular y transferir con facilidad)
- Conocimiento es la capacidad para convertir datos e información en acciones efectivas.
- El conocimiento es el reflejo de la realidad en el cerebro a través de imágenes y sonidos
- El conocimiento es todo lo aprendido a través de la existencia humana de cada ser humano.

3.2 ASPECTO TEÓRICO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

El término de Estimulación Temprana aparece reflejado en sus inicios básicamente en el documento de la Declaración de los Derechos del Niño en 1959, enfocado como una forma

especializada de atención a los niños (as) que nacen en condiciones de alto riesgo biológico y social, y en el que se privilegian a aquellos que provienen de familias marginales, carenciales o necesitadas. Es decir, como una forma de estimulación a los niños (as) discapacitados, disminuidos o minusválidos (R. Mendoza 2006 p. 33).

De esta manera la concepción de estimulación temprana no surgió como algo necesario para todos las niñas (os), sino para aquellos carenciales, con limitaciones físicas o sensoriales, con déficit ambientales, familiares y sociales, lo cual va a tratar en el curso de los niños, y cuando ya la estimulación en las primeras edades se valora para todos los niños (as).

La investigación de referencia de la Carnegie Corporation señala las consecuencias trascendentales que tienen las situaciones de alto riesgo o desventajas para los niños y de cómo estos pueden ser evitados por medio o de una intervención temprana. Datos de esta investigación, revelan que menores considerados en la categoría de alto riesgo y que tuvieron la posibilidad de asistir a programas educativos durante los primeros seis meses de edad, redujeron el riesgo de retraso mental hasta un 80% y que a la edad de tres años estos niños mostraban coeficientes inteligentes superiores en un 15 ó 20 puntos comparados con otros, también evaluados en situación de alto riesgo y que no habían tenido la oportunidad de asistir a estos programas. El seguimiento de estas cosas comprobó que a los doce años funcionaban todavía a un nivel superior de inteligencia lo cual era aún más significativo, al alcanzar los quince años de edad.

Estos datos sugieren que los programas de estimulación temprana no solamente resuelven el déficit o carencia en el momento, sino que pueden tener efectos educativos de larga duración, lo cual está dado por supuesto, por su aplicación en el momento necesario, por realizarse en los períodos sensitivos del desarrollo.

De esta manera los resultados de las experiencias e investigaciones de la intervención de estimulación temprana en niñas (os) de alto riesgo, influyó decididamente el de enfocar estos programas de estimulación, no solamente para esta población particular, sino para todos los niños (as) fueran o no población particular y situación de riesgo o desventaja social

Es así como surgen los programas de estimulación temprana, para todos los niños, por ello se considera importante que el niño participe en dicho programa a partir de los 3 meses, ya que antes de esto el niño se está adaptando a su nuevo mundo, a su hogar, a sus padres y a su ambiente; es decir ha pasado su período de ajuste a su medio nuevo e inmediato y es entonces cuando podemos ofrecerles experiencias nuevas y hacer más amplio su ambiente y por lo tanto su capacidad de adaptación.

La necesidad de proporcionar una estimulación propia en el momento oportuno, condujo inexorablemente a la consideración de impartir esta estimulación desde los momentos mas tempranos de la vida, surgiendo así el concepto de estimulación temprana del desarrollo.

La estimulación temprana no pretende desarrollar niños precoces, ni adelantarlos en su desarrollo natural sino ofrecerles una amplia gama de experiencias que sirvan como base para futuros aprendizajes.

En general, la estimulación al lactante implica:

- Promover que las condiciones fisiológicas, educativas, sociales y recreativas sean adecuadas.
- Orientar el espíritu de curiosidad y observación del lactante.
- Favorecer la adaptación al ambiente.
- Desarrollar el control postural, practicando ejercicios de la motricidad gruesa y fina.
- Prácticas actividades lúdicas y de socialización.

Y por ello el objetivo de la Estimulación Temprana es desarrollar al máximo el potencial psicológico del lactante, cuidar de su condición biológica, de los aspectos emocionales y sociales.

Según Jean Piaget (1978:51) todo aprendizaje se basa en experiencias previas, entonces si el niño nace sin experiencias, mediante la estimulación se le proporcionan situaciones que le inviten al aprendizaje. Lo cual es abrir canales con sonidos para que el niño adquiera mayor información del mundo que lo rodea. Existen dos teorías acerca del desarrollo de los niños, una

que apoya la importancia del desarrollo moderativo y la otra que considera al desarrollo como producto de experiencias y aprendizajes.

La estimulación temprana debe tomar las dos corrientes por un lado para respetar el nivel de madurez de cada individuo, así como sus características pensantes y por el otro, proporcionar experiencias.

Existen conceptos sobre Estimulación Temprana tales como:

Arango de Narváez María Teresa “Proceso natural que la madre pone en práctica en su relación diaria con el bebé, a través de este proceso, el niño va ejerciendo mayor control del mundo que le rodea, el tiempo que sentirá satisfacción al descubrir que puede hacer las cosas por sí mismo”.

Castillo Magallanes, María “Es un conjunto de acciones que potencian las habilidades perceptivas, motrices, cognitivas, lingüísticas y sociales que le permitirán al niño alcanzar mayor madurez en su desarrollo”.

Figuroa de Camacho, Elsa “Una serie de actividades efectuadas directamente o indirectamente desde la más temprana edad, dirigidos a proveerle la mayor cantidad posible de oportunidades de interacción efectiva y adecuada con el medio ambiente humano y físico con el fin de estimular su desarrollo general o en áreas específicas”.

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

Pitcher de Ayanza, Rosa “Conjunto de acciones y motivaciones ambientales que se ofrecen al niño desde un antes de su nacimiento, para ayudarlo a crecer y desarrollarse saludablemente”.

UNICEF, es el conjunto de acciones pendientes a proporcionar al niño las experiencias que este necesita desde su nacimiento, para desarrollar al máximo su potencia psicológica logrado a través de la presencia de personas y objetos en cantidad y oportunidad adecuada 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 aprendizaje efectivo.

3.3 BASES CIENTÍFICAS DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Estimulación Temprana prepara al niño para desarrollar habilidades y recibir estímulos afectivos, sensoriales que tendrán como beneficio el desarrollo neuronal, con una mejor conformación e integración de la sinapsis cerebral es determinando un sistema nervioso central mejor constituido. Tanto la Genética como la Órgano génesis, nos dirigen a comprender mejor la integración de la neurona como elemento fundamental en la funcionalidad del sistema nervioso central

El Sistema Nervioso Central (SNC), adquiere plasticidad cerebral que es la capacidad adaptativa del SNC, así como la habilidad de modificar su propia organización estructural y funcional en respuesta a una demanda de su medio ambiente; esta capacidad del SNC de lograr su funcionalidad es mayor durante el primer año de vida; y es así que, a más corta edad, mayor será la plasticidad por lo que la posibilidad de intervenir y mejorar la calidad de los estímulos aportados logra una mejor calidad de movimiento y desarrollo intelectual posterior. Existen teorías que hablan acerca del desarrollo cognitivo del lactante y que mencionan que el desarrollo intelectual coincide con lo biológico, lo motriz, el lenguaje y con los logros personales - sociales, muchos de los cuales tienen que ocurrir antes para que el aprendizaje se produzca de forma óptima y lograr un desarrollo integral y armonioso ya que debemos recordar que la fase del aprendizaje puede aparecer en tiempos distintos, como por ejemplo: lo que un niño logra en un mes, otro lo realiza en un día. Esto se debe a la influencia compleja de diferentes factores que señala Piaget (1978:76) como: los factores hereditarios, factores de acción del ambiente físico, factores de acción del ambiente social, factores de equilibrio que gobiernan las interacciones de los tres anteriores y favorece la adaptación del individuo, siendo todos ellos que afectan el desarrollo humano, es por ello que se puede decir que el desarrollo es como un proceso dinámico de organización sucesiva de funciones biológicas, psicológicas, y sociales en compleja interacción, cuyas constelaciones estructurales se modifican según las experiencias

vitales. El aprendizaje tiene lugar cuando la conducta cambia como consecuencia de la experiencia o del crecimiento. Al progresar la motricidad la participación más activa del lactante en el entorno favorecerá el aprendizaje. Por ello la teoría utilizada con más frecuencia para explicar la cognición o capacidad de conocer es la de Piaget, ya que él menciona que la inteligencia capacita a los individuos para adaptarse al ambiente, lo que aumenta la probabilidad de supervivencia y mediante su conducta, las personas establecen y mantienen el equilibrio con el entorno.

La teoría de Piaget presenta 4 etapas, pero para este estudio sólo se menciona la primera, ya que comprende del nacimiento hasta los 2 años.

1ª Etapa sensorio -motriz que comprende desde el período del nacimiento a los 24 meses; está integrada por 6 subtipos Piaget refiere que los infantes aprenden acerca de sí mismos y de su mundo a través de su propio desarrollo sensorial y de su actividad motriz, los bebés pasan de ser criaturas que responden de manera primaria a través de reflejos y con un comportamiento aleatorio a niños en la etapa de los primeros pasos orientados por metas.

Durante esta etapa ocurren tres sucesos cruciales:

- El primero es que los lactantes aprenden a percibirse como distantes de los demás objetos del entorno. Se dan cuenta que hay otros que los controlan, además de ellos mismos y que para que exista satisfacción mutua, debe haber ciertos reajustes.
- El segundo logro importante es la noción de permanencia de los objetos o comprobación que estos continúan existiendo aunque quedan fuera del campo visual.
- El tercer desarrollo intelectual importante de la capacidad de usar símbolos o "representaciones mentales"; por medio de ello el lactante piensa en una situación u objeto sin experimentarlo realmente con el reconocimiento de los símbolos comienza la comprensión del tiempo y del espacio.

Las 4 sub etapas de la teoría de Piaget que afectan a los lactantes son:

Subtipo 1: (desde el nacimiento hasta el primer mes): los infantes ejercitan sus reflejos involuntarios y logran algo de control sobre ellos; los pequeños no coordinan la información que

reciben a través de los sentidos; ellos no agarran el objeto que están mirando. No han desarrollado el concepto de permanencia del objeto.

Subtipo 2: (desde el primer al cuarto mes): esta etapa marca el comienzo de la sustitución de la conducta refleja por actos voluntarios; el lactante asimila y adapta sus reacciones al entorno y reconoce el estímulo que produjo la respuesta; antes había llevado hasta que le pusiera el pezón en la boca; ahora asocia el pezón con la voz de la madre y aromada y adapta esa nueva información, dejando de llorar cuando oye la voz, antes de recibir el pezón.

Subtipo 3: (desde el cuarto al octavo mes): las reacciones circulares primarias se repiten intencionalmente y se prolongan para que haya respuesta con sujetos se convierten ahora en agitar golpes y terror. Los infantes se interesan más en el ambiente y repiten acciones que producen resultados que les atraen y prolongan las experiencias interesantes. Las acciones son intencionales pero inicialmente no están orientados por metas; los infantes demuestran de manera parcial el concepto de permanencia del objeto; ellos buscan un objeto oculto parcialmente y también en este momento se inician tres procesos nuevos de la conducta humana: imitación, juego y efecto.

Subtipo 4: (desde el octavo al décimo segundo mes): empiezan a descubrir que los objetos escondidos no se han ido y que se quitan el obstáculo podrán verlo; esto marca el comienzo del razonamiento intelectual y además pueden experimentar mediante la observación y empiezan a asociar símbolos con sucesos como "adiós" con "papá" "se va a trabajar".

"La intencionalidad se desarrolla más y ahora los pequeños intentarán retirar de forma atenta cualquier barrera que se oponga a una acción deseada (o indeseada). Si encuentran algo en su camino, trataran de pasar por encima o empujarlo.

3.4. GENERALIDADES DEL CRECIMIENTO DEL LACTANTE

En ningún otro, momento de la vida son tan espectaculares los cambios en el desarrollo como en la lactancia. Todos los sistemas principales del organismo experimentan una maduración

progresiva y se da un desarrollo simultáneo de habilidades, que permiten la respuesta de los lactantes al entorno.

Durante el primer año, el crecimiento es muy rápido, sobre todo en los 6 meses iniciales. Los lactantes aumentan 680 g al mes hasta los 5 meses, momento en que se duplica el peso que tenían al nacer, como mínimo. El peso medio de un niño de 6 meses es 7,26 Kg. El aumento de peso es más lento durante el segundo semestre. (MINSa, 2003 p. 61)

Al año, se habrá triplicado el peso del lactante, con un promedio de 9,75 Kg.

La altura aumenta 2,5 cm. al mes, durante los primeros años y también en ese momento es más lento durante los 6 meses siguientes. La altura media son 65 cm a los 6 meses y 4 cm a los 12 meses. Al año, la altura al nacer habrá aumentado casi un 50%. Este aumento se produce principalmente en el tronco, más que en las piernas, y contribuye a la configuración del aspecto físico característico del lactante.

El crecimiento de la cabeza también es rápido. Durante el primer semestre su perímetro aumenta 1,5 cm aproximadamente al mes, y sólo 0,5 cm mensuales durante los segundos 6 meses. El tamaño medio es de 43 cm a los 6 meses y de 46 cm a los 12. Al año, el tamaño de la cabeza ha aumentado casi un 33%. Se cierran las suturas craneales y la fontanela posterior se une a las 6 u 8 semanas de edad, mientras que la anterior lo hace entre los 12 y 18 meses.

El aumento de tamaño de la cabeza refleja el crecimiento y diferenciación del sistema nervioso. Al final del primer año, el cerebro ha aumentado de peso dos veces y media.

La maduración cerebral se refleja en el desarrollo espectacular de los logros infantiles. Los reflejos primitivos son sustituidos por movimientos voluntarios, intencionados. Al tener lugar la mielinización, aparecen los reflejos de enderezamiento y el reflejo protector de paracaídas, en el que las manos y los dedos se extienden hacia delante, como respuesta de protección durante una caída, cuando se empuja al lactante de forma repentina hacia delante, mientras se le sujeta en posición horizontal.

El tórax adopta un contorno más adulto y el diámetro lateral se hace mayor que el antero posterior. La circunferencia torácica iguala, aproximadamente, a la cefálica al final del primer año (ib. p. 62)

3.5 ASPECTO TEÓRICO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

El desarrollo es el progreso que el niño adquiere desde que nace, y lo muestra en su pensamiento, lenguaje y en su relación con los demás; el niño desde que nace aprende de las personas, de las cosas, y del mundo que le rodea. Ningún niño es igual a otro y muchas veces, así tenga la misma edad, cada niño hace cosas diferentes, en momentos diferentes; esto depende de momentos de diversos factores: la forma como se relacionan los adultos con el niño, el tiempo que permanece acompañado, la forma de ser del niño, las costumbres familiares, etc.

Es el conjunto de adquisiciones del área motora, social y del lenguaje que suceden como consecuencia de la maduración cerebral y de la influencia del ambiente sobre la misma.

El desarrollo del niño puede ser visto como un proceso donde se identifican tres características importantes (Reyes A. Cecilia 2004 p. 39), las cuales son;

a) El desarrollo es un proceso de mejoramiento de capacidades, como son:

- La capacidad para moverse y coordinar el movimiento.
- La capacidad para pensar y razonar.
- La capacidad para sentir
- La capacidad para relacionarse con los demás

b) El desarrollo es un proceso integral: todas las capacidades que desarrollo el niño están relacionadas entre si; los que se producen en una influyen en la otra. (Esta relación de una capacidad con otra exige que se preste atención al niño en conjunto con un enfoque integral y no desde un solo punto o dimensión del desarrollo, siempre hay que valorarlo desde las cuatro capacidades que el niño desarrollo.)

c) El desarrollo es un proceso continuo: el proceso del desarrollo comienza antes del nacimiento y continúa a lo largo de toda la vida (ver el desarrollo como un proceso continuo significa que el niño siempre está desarrollando, cualquier cosa que suceda en un momento determinado contribuye a preparar el camino para lo que ocurra en el futuro. Como pueden haber condiciones positivas para dar continuidad al desarrollo, también pueden haber situaciones que ocasionan retardos en el desarrollo.)

3.5.1 Condiciones que Favorecen el Desarrollo del Niño

Para asegurar a nuestros niños un desarrollo para su edad es indispensable, que además de considerar las características que influyen en el desarrollo, el niño cuenta con la atención de la familia y en general de los adultos que acompañan. Como mínimo, se deben garantizar las siguientes condiciones al niño:

- El amor de todos los que le rodean.
- Que la familia comparta con el niño, lo atienda.
- Que la familia lo comprenda y lo estimule.
- Que la familia le hable y le explique todo lo que está sucediendo a su alrededor.
- Un cuerpo sano
- La oportunidad de moverse, jugar y explorar su ambiente.
- Los controles periódicos de su desarrollo, realizados por el personal de salud.
- Alimentación adecuada
- Cuidado personal e higiene

El desarrollo psicomotor del niño está dividido en 4 áreas:

Área Motora, Coordinación, Lenguaje y Social

Área Motora: Es importante destacar que el movimiento es el principal generador de cualquier dinámica que experimenta el ser humano, el inicio del desarrollo del niño se haya dominado por la motricidad, éste adquiere el conocimiento y luego lo enriquece a partir de la movilidad física que realiza. El niño desarrolla esta área adquiriendo fuerza muscular y control de sus

movimientos, lo cual le va a permitir primero conocer su propio cuerpo y más adelante el mundo que lo rodea.

Área Lenguaje: La función principal del lenguaje es permitir la comunicación entre los individuos en caso del lactante, se comunica haciendo uso de diversas formas de expresión, es decir a través de las primeras manifestaciones del pre lenguaje (chupeteos, balbuceos, sonidos guturales, emisiones vocálicas, risas y gritos) hasta llegar a comprender el lenguaje oral y escrito como una forma de expresión, pero esto se irá realizando paralelamente en las diferentes etapas de la vida del niño.

El niño poco a poco va emitiendo sonidos hasta que logra pronunciar sus primeras palabras, aprender o hablar así logra comunicarse mejor con los demás.

Área Social: Un aspecto importante es estimular al niño a realizar actividades que le permitan satisfacer su iniciativa, curiosidad y su necesidad de obtener un mayor grado de autonomía, conforme va creciendo en lo que se refiere a los hábitos de independencia personal (alimentación, vestido, aseo, etc.) así como una conducta social adecuada al medio en que se desenvuelve.

Las buenas relaciones que se establecen entre el niño y las demás personas que lo rodean, así como la capacidad para desenvolverse en su medio ambiente, va a permitir que el niño se quiera a sí mismo y se acepte; y también a querer a los demás; y estos a la vez van a ser factores que determinen la armonía familiar.

A continuación se muestra por etapas las acciones que el lactante puede realizar:

LACTANTES DE 1 A 3 MESES

Área Motora

Aprieta el dedo de la mamá al colocarlo en su mano.

Al colocarlo boca abajo es capaz de mover la cabeza.

Tratar de enderezar la cabeza al sentarlo.

Mantener la cabeza levantada al sentarlo.

Área Social

Fija la vista en la persona que le habla.

Haré sonidos al hablarle.

Sonríe al hablarle.

Área Lenguaje

Reacciona al ruido cerca de su oído.

Dice "a", "o" dos sonidos diferentes.

Haré sonidos más prolongados: "aa", "uu".

LACTANTES DE 4 A 6 MESES

Área Motora

Si lo tomamos de las manos para llevarlo a posición sentada, él ayuda a sentarse.

Se mantiene sentado sin apoyo, aunque sólo por un rato.

Área Social

Ríe a carcajadas (social y lenguaje)

Vuelve la cabeza hacia quien le habla

Área de Lenguaje

Trata de repetir las palabras que le dicen (social - lenguaje).

Emite sonidos más prolongados (u, u, u).

LACTANTES DE 7 A 12 MESES

Área Motora

Se sienta sin cojines

Se sienta solo.

Se pone de pie y antes del año de edad ya camina con ayuda.

Área Social

Imita gestos tales como hacer "chau" con las manos.

Entrega lo que tiene en la mano al pedírselo.

Reconoce cuando lo llaman por su nombre.

Área de Lenguaje

Dice "da - da" o algo parecido.

Reacciona al decirle "no -no".

Dice "da - da" o algo parecido.

Reacciona al decirle "no -no".

3.6. EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR.

La Escala de Evaluación de Desarrollo Psicomotor (Arancibia R. y Undurraga, Chile 1974) mide el rendimiento del niño frente a ciertas situaciones que para ser resueltas requieren determinado grado de desarrollo psicomotor. La Escala consta de 75 ítems, 5 por cada edad, con un determinado valor. De uno a diez meses el puntaje de cada ítem es de 6 puntos, doce meses el puntaje es de 12 puntos y de los quince a los veinte cuatro meses el puntaje es de 18 puntos. 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 sólo a los niños de estos grupos de edad se le puede administrar la escala. Esta prueba sirve para evaluar a un niño de cualquier edad entre 0 y 24 meses; pudiéndose evaluar a los 2 años a aquellos niños que tengan hasta 732 días. (10)

Terminología de la Estimulación Temprana:

- Edad Cronológica (EC): es la edad del niño en días; ejemplo si el lactante tiene 10 meses y 5 días, la EC será = 305 días.
- Edad Mental (EM): es la suma del puntaje que obtiene de los ítems aprobados.
- Edad Base (EB): es el mes donde el niño responde con éxito a los cinco ítems.
- Razón (R): es el resultado de la división entre la edad mental (ED) y la edad cronológica (EC)
- Puntaje Estándar (PE): es la distribución estadística de las tablas de puntaje según grupo atareo
- Coeficiente de desarrollo (CD): es el resultado porcentual obtenido por el niño en base a la razón convertido en puntaje estándar. Este Coeficiente de Desarrollo puede clasificarse en :
 - CD mayor o igual a 85: Normal
 - CD entre 84 y 70: Riesgo
 - CD menor o igual a 69: Retraso

Perfil de Desarrollo Psicomotor:

En la evaluación del desarrollo psicomotor, es importante tener en cuenta, además del puntaje global, una apreciación del rendimiento del niño en las distintas áreas de desarrollo. Un coeficiente de desarrollo normal puede encubrir un retraso notable en un área. Puede ocurrir también que un coeficiente de desarrollo (CD) muy bajo, no se deba a un retraso general, sino a dificultades en una o dos áreas. Para conocer en forma mas precisa el desarrollo del niño, en un momento determinado se ha diseñado un perfil por área de desarrollo que permite, entre otras cosas, advertir un retardo selectivo en el desarrollo del niño.

Descripción de la Batería: consta de los siguientes materiales que son los siguientes:

- Una campanilla
- Una argolla de 12 cm. de diámetro con el cordel o pabilo de 50 cm.
- Una cuchara de plástico de 19 cm. de largo de color rojo o azul
- Diez cubos rojos de madera de 2.5 cm. por lado
- Una pastilla o gragea rosada poli vitamínica (sulfato ferroso)
- Un pañal pequeño de 35 cm. x 35 cm. (color blanco)
- Una botella entre 4 y 4 ½ de alto y 4 cm. de diámetro
- Hoja de protocolo de Escala de Evaluación de Desarrollo Psicomotor (EEDP)
- Hoja de Datos de Filiación

Áreas del desarrollo, evaluadas por la Escala de Evaluación de Desarrollo Psicomotor (EEDP).

Se han distinguido dentro del proceso del desarrollo psicomotor cuatro (4) áreas de funcionamiento relativamente específicas e independientes. Estas áreas han sido denominadas y definidas como sigue:

Lenguaje (L)

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

Social (S)

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 (M)

Se refiere al control de la postura y motricidad.

REGISTRO

Escala de Evacuación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) 0 a 2 años

Nombre del Niño.....

Fecha de Nacimiento.....

Fecha de Evaluación.....

Peso-Talla.....

Nº de Ficha.....

Establecimiento.....

Nombre de la Madre.....

Resultados de la Evaluación

Edad Mental.....

Edad Cronológica..... Días..... Meses.....

EM/EC.....

Coficiente del Desarrollo CD).....

Desarrollo Psicomotor.....

NORMAL (mayor a 85).....

RIESGO (84 – 70).....

RETRASO (menor a 69).....

EDAD	ÍTEM	Puntaje	EIDADES DE EVALUACIÓN (Meses)						
			2	5	8	12	15	18	21
7 MESES	31 (M) Se mantiene sentado solo, por 30 seg. o más.	6 c/u							
	32 (C) Intenta agarrar la pastilla.								
	33 (L) Escucha selectivamente palabras familiares.								
	34 (S) Cooperar en los juegos.								
	35 (C) Coge dos cubos, uno en cada mano.								
8 MESES	36 (M) Se sienta solo y se mantiene erguido.	6 c/u							
	37 (M) Empuja hasta lograr la posición de pie.								
	38 (M) Iniciación de pasos sostenido bajo los brazos								
	39 (C) Coge la pastilla con movimiento de rastrillo.								
	40 (L) Dice da – da o equivalente.								
9 MESES	41 (M) Se pone de pie con apoyo.	6 c/u							
	42 (M) Realiza movimientos que semejan pasos, sostenido bajo los brazos.								
	43 (C) Coge la pastilla con participación del pulgar.								
	44 (C) Encuentra el cubo bajo el pañal.								
	45 (LS) Reacciona a los requerimientos verbales.								
10 MESES	46 (C) Coge la pastilla con el pulgar e índice.	6 c/u							
	47 (S) Imita gestos simples.								
	48 (C) Coge el tercer cubo dejando uno de los dos primeros.								
	49 (C) Junta cubos en la línea media.								
	50 (SL) Reacciona al “no – no”								
12 MESES	51 (M) Camina algunos pasos de la mano.	6 c/u							
	52 (C) Junta las manos en la línea media.								
	53 (M) Se pone de pie solo.								
	54 (LS) Entrega como respuesta a una orden.								
	55 (LS) Dice al menos dos palabras.								

3.7. ROL DE LA FAMILIA EN LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA.

La familia es el primer e inmediato componente del medio circundante del niño, ya que en ella y de manera natural el niño aprende pautas que incorpora de manera casi automática y que luego, a lo largo de su vida, aplicará en diferentes situaciones.

Es al interior de la familia, que el niño aprende modos de comportamiento en relación a sí mismo, a los demás y al mundo que lo rodea. La estructura de la familia desempeña una función decisiva en el crecimiento y desarrollo del niño, ya que ella brinda el apoyo inmediato y de larga duración a sus necesidades, modela su personalidad y le brinda el acceso a la cultura de su sociedad. Es importante tener en cuenta que la composición de la familia afectará en el crecimiento y desarrollo del niño, ya que va a existir diferencias en las cantidades de alimentos, estímulo social, afecto, exposición al lenguaje hablado y simbólico y otros (Garrido A. Bárbara, 1996 p. 72)

El rol de la familia en la estimulación temprana adquiere una singular importancia, ya que los padres son los más cercanos educadores de los niños, los principales transmisores de la experiencia, los que con mayor efecto se relacionan con los niños (as), por ello para la familia, es indispensable conocer como es el comportamiento de los niños según la edad; cuales son los movimientos o acciones claves que debe realizar en cada periodo, para ayudarlo a desarrollarlas mejor, así como que hacer cuando no las realiza, para atenderlo tempranamente; por estos se hace necesario la preparación de la misma, ya que no en todos los casos la familia está preparada para ofrecerle a sus hijos una oportuna estimulación. Se considera que son los más indicados para aplicar la estimulación temprana (en especial, las madres). Es un mito común creer que el rol de los padres en el desarrollo es secundario.

Tenemos cuatro razones para considerar que los padres, son las personas ideales para hacerlo:

- Ellos conocen mejor que nadie a sus hijos, saben cuales son sus debilidades y fortalezas.
- Ellos son los que mejor pueden enseñar los valores e ideales que desean para sus hijos. El grado de confianza y respeto que se afianza con un programa de estimulación temprana bien llevado es tal, que se crean las condiciones para una comunicación sincera y fluida que le permite no solo comunicar conocimientos, sino también valores y ética.

- Se fortalece la relación padre/madre - hijo(s).
- Se mejora la dinámica emocional y social en la familia.

Sin embargo, numerosos estudios han buscado relacionar las experiencias tempranas de los niños con las manifestaciones de su vida futura, y le han concedido una especial importancia a la relación madre - hijo, como un factor primordial que influye en el desarrollo humano.

Importancia de la Influencia de la Madre en la Estimulación Temprana.

Sabemos que el niño al nacer solo cuentan con pocas habilidades innatas como succionar para alimentarse, respirar y llorar para conseguir atención sobre algo que les incomoda, dependiendo totalmente de la madre, pero en contraparte cuenta con un cerebro que les permitirá desarrollar habilidades cada vez más complejas para progresar e interactuar con personas.

Durante los primeros tiempos será la madre quien dentro de las actividades de la vida diaria se encargue de incorporar juegos, caricias, sonidos, ecos a las vocalizaciones del bebé impulsando de este modo al niño a la actividad. Esto incrementará el interés hacia el mundo, éste se volverá significativo. Debemos pensar entonces que la madre y el vínculo con ella son importantísimos, ya que es a través de la madre que el niño va a acceder al conocimiento y al dominio del mundo.

Por ello se hace necesario actuar rápidamente para dar la orientación necesaria a la madre para que puedan valorar a su hijo por lo que tiene y no por lo que le falta. En la medida en que el bebé se sienta aceptado querrá incorporar los objetos y personas que pertenecen al mundo.

Las experiencias han dado a la madre un valor de estímulo positivo y valor primordial, ya que con la presencia materna física, con el conocimiento y con las actividades que realiza para estimular el desarrollo del niño va a apoyar el desarrollo infantil normal (Garrido A. Bárbara, 1996)

A continuación se muestra ejemplos que debe realizar la madre para estimular al lactante:

LACTANTES DE 1 A 3 MESES

Área Motora

Ponerle un dedo en cada manito para que los apriete y luego tirarlo suavemente de modo que el niño haga fuerza.

Tomarle las piernas, estirarlas y doblarlas. No ponerle ropa que le impida moverse.

Ponerlo semisentado, afirmando con cojines.

Al bañarlo o vestirlo, dejarlo moverse libremente durante unos minutos.

Dejarlo boca abajo para que levante la cabeza y pecho (ayudarlo).

Moverle las piernas como su pedaleara, esto se puede hacer al vestirlo.

Área Social

Acostumbrarlo a estar con distintas personas y lugares, aprovechar los momentos entre las comidas, cuando está despierto.

Lllamarlo por su nombre.

Demostrarle cariño, hablarle suavemente acariciarlo, tomarlo en brazos.

Colocarle música suave.

Área Lenguaje.

Repetir los sonidos que hace el niño, sonreírle, conversarle en forma constante y suave, por ejemplo, cantarle, mientras lo cambia de ropa.

Hacerle cariño mientras le habla

LACTANTES DE 4 A 6 MESES

Área Motora.

Poner al niño boca abajo para que levante cabeza y pecho; mostrarle algo vistoso para que trate de tomarlo.

Ponerlo acostado de espalda, hacer que tome los dedos y trate de sentarse.

Pararlo para que haga intentos de caminar.

Colocarlo boca abajo para que gatee: al comienzo ayúdelo

.

Área Social.

Hablarle, sonreírle, permitirle mirar el máximo de cosas, nombrarle y mostrarle personas.

Premiarlo con besos y sonrisas.

Acostumbrarlo a los ruidos normales de la casa, es decir, no obligar a la familia aguardar silencio.

Área Lenguaje.

Mientras le da de comer, nombrarle las personas y las cosas que tiene cerca.

Repetirle los sonidos que el niño hará, mientras lo muda, lo baña, etc.

Ponerle música suave.

Cantarle al niño cualquier canción de cuna.

LACTANTES DE 7 A 12 MESES

Área Motora.

Ayudarlo a pararse, apoyado en sillas, cama, et

Ayudarlo a caminar, tomándolo de la mano, sacarlo a pasear.

Tenerlo en un corral, por su seguridad y porque así ejercita más sus piernas y brazos.

Esconderle objetos y pedirle que los busque (gateando, destapando, etc.)

Pasarle objetos para que juegue mientras lo baña.

Hacerlo cooperar mientras lo viste ("levanta la pierna", "siéntate")

Área Social.

Pedirle algo que tenga el niño en las manos y darle las gracias cuando lo ha entregado.
Poner al niño cerca de la mamá cuando ella haga las cosas de la casa para que le observe.
Llamarlo por su nombre, para que se identifique y aprenda a responder cuando lo llamen.
Hacerle un muñeco de tela; si es posible usar colores vistosos y alegres.
Llevarlo a la mesa para que él esté presente junto a toda la familia.
Enseñarle a conocer las personas, dígame por ejemplo ¿Por dónde está el papá? Aquí está.
Enseñarle a imitar gestos (dice chau)

Área Lenguaje.

Repetir los sonidos que el niño hace.
Mientras lo viste, nombrarle partes de su cuerpo, tocándoselas.
Pedirle objetos que el niño tenga en sus manos.
Hablarle mientras hace las tareas del hogar, por ejemplo mientras plancha mostrarle y nombrar la ropa (camisa del papá, vestido de mamá, etc.)

3.8. BASE ÉTICO - PERSONAL

3.8.1 El niño como persona.

En los padres (mamá y papá) existe una enorme responsabilidad ética frente a la vida, salud y crecimiento de sus hijos. Siendo estos, el adecuado ambiente para un desarrollo normal y saludable, la satisfacción de las necesidades básicas a fin de que logre al máximo el desarrollo de sus potencialidades.

Repercute en el feto, y en el futuro desarrollo del niño, las condiciones económicas, sociales, culturales, ecológicas en que la madre vive durante la gestación y sus características físicas y psicológicas como estado de salud, nutrición, ingesta de alcohol, drogas o medicamentos, enfermedades infecciosas, nivel instruccional e información acerca del embarazo, estado emocional y actitud frente a su estado (Mendoza R. 2006 p. 47)

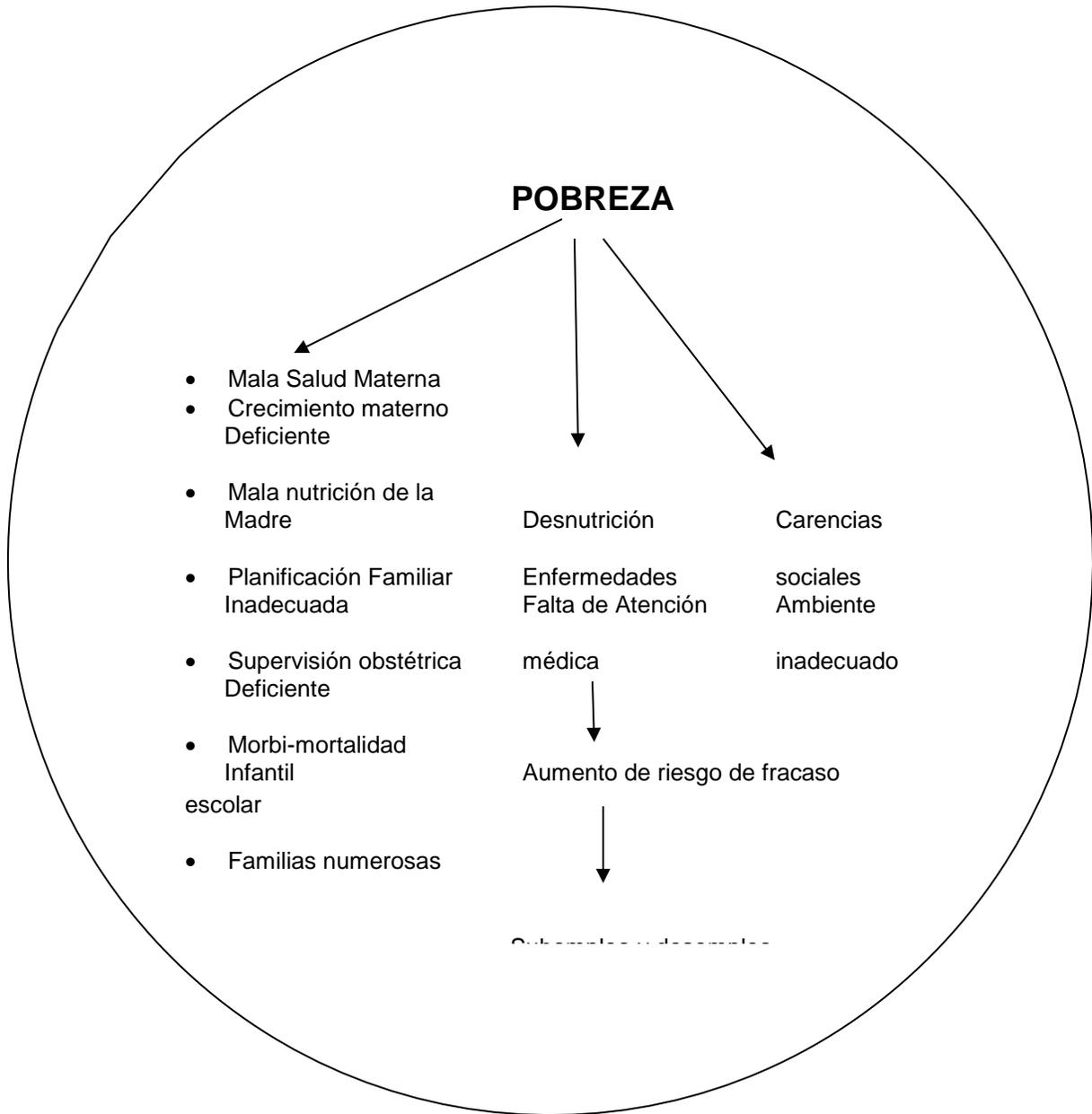
Todo ser humano debe ser respetado desde su concepción, el óvulo fecundado, ya es un ser vivo, es una persona en desarrollo, por lo que contiene potencialmente, en los genes de los cromosomas transmitidos por sus padres, los “planes genéticos”, los cuales más adelante, pueden ser mediatizados y modificados en el transcurso de su vida especialmente de los primeros años, por influencias externas del ambiente.

Según datos del Programa Cooperación Bolivia - UNICEF (2001 – 2005), existe reducción de mortalidad infantil en los últimos diez años, sin embargo las disparidades en el interior del país son muy grandes.

Siguiendo el mismo estudio, mueren al año unos 20,000 niños por causa que se pueden prevenir. El 43% de muertes infantiles ocurren en el período perinatal. La mortalidad materna es alta y alcanza en promedio hasta 265 por mil y en su mayoría es por consecuencia de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

Según datos del Ministerio de Educación, la atención de niños de 5 años de edad es del 75%; entre 4 y 5 años de edad están incorporados al sistema el 45%; mientras que los niños de 0 a 2 años sólo tienen una cobertura de atención del 2.5%.

CIRCULO DE LA POBREZA DE BRICH



FUENTE: Diploma de Estimulación Temprana PROESCUELA

En este gráfico podemos observar como a través de las madres se trasmite y repite esta situación y cómo son las condiciones ambientales concomitantes a la pobreza las que originan los problemas de desnutrición, enfermedad, niveles elevados de morbilidad infantil que, finalmente desembocan en el mal rendimiento escolar. Este genera el fracaso, la deserción y más tarde la falta de calificación para el trabajo, que conlleva desempleo y subempleo en la edad adulta.

Por lo tanto existe un reto para los especialistas en estimulación temprana, que es la de sembrar en nuestros niños pequeños los sentimientos de justicia social, solidaridad, así como también propiciar el desarrollo de programas orientados a luchar contra la pobreza generando una cultura de derechos humanos y de crianza en toda nuestra sociedad.

La educación es el desarrollo de las personas, lo que significa el desarrollo de competencias y capacidades, el aprendizaje de una serie de habilidades, hábitos y actitudes en función de valores humanos compartidos. Por ello es conveniente que el niño desde la más tierna infancia en el ambiente familiar y en el centro pre-escolar, aprenda que debe respetar los derechos de los demás, que no pueden ofender, pegar o arrebatar lo que no es suyo, engañar, abusar o burlarse de otros, especialmente de los más débiles o menores que él, estos son funciones de los padres y maestros que conviven con el niño.

3.9. EFECTOS DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA.

En el aspecto científico existen varias teorías e investigaciones acerca de los efectos de la Estimulación Temprana en el niño, por psicólogos, educadores, neurólogos, médicos, tecnólogos, etc., quienes investigan el desarrollo de la inteligencia, de la personalidad, de psiquis del ser humano.

3.9.1 Factores Internos.

Herencia: Según Darwin “Los genes son los portadores determinantes de la inteligencia y la herencia es la fuerza decisiva del desarrollo”.

Según Watson Argumentaba que las conductas aprendidas o comportamientos eran productos de condicionamiento.

En base a investigaciones con animales y seres humanos en situación de privación, y en programas de enriquecimiento y aprendizaje temprano, se ha comprobado los efectos de la estimulación temprana sobre la herencia y se propone por lo tanto un enfoque interaccionista.

De acuerdo a algunos estudios con animales han comprobado los efectos de ambientes carentes de estimulación y de ambientes enriquecidas con materiales y diversos estímulos. Cuando hay privación sensorial o de manipulación de estímulos específicos (visuales, táctiles, auditivos, olfativos y gustativos) tienen como resultado el déficit funcional y orgánico como ser daños en la corteza cerebral, alteraciones en la conducta y problemas de aprendizaje.

Orgánico: Los recién nacidos tienen al nacer miles de millones de células cerebrales o neuronas, entre las cuales se establecen conexiones, llamadas sinapsis, que se multiplican rápidamente, al entrar en contacto el neonato con la estimulación exterior, y que alcanzan el increíble número de mil billones. Estas sinapsis dan lugar a estructuras funcionales en el cerebro, que van a constituir la base fisiológica de las formaciones psicológicas que permiten configurar las condiciones para el aprendizaje. No sería posible la creación de estos miles de millones de conexiones nerviosas si el cerebro estuviera ya cargado de dichas interconexiones neuronales, si no tuviera la posibilidad de la plasticidad, concepto que es básico en la concepción de la estimulación en las primeras edades.

Sin embargo, a pesar de esta extraordinaria cantidad de neuronas en el momento del nacimiento del bebé o recién nacido, y las posibilidades incalculables de realizar sinapsis, la experiencia científica ha demostrado que el recién nacido tiene muchas neuronas que cuando alcanza el tercer año de vida, y el doble de las que tendrán como adultos. Esto indica, dado el hecho de que la neurona cuando muere no es sustituida por otra y se pierde irremisiblemente, que la no estimulación apropiada, o la falta de ella, no solamente impide la proliferación de las células nerviosas, sino que hace que su número decrezca progresivamente, a pesar de las

condiciones tan favorables que tiene la corteza cerebral, por el número de neuronas que posee cuando el niño o la niña nace.

De esta manera se destaca que la falta de estimulación puede tener efectos permanentes e irreversibles en el desarrollo del cerebro, pues altera su organización, y las posibilidades de configurar las estructuras funcionales que han de constituir la base fisiológica para las condiciones positivas del aprendizaje.

Se han dado muchas definiciones de a qué se le llama, o se conoce, por plasticidad del cerebro. Así, por citar algunas, Gollen la categoriza como la capacidad, el potencial para los cambios, que permite modificar la conducta o función y adaptarse a las demandas de un contexto – con lo que se refiere principalmente al cambio conductual – mientras que Kaplan la plantea como la habilidad para modificar sistemas orgánicos y patrones de conducta, para responder a las demandas internas y externas, que en cierta medida amplía el concepto conductual. C. Cotman la define como una capacidad general del cerebro para adaptarse a las diferentes exigencias, estímulos y entornos, o sea, la capacidad para crear nuevas conexiones entre las células cerebrales, y que permite que, aunque el número de neuronas pueda mantenerse invariable, las conexiones o sinapsis entre estas pueden variar, e incluso incrementarse, como respuesta a determinadas exigencias.

La privación sensorial o la estimulación temprana producen alteraciones en el desarrollo perceptivo, en la conducta exploratoria y en la capacidad de aprendizaje y de solución de problemas del individuo adulto, pero también tienen efectos en la conducta social.

Los péptidos cumplen una función de mensajeros entre el sistema nervioso, endocrino e inmunológico, integrándolos en una red psicosomática, a estos se los conoce como hormonas, neurotransmisores, endorfinas, factores de crecimiento y otros, juegan un papel importante en las comunicaciones a través del sistema nervioso y se les conoce también como la manifestación bioquímica de las emociones que influyen en el comportamiento y en el estado anímico. (Revisar fuente -----p. año).OJO.

3.9.2 Factores Externos.

El Medio Social, Económico y Cultural.

La psicología histórico – cultural se refiere a la posibilidad que tiene el ser humano de apropiarse de la experiencia social, concepto de apropiación que implica no la simple asimilación, sino la reproducción en sí mismo en el individuo, de la experiencia cultural de la humanidad. Ya que el cerebro posibilita la asimilación de los estímulos, su cambio y transformación, como consecuencia de la acción del medio exógeno y endógeno sobre las estructuras corticales, y que se conoce como la maleabilidad o plasticidad de este órgano principal del sistema nervioso central, función que no fuera posible de ejercerse si la corteza cerebral estuviera impresa de conductas genéticamente determinadas, como sucede en el caso de los animales.

Las experiencias de una persona en los primeros años reflejan su contexto social económico y cultural y muchas de las diferencias en el rendimiento y aún de la personalidad se derivan de tales condiciones. Claro que esto depende de la ubicación geográfica (urbano, rural), del estatus socio-económico, el grupo cultural al que pertenece y los patrones culturales básicos de crianza, de ahí que los instrumentos psicológicos son un poco sesgados a los resultados reales, debido que muchas de ellas han sido estandarizadas en zonas urbanas, lo cual desfavorece a los niños de las zonas rurales.

Reynaldo Alarcón en 1959 publicó un artículo Relación entre la inteligencia y el estado socio-económico de los niños en la revista Educación de la UNMSM, donde señala que los niños de zonas marginales presentan una diferencia negativa notoria en la inteligencia frente a niños de condición económica alta, debido a las diferencias tanto de la nutrición como de los estímulos psicosociales.

Así mismo es importante que el niño esté cerca al seno y ambiente familiar, la separación puede producir problemas emocionales y por ende influir en el aprendizaje, esto puede darse en niños que son separados muy tempranamente de sus padres.

Según Bowlby, en su teoría del apego, refiere que la relación afectiva que se produce entre el niño pequeño y la persona que lo atiende, que generalmente es la madre, los sentimientos de

seguridad que acompañan la formación de vínculos afectivos adecuados son la base del funcionamiento psicológico posterior. A esto lo llamó Lorenz la teoría de la Impronta donde el apego facilita la supervivencia, mientras no pueden valerse por sí mismas.

3.9.3 La nutrición en el desarrollo.

Es otro factor en el desarrollo del niño, desde la gestación de la madre. La mala salud de la madre durante el embarazo puede ser causa de muchos casos de enfermedad, discapacidad y muerte de los niños, pues en esta etapa el organismo requiere mayor cantidad de nutrientes que en la edad adulta, ya que los necesita para la formación de nuevos tejidos y para el mantenimiento de los ya existentes. A partir de las 18 semanas aproximadamente empieza el crecimiento del encéfalo, donde los cambios bioquímicos marcan el desarrollo estructural del sistema nervioso central (SNC) que distingue a la especie humana de otras y donde tiene lugar el proceso de arborización dendrítica, conexiones sinápticas y el comienzo de la mielinización. Es aquí donde los problemas nutricionales pueden causar alteraciones irreversibles. Las embarazadas necesitan nutrición adecuada y buena.

La madre después del parto y mientras brinde lactancia a un bebe, también necesita de una buena y adecuada nutrición, pues por la leche materna se está transmitiendo todos los nutrientes que un niño necesita para su crecimiento y desarrollo, y que está no es reemplazada por ninguna fórmula. Lo adecuado que debe consumir una madre gestante es proteínas, vitaminas y hierro.

Tener en cuenta que la salud adecuada de su niño va en relación al peso y talla, si la nutrición es buena, sus medidas estará dentro de los estándares normales.

La actividad estimulante, la nutrición adecuada, las experiencias variadas y ricas, así como el afecto, transforman el cerebro, produciéndolos más voluminosos, mayores conexiones sinápticas y por lo tanto mayores posibilidades de aprender y retener lo aprendido, lo cual tendrá repercusiones en el rendimiento escolar y en la vida adulta.

El cerebro del niño pequeño se desenvuelve por la estimulación de cadenas sensoriales (el sentido de la vista, el oído, el tacto, el olfato y el gusto), durante la primera infancia. El padre

que lee un cuento a su hijo pequeño sentado en sus rodillas le hace vivir una experiencia enriquecedora que favorece su desarrollo cerebral. Los cuidados y estímulos que se le dan al niño hace que se desenvuelva las partes del cerebro que coordinan las funciones visuales y de otros sentidos, ellos activan también las arborizaciones neuronales en otras partes del cerebro que son el soporte de funciones superiores como la motivación y el comportamiento.

Es importante brindar en el niño el juego y situaciones que el niño tenga que solucionarlos e interacción con otros niños, esto ayuda a estimular las áreas del nivel cognitivo, psicomotriz, lenguaje y social.

3.10. ENFOQUE PSICOPEDAGÓGICO DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA.

La estimulación Temprana se nutre de sus principios de vitalidad, libertad, individualidad o personalización. Actividad y principios lúdico que se derivan de los enfoques de educadores como Montessori Decroly, Froebel, Pestalozzi, quienes sentaron las bases de una metodología basada en un aprendizaje centrado en el niño, el cual aprende a través de su propia acción y juego.

3.10.1 Paradigma Educativo.

Los aportes de Piaget y Vigosky, pioneros del desarrollo humano e infantil, en cuanto a conocimiento ya aprendizaje, pues de estos aportes nace hoy en día los estilos de aprendizaje y estilos de enseñanza, y por ende la necesidad de crear metodologías educativas a las características y diferencias individuales y culturales.

Piaget, (interaccionista y constructivista) aporta a la educación, con su teoría piramidal y secuencia del desarrollo “cada característica se construye sobre la base de algún aspecto que la precede, el aprendizaje futuro descansa sobre la base del aprendizaje pasado”. El atribuye un rol decisivo para el desarrollo intelectual a la estimulación sensorial que proviene del ambiente que rodea al niño: “mientras más ha visto y oído un niño, más querrá ver, oír y conocer, y cada vez estará en mejores condiciones para asimilar nuevos conocimientos”.

Es interaccionista en el sentido de que la estructura del pensamiento se construye a partir de la interacción entre el individuo y el medio en el que se desarrolla. Es constructivista cuando la actividad del individuo es el origen de la construcción progresiva de sus conocimientos. La estructuración progresiva del pensamiento se apoya en los conocimientos anteriores que preparan la integración de los nuevos.

Vigotsky en su enfoque socio-constructivista, pone énfasis en el ambiente social y cultural, los saberes se construye a lo largo de la historia humana y se transmite a través de la cultura, que es fruto de esa construcción social depositada en cada producto de la actividad humana. El aprendizaje es concebido como la apropiación de nuevos saberes sociales.

De acuerdo a las teorías de aprendizaje, como es el aprendizaje activo, el interactivo, el por descubrimiento, las actividades significativas, los organizadores previos, los conflictos cognitivos son conceptos básicos que han transformado el campo de la pedagogía originando nuevo marco teórico y enfoques metodológicos.

El aprendizaje comienza desde antes del nacimiento, desde el embarazo, y que se refuerza gracias a un enfoque integral que ayude a asegurar una educación de calidad, una buena atención a la salud y a la nutrición, la socialización infantil y sobre todo el afecto en los primeros años de vida, estos son elementos importantes y básicos para todo ser humano.

3.10.2 La cultura de crianza

Se llama cultura de crianza al estilo que tiene cada pueblo o grupo social para criar, atender y educar a sus niños desde el nacimiento y en los primeros años, se transmite de generación en generación de madres a hijas, algunos tienden a ser flexibles, otras son rígidas y otras castigadoras, sobre todo en nuestro país donde las culturas difieren grandemente, y en muchas de ellas no se respetan los derechos del niño, desde el punto de vista de salud, amor y educación.

La cultura de crianza está orientada a desarrollar competencias en los padres de familias, constituidas por:

- Una concepción del niño como un ser bio-psicosocial en desarrollo, lo que significa que su aprendizaje está en relación al entorno de su medio, la familia.
- Un conjunto de habilidades de carácter práctico, derivadas del conocimiento de la ciencia actual y de las experiencias cotidianas en beneficio de los niños.
- Actitudes de afecto y sensibilidad frente a las necesidades físicas, sociales, emocionales, intelectuales y de comunicación.
- Una valoración de la infancia como un período crítico y vulnerable de desarrollo acelerado y de muchas potencialidades, que merece respeto y mayor cuidado por los adultos.
- El reconocimiento de que el niño es un sujeto social de derechos, la vida, la salud, la educación, el amor, la alegría y la felicidad.

3.11. EL ASPECTO ECONÓMICO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR.

Los beneficios inmediatos de una intervención como la estimulación, nutrición, salud, trabajo con padres son a nivel del niño: mejor coordinación, mejores capacidades de comunicación. Mejores niveles de rendimiento escolar, desarrollo de las capacidades intelectuales, auto concepto positivo, menor agresividad, conducta más espontánea y creativa, y estadísticamente reducción de la mortalidad infantil y de la desnutrición. Las repercusiones en su vida adulta son: mayor nivel educativo, mejor estado de salud, comportamiento social, sentido de valores y desarrollo económico del país.

El niño más estimulado es más saludable y se convierte en un adulto mejor, más productivo con mejores niveles de ingresos, que contribuye a la prosperidad personal, social y del país, constituye por lo tanto un capital social.

Desde un punto de vista de desarrollo humano, interesa la producción económica, la distribución de la riqueza, la igualdad de oportunidades entre los seres humanos, para esto tenemos que inspirarnos con metas a largo plazo de una sociedad, para esto debemos invertir desde el desarrollo de la infancia que requiere condiciones básicas como cuidado de salud, nutrición, educación, estímulos apropiados que ejerciten la capacidad cognitiva, motor, comunicación,

afecto en la interacción con otras personas, protección contra el abuso y la violencia. Esto a futuro puede modificar los problemas sociales por una sociedad desarrollada.

3.12. ESCALA ABREVIADA DE DESARROLLO PSICOMOTOR

La Escala Abreviada de Desarrollo (EADP) es un instrumento de evaluación diagnóstica, que ayuda a determinar si los niños están progresando o si tienen alguna dificultad en alguna área de desarrollo al ejecutar determinadas actividades.

Así se puede saber en que área o áreas necesitan más apoyo los niños o niñas, y de acuerdo a eso, se programan actividades para que se desarrollen mejor.

La Escala Abreviada de Desarrollo Psicomotor está organizada en las siguientes áreas:

- Área de Motricidad gruesa y fina
- Área de Motricidad de audición y lenguaje.
- Área personal y social.

Para el empleo de la escala abreviada de desarrollo (EADP) se requiere:

Un ambiente tranquilo.

Prepara una silla y mesita para la comodidad del niño.

Crear un ambiente de juego.

Tomar en cuenta la predisposición del niño a participar.

No se debe apurara al niño en las actividades de la escala. Se tiene 30 minutos como un promedio, se alarga un poco el tiempo no es importante, lo relevante es que se concluya con las actividades.

El orden de la ficha no es importante, se puede iniciar con lo que le interesa al niño.

Se recomienda dominar todas actividades de la escala, para tener éxito con el trabajo.

Cada niño debe tener su ficha. En ella se anotará los datos que se observa.

En la ficha está anotada la edad en meses. Por ejemplo, si en la columna de edad está el número 36, quiere decir que corresponde a 3 años.

Es importante leer de forma correcta lo que se va observar y lo que debe realizar el niño. Los dibujos te van a ayudar para comprender mejor la actividad.

Se debe evitar toda clase de discriminación de género.

CAPITULO IV

HIPÓTESIS

4.1. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.

El nivel de conocimiento de las madres sobre estimulación temprana, influye en el desarrollo psicomotor de los niños(as) menores de un año, para que su desarrollo sea normal, no esté en

riesgo o presente retraso.

Identificación de Variables.

Independiente

El nivel de conocimiento de las madres sobre estimulación temprana.

Dependiente

El desarrollo psicomotor de niños(as) menores de un año.

4.2. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

- **El nivel de conocimiento de las madres sobre estimulación temprana.**

Es estado de información o formación que ha logrado una persona, que ha procreado a otro ser, a través de la experiencia o educación acerca de la utilización de técnicas para el desarrollo de las capacidades de los(as) niños(as) en la primera infancia.

- **El desarrollo psicomotor de niños(as) menores de un año.**

Es el desarrollo del área motora, social y del lenguaje de lactantes.

4.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSIÓN	INDICADOR	MEDIDOR	INSTRUMENTO
-------------------------------	------------------	------------------	----------------	--------------------

El conocimiento de las madres sobre estimulación temprana.	Estimulación del lenguaje	0 a 3 meses - Realice sonidos diferentes cerca del oído del lactante - Repita los sonidos que hace el lactante.	Nivel de Conocimiento Bajo (0-4)	Entrevista	
		4 a 6 meses - Converse y cante cuando lo baña - Ponle música suave -Mencione nombres de personas , animales y cosas que le rodean			
		7 a 12 meses - Nombra partes de su cuerpo - Pídale objetos que tenga en su mano -Hable cuando realiza las tareas de la casa.			
	Estimulación del área social	0 - 3 meses -Lleva pasearlo a diferentes lugares -hable y acarícialo suavemente.	Nivel de Conocimiento Medio (5-6)		Cuestionario
		4 - 6 meses - hable de personas y objetos - Acostumbre a ruidos normales de la casa.			
		7 a 12 meses -Hacerle jugar con niños(as), pero no los deje solos. - Sácale pasear a diario. -Enséñale a expresar diferentes sentimientos con gestos.			
	Estimulación del área motora	0 a 3 meses: -Coloca un dedo en cada manito - Colócalo boca abajo - Se sienta con ayuda de cojines -Flexiona las piernas y lleva su rodilla a su barriguita	Nivel de Conocimiento Alto (7-8)		
		4 a 6 meses: -Acuesta de espalda, coge de los dedos y trata de sentarlo - Proporciona objetos diferentes y coloridos - Le coloca boca abajo y déjelo gatear.			
		7 a 12 meses -Déjale sentarse, por momentos - Ayuda a pararse apoyándolo en los muebles -Ayuda a caminar cogiéndolo de las manos y/o brazos.			

VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIÓN	INDICADOR	MEDIDOR	INSTRUMENTO
		0 a 3 meses - Reacciona al ruido cerca de su oído - Dice dos sonidos diferentes - Hace sonidos más prolongados.		
		4 a 6 meses		

Es el desarrollo motor grueso y fino, cognoscitivo, social, comunicativo del niño (lactantes).	Área Lenguaje	-Voltea la cabeza hacia el sonido cerca de su oído -Voltea la cabeza hacia quien le habla -Vocaliza cuando se le habla.	Grado de Desarrollo Normal (> 85)	Escala de evaluación del desarrollo psicomotor				
		7 a 12 meses - Dice "da-da" a algo parecido - Reacciona al decir "no" - Escucha palabras familiares.						
	Área Social	0 a 3 meses - Fija la vista a la persona que le habla. - Hace sonidos al hablarle - Sonríe al hablarle.			Grado de Desarrollo Riesgo (84 – 70)	Escala de evaluación del desarrollo psicomotor		
		4 a 6 meses - Ríe a carcajadas -Voltea la cabeza hacia quien le habla -Hace sonidos diferentes cuando se le habla.						
		7 a 12 meses -Coopera y/o participa en los juegos - Imita gestos - Entrega lo que tiene en la mano al pedirselo - Reconoce cuando lo llaman por su nombre.						
	Área Motora	0 a 3 meses -Aprieta el dedo de la mano al colocárselo en la mano - En posición boca abajo es capaz de levantar la cabeza - Trata de enderezar y levantar la cabeza al sentarlo.					Grado de Desarrollo Retraso(<69)	Escala de evaluación del desarrollo psicomotor
		4 a 6 meses -Levanta la cabeza y hombro cuando se le sienta - Se sienta con apoyo - Toma los objetos con cualquiera de sus manos - Puede avanzar y hacia adelante arrastrando el cuerpo						
		7 a 12 meses - Se sienta sólo - Se pone de pie - Intenta caminar con ayuda -Camina algunos pasos sostenido de los brazos.						

CAPÍTULO V

DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación debido a sus características es de tipo descriptivo, "debido a que se orienta al conocimiento de la realidad tal como se presenta en una situación espacio-temporal dada" (Sampieri Hernández), el conocimiento de las madres sobre estimulación temprana en el desarrollo psicomotor de su niño(a).

“Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Danke, 1986). Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar.” (Sampieri Hernández)

Es decir que estudios de este tipo describen lo más importante de las variables de estudio, de acuerdo a los aspectos, dimensiones que se deseen analizar. Por tanto este tipo de estudio “... mide de manera más bien independiente los conceptos o variables con los que tienen que ver...” (Sampieri Hernández)

Como se mide las variables independientemente se realizó el cruce de información para determinar la incidencia o relación de una sobre la otra, llegando a realizar correlación de una sobre la otra. Por lo tanto, la presente investigación no sólo es Descriptiva sino también Correlacional.

ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Es cualitativo y cuantitativo, es decir mixto, esto en relación a las características de la presente investigación.

5.2. UNIDADES DE OBSERVACIÓN.

De acuerdo con el tema de investigación las unidades de observación estuvieron constituidas por las madres y los niños menores de un año. También se considero como unidad de observación el Hospital Materno Infantil lo Andes de la Ciudad de la Paz

5.3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño es no experimental de tipo transeccional debido a que se “(...) recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único y espacio determinado. Su propósito es describir variables, y analizar su incidencia e inter - relación en un momento dado”

POBLACIÓN

La población está conformada por lactantes menores de un año y sus respectivas madres que asisten a su control postnatal al Hospital Materno Infantil “Los Andes”, durante los meses octubre - noviembre de 2009. Como se ve en el siguiente cuadro:

OCTUBRE – NOVIEMBRE DE 2009

EDAD DEL ULTIMO HIJO	MADRES	
	Nº	%
1 - 3 meses	19	32.2
4 - 6 meses	25	42.4
7 - 12 meses	15	25.4
TOTAL	59	100

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

MUESTRA

El procedimiento de muestreo que se utilizó para la investigación fue la muestra dirigida.

Esta muestra se seleccionó con la intervención directa del investigador, es decir, el investigador decidió qué elementos de la población constituirán la muestra, tomando en cuenta los siguientes criterios:

- Madres que asisten con su niño(a) a su control postnatal.
- Madres con lactantes menores de un año es decir de 1 a 12 meses y que desean participar voluntariamente en la investigación.
- Madres que sepan leer y escribir.

En cuanto a los criterios de exclusión se tomó en cuenta lo siguiente:

- Niños (as) mayores de un año.
- Niños (as) que presenten alguna alteración neurológica. (se reviso historial clínico)
- Niños (as) que presenten alteración nutricional aguda, crónica y global. (se reviso historial clínico)
- Niños (as) que hayan tenido problemas a la hora del parto.
- Niños (as) que hayan tenido problemas en el proceso de gestación.
- Niños (as) que tengan antecedentes de padres con vicios.
- Niños(as) que hayan presentado problemas en proceso de gestación.

De esta selección se totalizó un total de 40 madres con su niño (a) menor de un año, como se observa en el siguiente cuadro:

MADRES SELECCIONADAS CON SU HIJO(A)				%
EDAD NIÑOS	VARONES	MUJERES	CANTIDAD	
1 - 3	7	7	14	35
4 - 6	10	7	17	42.5
7 - 12	4	5	9	22.5
TOTAL	21	19	40	100

5.4. MÉTODO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN.

El método general que se utilizó para realizar el trabajo de investigación, se encuentra realizada bajo las pautas que ofrece la bibliografía consultada acerca de método científico; por lo consiguiente las etapas por las que paso la investigación son las siguientes:

- Elección y delimitación del tema.
- Diagnóstico situacional para determinar la factibilidad de la investigación.
- Planteamiento del problema.
- Elaboración del marco institucional.
- Elaboración de marco teórico.
- Diseño del plan de recopilación y procesamiento de datos.
- Trabajo de campo; recopilación de datos.
- Procesamiento de datos recopilados.
- Redacción del informe de investigación.

5.5. TÉCNICA DE RECOPIACIÓN DE DATOS.

La técnica que se utilizó es la entrevista individual y el instrumento fue un formulario tipo cuestionario de preguntas cerradas que presento las siguientes partes:

Introducción (presentación, objetivo, confidencial), instrucciones, datos generales (6 preguntas) y datos específicos en relación de la variable de estudio: conocimiento de madres sobre estimulación temprana en área motora, social y lenguaje dividido en grupos según la edad del lactante de 1 a 3 meses ,4 a 6 meses y de 7 a 12 meses.

Para la variable: Nivel de Desarrollo Psicomotor del Lactante se utilizó el instrumento: Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) que fue elaborada en Chile por Rodríguez, Arancibia y Unduraga, dicho instrumento mide el grado del desarrollo psicomotor en el área del lenguaje, social, motora y coordinación del niño de 0 a 24 meses, consta de 75 ítems, 5 por cada edad, la puntuación de los ítems no admite graduaciones, existiendo éxito o fracaso frente a la tarea propuesta.

5.6. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS.

Los datos fueron procesados a través del programa Excel, previa elaboración de tablas de

códigos y tabla de matriz. y así mismo se presentaran los resultados en Tablas y en Gráficos de barras simple. La medición y Análisis de la Variable Nivel de Conocimiento, se realizará en tres categorías: Alto, medio y bajo; mediante la aplicación de la Escala de Stanones (conocimiento bajo 0-4; conocimiento medio 5-6; conocimiento alto 7-8) para así, obtener los intervalos de cada uno de manera general y luego por cada dimensión de estudio. Los resultados fueron interpretados de acuerdo a los valores finales establecidos para el nivel de conocimiento de las madre y el grado de desarrollo psicomotor del lactante.

Para establecer la relación entre el nivel de conocimiento de la madre y el grado del desarrollo psicomotor del lactante se uso la prueba de significancia estadística: Chi cuadrado (X²)

$$X^2 (gl) = \frac{(O1-E1)^2}{E1}$$

O 1: Frecuencia Observada

E 1: Frecuencia esperada

G l: Grado de libertad

NIVEL	NORMAL		RIESGO		RETRASO		TOTAL
ALTO	2	1.9	0	0.6	1	0.5	3
MEDIO	17	11.9	1	3.8	1	3.3	19

BAJO	6	6.7	7	3.6	5	3.2	18
TOTAL	25		8		8		40

CAPITULO VI
RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

6.1. PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS.

CUADRO N° 1

EDAD DE LAS MADRES DE LOS(AS) NIÑOS(AS) MENORES DE UN AÑO

EDAD	MADRES	
	N°	%
16 – 25	26	65
26 – 35	11	27.5
36 - 45	3	7.5
TOTAL	40	100

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

CUADRO N° 2**NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES DE LOS(AS) NIÑOS(AS) MENORES DE UN AÑO**

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	MADRES	
	N°	%
PRIMARIA INCOMPLETA	7	18
PRIMARIA COMPLETA	21	53
SECUNDARIA INCOMPLETA	5	12
SECUNDARIA COMPLETA	5	12
SUPERIOR INCOMPLETA	2	5
SUPERIOR COMPLETA	0	0
TOTAL	40	100

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

CUADRO N° 3**NUMERO DE HIJOS DE LAS MADRES DE LOS(AS) NIÑOS(AS) MENORES DE UN AÑO**

N° DE HIJOS	MADRES	
	N°	%

1	21	53
2	12	30
3	6	15
4	1	2
5	0	0
TOTAL	40	100

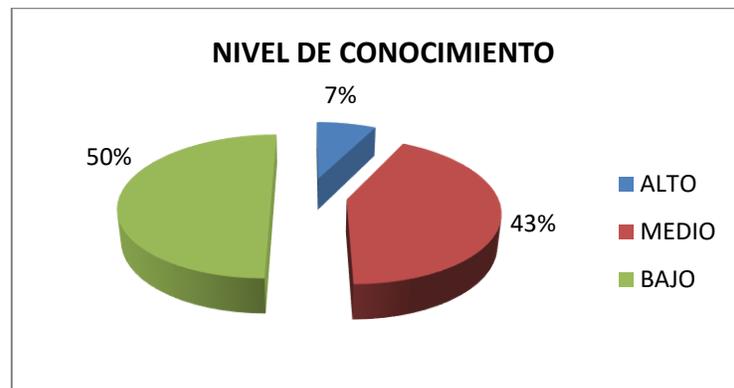
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

CUADRO N° 4**OCUPACIÓN DE LAS MADRES DE LOS(AS) NIÑOS(AS) MENORES DE UN AÑO**

OCUPACIÓN	MADRES	
	N°	%
LABORES DE CASA	33	83
COMERCIO	2	5
EMPLEADA	1	2
TRABAJO EVENTUAL	0	0
PROFESIONAL	0	0
ESTUDIANTE	4	10
TOTAL	40	100

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

GRÁFICO N° 1



Fuente: Elaboración propia.

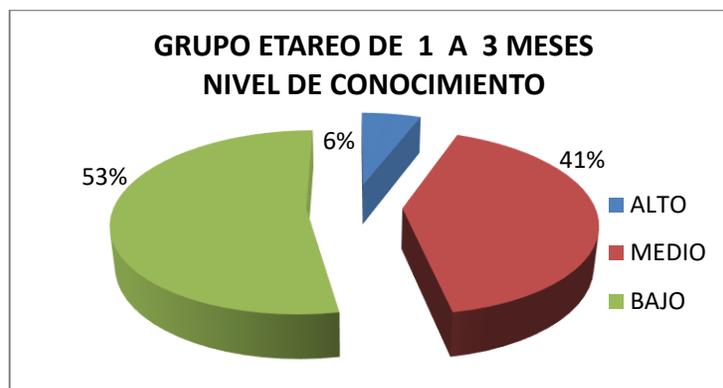
En el Gráfico N° 1 se puede observar en su totalidad que de 40 que representa en (100%) de las madres que se les aplicó el instrumento y a sus lactantes los mismos a los que se le evaluó a través de la Escala de Evaluación de Desarrollo Psicomotor (EEDP);

De 20 madres encuestadas que representa (50%) presenta un nivel de conocimiento bajo, de 17 madres encuestadas que representa (43%) presentan un nivel de conocimiento medio; de 3 madres encuestadas que representan (7%) presentan un nivel de conocimiento alto sobre la estimulación temprana.

El conocimiento de las madres acerca de estimulación temprana que debe practicar con el lactante nos lleva a poder promover capacidades de las cuales podemos mencionar como ser capacidades físicas, capacidades mentales, capacidades sociales del niño (a), pero también se puede prevenir el retraso psicomotor, así también se puede rehabilitar las alteraciones motoras del lenguaje y sobre todo lograr la inserción de los niños (as) a su medio.

Por lo expuesto se deduce que las madres al poseer un nivel de conocimiento bajo va actuar buscando formas de estimular al lactante de manera que pueda desarrollar una buena estimulación. Nivel medio, la madre va actuar estimulando el desarrollo del lactante, ya que el desarrollo de sus habilidades psicomotoras no se da espontáneamente, pero también evitara un incremento en la probabilidad de que sus niños (as) repitan grados primarios o exista deserción escolar.

GRÁFICO N° 1 - "A"



Fuente: Elaboración propia.

Con respecto al grupo atareo tenemos que las madres de los lactantes de 1-3 meses, 1 (6 %) tienen un nivel de conocimiento alto sobre estimulación temprana; 7 (41 %) tiene un conocimiento medio nos indica que tiene pautas para estimular al lactante y 9 (53 %) tienen conocimiento bajo por lo que la madre debe buscar apoyo para estimular al lactante.

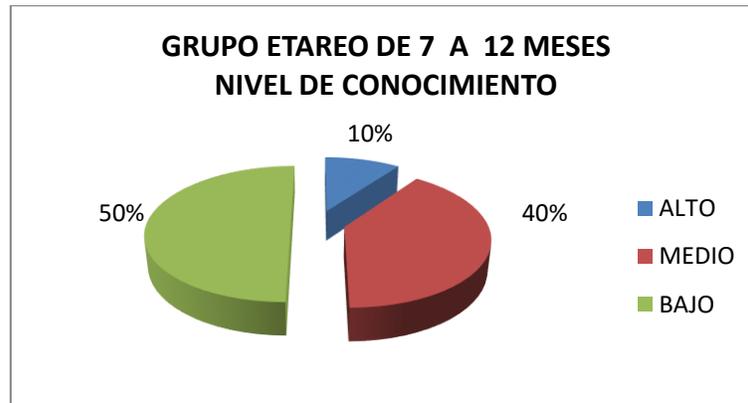
GRÁFICO N° 1 - "B"



Fuente: Elaboración propia.

Las madres de lactantes de 4 - 6 meses, 1 que representa el (8%) tienen un nivel de conocimiento alto; 6 que representa el (46 %) de las madres tienen un nivel de conocimiento medio y 6 que representa el (46 %) de las madres tienen conocimiento bajo sobre la estimulación temprana ya que es muy importante para que el lactante no tenga muchos problemas en su diario vivir ej.; que el lactante no tenga temor acoplarse a la sociedad.

GRÁFICO N° 1 - "C"



Fuente: Elaboración propia

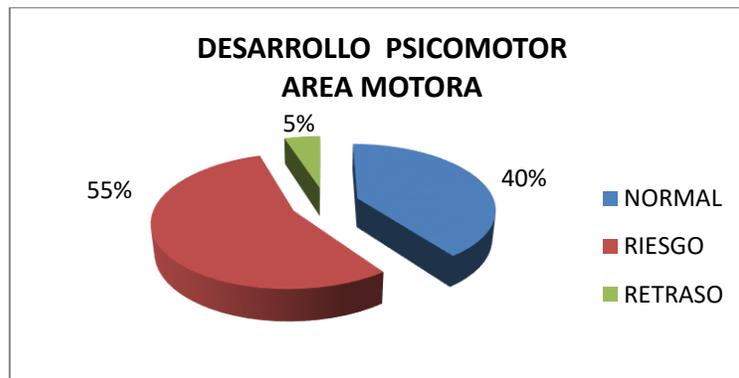
En este gráfico se observa que las madres de los lactantes de 7-12 meses, 1 que representa (10%) presentan un nivel de conocimiento alto; 4 que representa (40 %) tiene un conocimiento medio y 5 que representa (50 %) tienen conocimiento sobre estimulación temprana bajo.

La estimulación temprana es un proceso natural que la madre pone en práctica en su relación diaria con el lactante, ya que sabemos que al nacer los lactantes solo cuentan con pocas habilidades innatas como succionar, respirar y llorar dependiendo totalmente de la madre, pero cuenta con un cerebro que les permite desarrollar habilidades físicas, mentales y psicosociales cada vez más complejas para progresar e interactuar con personas, haciéndose cada vez menos dependientes y así ejercer mayor control del mundo que lo rodea. Es por ello que se ha concedido una especial importancia a la relación madre - hijo y al conocimiento que ella posee ya que va a influir como un factor primordial en el desarrollo normal infantil.

Tener conocimiento sobre estimulación temprana nos indica a prevenir dificultades ya sea en el área de lenguaje, en el área social y/o en el área motora.

A continuación observaremos los gráficos por meses sobre desarrollo psicomotor de lactante.

GRAFICO N° 2



Fuente: Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor

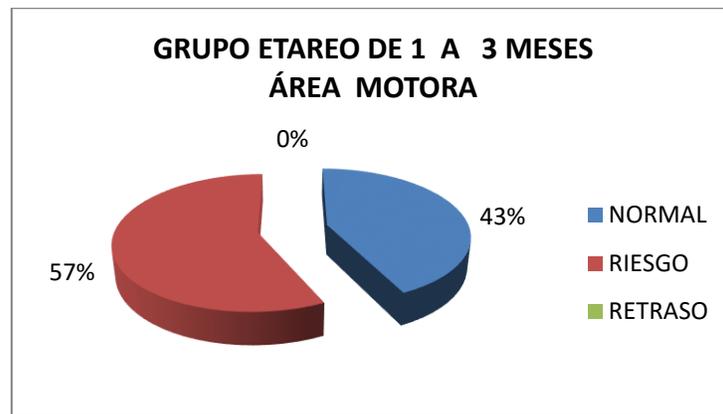
En el Gráfico N° 2 se puede observar que de 40 que representa el (100%) de lactantes que fueron evaluados a través de la escala de evaluación de desarrollo psicomotor (EEDP) en el área motora;

De 16 que representa el (40%) de los lactantes presenta un desarrollo normal; de 22 que representa el (55%) de los lactantes se encuentran en riesgo el área motora de 2 que representa el (5%) de los lactantes están en la posibilidad de presentar problemas en el área motora es decir en la motricidad (movimiento).

El desarrollo psicomotor es un proceso gradual permanente de transformaciones y adquisiciones de habilidades en el área motora del lactante que ocurre debido a su interacción con el medio ambiente que lo rodea y a la madurez de su organismo.

Este desarrollo es logrado por medio de experiencias y estímulos del medio ambiente para conseguir este desarrollo es necesario lograr primero la sensación del movimiento inicialmente en forma involuntaria y posteriormente dirigido para lograr una actitud o actividad específica, para ello se requiere la maduración del sistema nervioso central por medio del control de centros superiores para así lograr una actividad especializada en cada área.

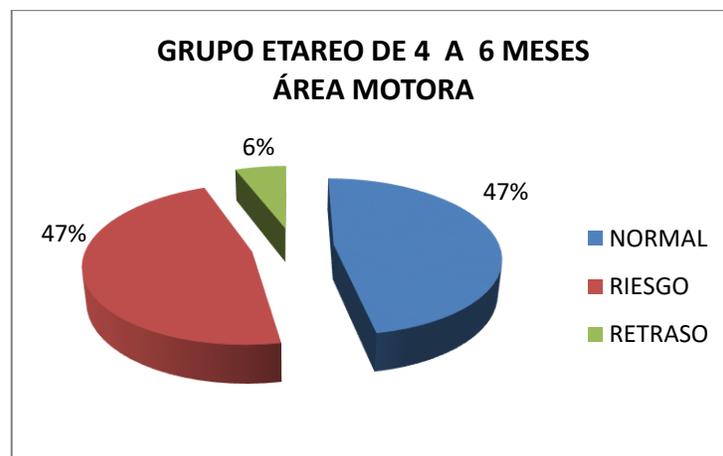
GRÁFICO N° 2 - "A"



Fuente: Escala de Evaluación del Desarrollo

En este Gráfico se puede observar el desarrollo de 14 lactantes de 1 a 3 meses, en el área motora; 6 que representa (43 %) tiene un desarrollo normal; 8 que representa (57%) está en riesgo su desarrollo psicomotor, pero no se evidencio ningún retraso en el área motora que corresponde al movimiento. Por lo expuesto los lactantes fueron estimulados por las madres.

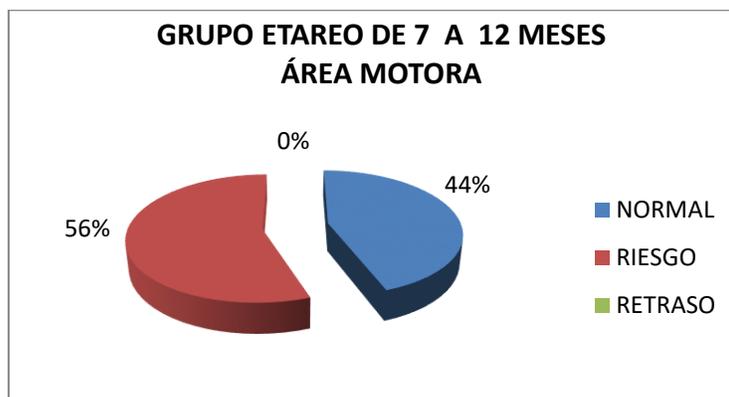
GRÁFICO N° 2 - "B"



Fuente: Escala de Evaluación del Desarrollo

Podemos observar el resultado obtenido de la evaluación del desarrollo a lactantes; 8 (47%) es normal su desarrollo en el área motora; con el mismo resultado, es decir 47% está en riesgo y 1 (6%) presenta retraso según la evaluación realizada, necesitan de estimulación en esta área.

GRÁFICO N° 2 - "C"



Fuente: Escala de Evaluación del Desarrollo

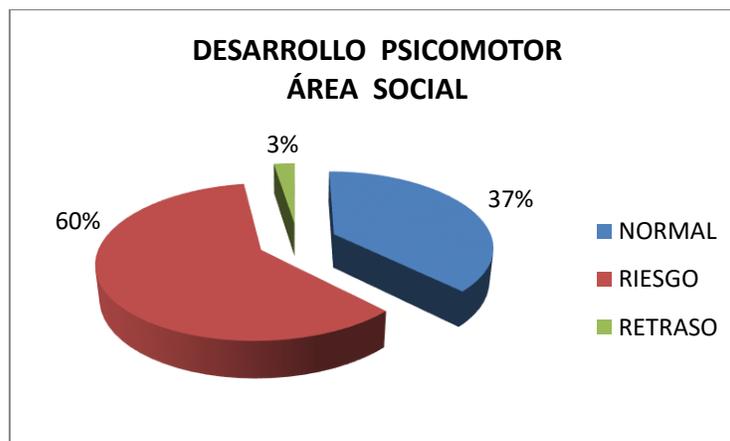
Este grupo atareo de 7 a 12 meses, presenta la siguiente situación con respecto a su desarrollo en el área motora; 4 (44%) de los lactantes su situación es normal; 5 (56%) presenta dificultades en su desarrollo por lo que está en riesgo su desarrollo; ninguno de los niños (as) tiene retraso en el área motora.

Los padres necesitan conocer como estimular el desarrollo de sus hijos; en especial la madre porque ella esta en contacto la mayor parte de día con el lactante. La madre al conocer las características del desarrollo normal y al niño como un individuo único va servir de base para brindarle al niño pautas de estimulación temprana que va a fortalecer el control del cuerpo del lactante ante cualquier movimiento (potenciara el área motora) del lactante menor de un año.

El lactante menor de un año en esta área motora lo que debe hacer primero será; sostener la cabeza, después sentarse sin apoyo mas tarde equilibrarse es sus extremidades al gatear y por ultimo alrededor de un año debe parase y caminar

Por lo expuesto se deduce que los lactantes al presentar los resultados ya observados en los anteriores gráficos (2-A, 2-B, 2-C) en el área motora representado por meses, entonces se deduce que los lactantes al presentar un desarrollo psicomotor normal le va ha permitir tener una percepción de si mismo, interaccionarse con las personas que lo rodean y finalmente tener la capacidad de adaptarse en la sociedad.

GRÁFICO N° 3



Fuente: Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor

En este Gráfico se observa que el desarrollo psicomotor en el área social, es el siguiente, 15 (37%) presentan un desarrollo normal; 24 (60%) de los lactantes presentan riesgo en su desarrollo social y 1 (3%) tiene problemas con su desarrollo en el área social.

La llegada de un bebe constituye un acontecimiento importante para la familia, generando un deber en los miembros de la familia, principalmente en la madre e tener conocimiento de la estimulación temprana para contribuir a que el niño logre un desarrollo integral, con un elevado potencial que le permita una plena integración social.

Mientras mas cotidianas sean las actividades propuestas al niño por la madre y en su ambiente natural, facilitara en mayor grado la adaptación a su ambiente, posibilidad de estos niños de mostrar una relación cálida, afectuosa y firme, así como de momentos inolvidables, y no tendrá dificultades al demostrar habilidades frente a las personas al querer curiosear, imitar, descubrir.

Al recibir la estimulación el lactante de parte de la madre podrá (ejemplo, sonreír al hablarle, vuelve la cabeza hacia quien le habla, imita gestos tales como hacer "chau" con las manos) de esa manera el niño menor de un año podrá socializarse con el medio y las personas que lo rodean sin mucha dificultad.

GRÁFICO N° 3 – “A”



Fuente: Escala de Evaluación del Desarrollo

En este Gráfico; 6 (43%) de los lactantes su desarrollo es normal no tiene dificultades al integrarse a la sociedad; 7 (50%) se encuentra en riesgo su desarrollo y 1(7%) tiene retraso en su desarrollo en el área social ya que no recibieron la estimulación adecuada para potencializar su capacidad de relacionarse con los demás, desenvolverse libremente en su medio ambiente.

GRÁFICO N° 3 – “B”



Fuente: Escala de Evaluación del Desarrollo

En este Gráfico se observa; 7 (41%) lactantes tienen un desarrollo normal; 9 (53%) está en riesgo su desarrollo y 1 (6%) tiene retraso en el área social el lactante necesita de la estimación de acuerdo a los meses que tiene, como sonreírle, hablarle, nombrarle y mostrarle cosas, acostúmbrale con ruidos de la casa, para que se relacione con las persona u su medio

GRÁFICO N° 3 – “C”



Fuente: Escala de Evaluación del Desarrollo

Como se observa, que de 4 niños (as) que representa el (45%) tiene un desarrollo normal en el área social ya que le permitirá tener buenas relaciones con el medio y las personas que lo rodea; 3 (44%) está en riesgo su desarrollo del niño (a) menor de un año ya que no recibió una adecuada estimulación de parte de la madre para poder acoplarse a la sociedad como ser; poner al niño cerca de la mamá cuando ella haga las cosas de la casa para que le observe, enseñarle a imitar gestos, y 1 que representa el (11%) presenta retraso en el desarrollo es esta área.

El comportamiento en esta área social se refiere a las habilidades del niño frente a las personas y aprende por medio de la imitación, la estimulación en esta área ha proporcionado al niño (a) actividades que le permiten satisfacer su iniciativa, curiosidad y su necesidad de obtener un mejor grado de autonomía conforme va de acuerdo con lo que se refiere a los hábitos de independencia personal, así como una conducta social adecuada al medio en que se desenvuelve.

GRÁFICO N° 4



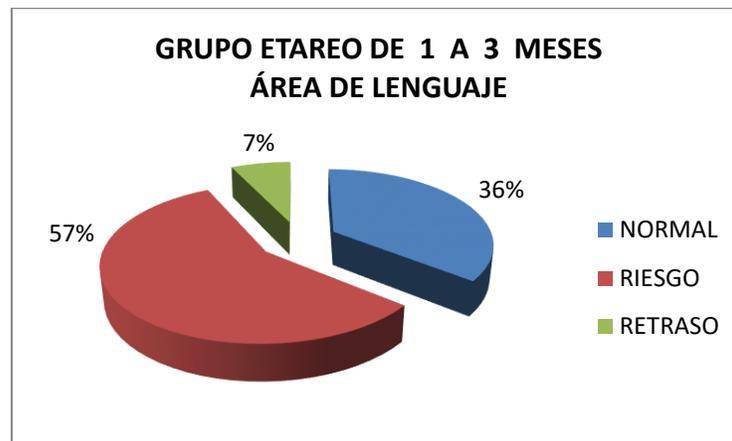
Fuente: Escala de Evaluación del Desarrollo

En el Gráfico N° 7 se puede observar que de 40 (100%) lactantes que fueron evaluadas a través del EEDP, el desarrollo psicomotor en el área de lenguaje; 38 (10%) presenta desarrollo normal; 25 (62%) de los lactantes se encuentran en riesgo en el área de lenguaje y 5 (13%) se considera que están en estado de retraso en esta área.

En el área del lenguaje cumple una función principal que es de posibilitar la comunicación entre los individuos, favoreciendo en el niño el uso de las diversas formas de expresión, que van desde las primeras manifestaciones del pre lenguaje hasta la comprensión del lenguaje oral y escrito como una forma de expresión. Así también el movimiento corporal posibilita la acción vivenciada que el niño (a) conserva en forma de imágenes y recursos, los que más tarde reflejará de manera natural a través de palabras, símbolos, y signos.

Por lo expuesto se deduce que las madres de los lactantes al poseer conocimientos de estimulación temprana, van a facilitar en el niño el uso de las diversas fases de expresión, hasta lograr una comunicación adecuada con las personas que le rodean

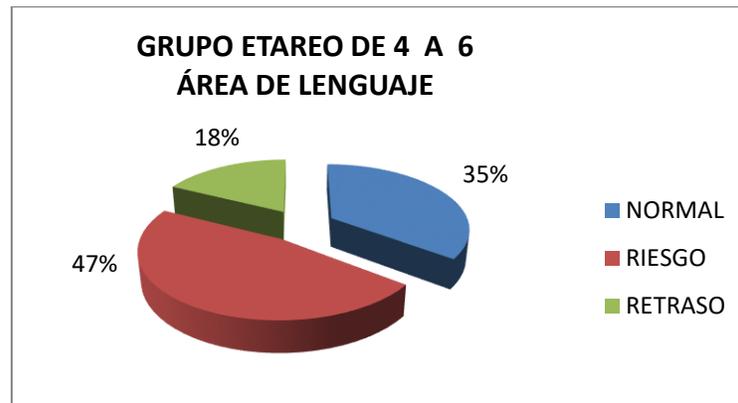
GRÁFICO N° 4 -"A"



Fuente: Escala de Evaluación del Desarrollo

De la evaluación realizada; 5 (36%) de los lactantes tienen un normal desarrollo en su lenguaje; 8 (57%) su desarrollo está en riesgo y 1 (7%) tiene retraso en su lenguaje.

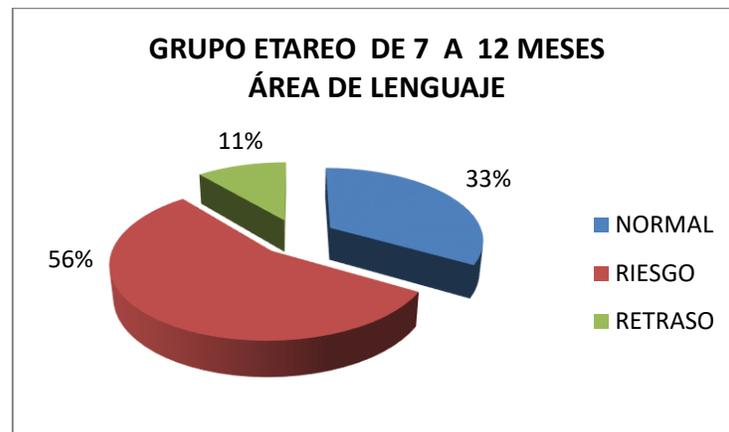
GRÁFICO N° 4 – “B”



Fuente: Escala de Evaluación del Desarrollo

En este grupo etario, en el área de lenguaje, se observa el siguiente resultado; 6 (35%) de los lactantes es normal su desarrollo; 8 (47%) el desarrollo de los lactantes está en riesgo y 3 (18%) tienen retraso en su desarrollo.

GRUPO N° 4 - “C”



Fuente: Escala de Evaluación del Desarrollo

En el presente Gráfico se puede evidenciar que de 9 lactantes, de 7 a 12 meses, 5 (56%) están en riesgo su desarrollo en el área de lenguaje, 1(11%) se observa retraso en su desarrollo y el restante 3 (33%) es normal en esta área.

Al nacer el niño (a) inicia su aproximación en el mundo y con ello comenzar el aprendizaje que lo obtiene a partir de los conocimientos que pone en practica la familia principalmente la madre, ya que esto influye primordialmente al desarrollo del niño.

Las madres al desconocer como estimular al lactante a usar las diversas formas de expresión desde las manifestaciones del pre lenguaje (balbuceo, sonidos guturales, emisiones vocálicas, risas y gritos), el lactante tiene dificultades como ya vimos en los gráficos anteriores a poder desenvolverse sin tener muchos problemas en el área de lenguaje

Este periodo de la vida del niño va a ser tan importante porque va a parecer las adquisiciones de los sonidos palabras y estimulación de pensamientos.

La madre estimula al niño haciendo uso de sus conocimientos, creatividad y materiales no necesariamente costosos o complicados así ayudara a que el niño (a) menor de un año puede desarrollar con facilidad su lenguaje

CAPITULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Hasta aquí se han expuesto los puntos de partida, los fundamentos teóricos, el diseño y los resultados de la investigación. Corresponde ahora sintetizar el trabajo realizado y destacar las conclusiones a las que se han llegado.

El nivel de conocimientos, de madres, sobre estimulación temprana es bajo, situación que influye en el grado de desarrollo psicomotor de sus niños(as).

El nivel de conocimiento de las madres acerca de Estimulación Temprana en el área motora es bajo, ya que estimular el área motora es importante y podemos destacar que el tono muscular, la postura y el movimiento son las primeras formas de comunicación humana con el medio

El nivel de conocimiento de las madres acerca de Estimulación Temprana en el área social es bajo, ya que no tiene conocimiento del como estimular el área social, como ser la conducta para fortalecer las habilidades del niño (a) ya sea imitar gestos (decir chau) frente a las personas y el medio que lo rodea.

El nivel de conocimiento de las madres acerca de Estimulación Temprana en el área de lenguaje es bajo, por lo que tienen dificultad en la pronunciación de palabras.

A mayor nivel de conocimiento de las madres acerca de estimulación temprana, mayor grado de desarrollo psicomotor del lactante.

A menor nivel de conocimiento de las madres acerca de estimulación temprana, menor grado de desarrollo psicomotor del lactante.

El desarrollo psicomotor de los(as) niños(as) en el área motora es de retraso, representa un 55%, lo cual nos quiere decir que mas de la mitad de los y las niñas que fueron evaluados tiene

problemas en su desarrollo motor (no hay coordinación de movimiento de su cuerpo del niño la niña)

El desarrollo psicomotor de los niños(as) en el área social es de retraso, representa un 60%, este resultado nos quiere decir que más de la mitad del los (as) niños (as) tienen problemas en el área social (dificultad para obtener vínculos afectivos, como respondes ante un llamado sin discriminación ante cualquier persona

El desarrollo psicomotor de los(as) niños(as) en el área de lenguaje es de retraso, representa un 62%, quiere decirnos que de acuerdo a la edad en meses que tiene el niño (a) no pueden desarrollar el lenguaje correctamente, tiene problemas o dificultad al querer pronunciar ya sea una letra, palabra u oración o en un pre lenguaje (balbuceos, chupeteos, etc.)

Por grupos etarios de 1 a 3 meses el mayor retraso se observa en las áreas motora y lenguaje, tienen problemas y/o dificultades, pocos son los niños (as) que desarrollando estas áreas se puede decir correctamente,

De 4 a 6 meses el mayor retraso se observa en el área motora y social, en estos meses muchos de los niños (as) tiene problemas y/o dificultades al intentar sentarse, hacer movimiento de los músculos en coordinación con el cuerpo

De 7 a 12 meses el mayor retraso se observa en el área de lenguaje, se pudo ver en esta etapa que los niños (as) tienen problemas y dificultades al pronunciar palabras completas formar oraciones ejemplo; cuando quiere que se le pase un objeto “aquí esta” lo pronuncian “a qui ta”

RECOMENDACIONES.

Durante el desarrollo Psicomotor del lactante se debe brindar información y demostrar con ejemplos o dar pautas de Estimulación Temprana que deberá realizar la madre con su hijo(a) en su hogar en el diario vivir dentro la familia para evitar en lo posterior dificultades ya sea en el desarrollo del aprendizaje.

Fortalecer con la Estimulación Temprana la prevención del retraso del desarrollo psicomotor a través del trabajo que se realizaran en lo posterior viendo estos problemas y/o dificultades que presentan los y las niñas, no sólo con las madres, sino con los progenitores, cuidadores y la comunidad.

El Hospital Materno Infantil “Los Andes” de El Alto, en coordinación con el Ministerio de Salud conjuntamente el Ministerio de Educación deben crear un Programa de Estimulación Temprana para favorecer el crecimiento y desarrollo normal del lactante de acuerdo a la edad que presenta, para que en lo posterior no tenga dificultades al incorporarse a la sociedad en el medio que lo rodea

El Hospital Materno Infantil “Los Andes” de El Alto debe elaborar y ejecutar programas de capacitación acerca de la Estimulación Temprana dirigidas al personal de salud en contacto con el lactante, pediatra, nutricionista, etc., pero también integrando dentro este programa a profesionales como ser del área de Educación

Impulsar el desarrollo de actividades de Estimulación y evaluación del desarrollo psicomotor de menores de un año.

Elaborar programas educativos para niños(as) en riesgo y retro en su desarrollo psicomotor.

DATOS BIBLIOGRÁFICOS

- ALMEYDA SÁENZ Y MAGALLANES CASTILLA GLADYS “Manual Teórico Practico de la Estimulación Temprana” Lima Perú 2006
- ÁLVAREZ FRANCISCO “Estimulación Temprana una puerta hacia el futuro” 4ta edición Ed. ECOE Colombia 1997
- ARANCIBIA RODRÍGUEZ Y UNDURRAGA” Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor “Chile 1974
- EBADECA “Guía de Estimulación Temprana para el niño de 0 a 3 años de edad “Puno Bolivia 199
- GARCÍA Joaquín “Estimulación Temprana” Ed. Mirbet Lima, Perú 2006
- MINSA “Curso de AIPEI para agentes comunitarios de salud, promoción del desarrollo del niño de 0 a 5 años” Lima Perú, 2003
- MINSA “Estimulación del Desarrollo Psicomotor del niño de 0 a 6 años” Lima Perú, 1999
- PAPALIA DIANA Y OTROS “Psicología del Desarrollo” 8va edición Ed. Mc Graw Hill Colombia Bogotá 2001
- SAMPIERI HERNÁNDEZ ROBERTO Y OTROS “Metodología de la Investigación” 3 era edición Ed. Mc Graw Hill México 2003
- SILBERG Jackie “Juegos para hacer pensar a los bebes” Ed. Omino Lima Perú, 2000.
- °GARRIDO BÁRBARA “La Falta de Estimulación Temprana y su Influencia en el Desarrollo Psicomotor” 1996.
- °PIAGET JEAN “La Presentación del Mundo en el Niño” España Morata 1978.
- ° MENDOZA P. RUDY “La Influencia de la Estimulación Temprana en Desarrollo Psicomotor” 2006.
- ° REYES A. CECILIA “Normas y Técnicas de Estimulación y Evaluación del Desarrollo Psicomotor del Niño y la Niña” 2004.

ANEXOS

CUESTIONARIO

Marca con una x en el paréntesis que corresponda

Datos Generales

1) Edad de la madre

16-25 años () 26-35 años () 36-45 años ()

2) Estado Civil

Soltera () Conviviente () Viuda () Casada () Divorciado ()

3) Grado de Instrucción

Primaria Completa () Primaria Incompleta ()

Secundaria Completa () Secundaria Incompleta ()

Superior Completa () Superior Incompleta ()

4) Ocupación

Ama de casa () Comerciante ()

Empleada () Trabajo eventual ()

Obrera () Estudiante ()

5) Nro., de hijos.....

6) Edad de su último hijo

1 – 3 meses () 4 – 6 meses () 7 – 11 meses ()

Marca con una x en el paréntesis correspondiente a la alternativa que Ud. considera correcta

Datos Específicos acerca de la Estimulación Temprana

1. La estimulación Temprana se puede:
 - a) Realizar semanalmente
 - b) Realizar solo durante sus controles en el HMILA
 - c) Realizar con el lactante en cualquier momento (al alimentarlo, vestirlo, bañarlo)
 - d) Realizar cuando el lactante juega solo
2. El desarrollo del lactante esta conformado por:
 - a) Habla, relación con los demás, control de sus movimientos
 - b) Habla, movimientos finos, relación con los demás
 - c) Relación con los demás, control de sus movimientos, movimientos finos.
 - d) Control de sus movimientos, movimientos finos, habla
3. El lactante desarrolla su lenguaje cuando:
 - a) Repite e imita palabras que le dicen le dicen sin tartamudear
 - b) Lloro cuando hay algo que le molesta
 - c) Pronuncia palabras cortas como da - ma - pa
 - d) Pronuncia sonidos, luego palabras cortas, hasta comprender y comunicarse con los demás.
4. El lactante desarrolla su relación con los demás cuando:
 - a) Distingue a las personas conocidas de las desconocidas
 - b) Mira al espejo y juega
 - c) Muestra miedo a las personas desconocidas
 - d) Relaciona con demás personas que le rodean

5. El lactante desarrolla el control de sus movimientos cuando:

- a). Controla su cuerpo ante cualquier movimiento
- b). Gatea, coger los objetos y llevárselo a la boca
- c) Sienta correctamente sin ayuda
- d) Habla y camina correctamente

Pautas de Estimulación Temprana en lactantes de 0 a 3 meses

6) Que se debe hacer para mejorar el desarrollo del lenguaje del lactante

- a) Darle masajes en la espalda
- b) Repetirle los sonidos que el hace
- c) Hablarle mientras lo alimentas, bañas y cambias
- d) Ponerle juguetes coloridos al frente de él

7) Que se debe hacer para mejorar el desarrollo de la relación del lactante con los demás

- a) Cogerle de los dedos y levantarlo
- b) Hablarle y cantarle todos los días
- c) Sonreírle y demostrarle tu cariño
- d) Llevarle a pasear a diferentes lugares

8) Que se debe hacer para mejorar el desarrollo del control de su movimiento del lactante

- a) Flexionarle las piernas, llevando las rodillas a su barriga
- b) Hablarle suavemente mientras lo alimentas
- c) Darle juguetes coloridos para que juegue solo
- d) Evitarle permanecer semisentado con apoyo

Pautas de Estimulación Temprana en lactantes de 4 a 6 meses

9. Que se debe hacer para mejorar el desarrollo del lenguaje del lactante

- a) Llevarle frente al espejo y dejarlo que se mire
- b) Sacarle a pasear una vez al día, en distintos lugares
- c) Mencionarle las partes de su cuerpo cuando lo bañas
- d) Mencionarle los nombres de las personas que le rodean

10. Que se debe hacer para mejorar el desarrollo del lactante en la relación con los demás

- a) Ponerle música suave y cantarle la canción
- b) Premiarle con besos y abrazos cuando no llora
- c) Repetirle los gestos y sonidos que el hace
- d) Acostumbrarle a ruidos normales de la casa.

11. Que se debe hacer para mejorar el desarrollo del control de sus movimientos Lactante

- a) Contarle cuentos mientras duerme
- b) Colocarle de espalda, cogerle de los dedos y tratar de sentarlo
- c) Permitirle estar con niños de su edad
- d) Hablarle, cantarle y llamarle por su nombre

Pautas de Estimulación Temprana en lactantes de 7 a 11 meses

12). Que se debe hacer para mejorar el desarrollo del lenguaje del lactante

- a) Evitar pedirle las cosas con la que esta jugando
- b) Nombrarle las partes de su cuerpo cuando lo bañas
- c) Hablarle y acariciarle suavemente

d) Sacarle a pasear a lugares diferentes

13. Que se debe hacer para mejorar el desarrollo del lactante con los demás

a) Mencionarle el nombre de las personas y objetos que le rodean

b) Hablarle y acariciarlo suavemente mientras duerme

c) Sacarle a pasear a diferentes lugares

d) Cogerle de las dos manos para que pasitos

14. Que se debe hacer para mejorar el desarrollo del control de sus movimientos del lactante

a) Permitirle jugar con otros niños de su edad

b) Ayudarle a pararse apoyándolo en el mueble

c) Pedirle los objetos que tiene en su mano

d) Evitar que este frente al espejo y dejar que se mire

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

ESTADO CIVIL DE LAS MADRES DE LOS LACTANTES QUE ASISTEN AL HMILA

Estado Madres Civil _____

Soltera _____

Conviviente _____

Casada _____

Divorciada _____

Viuda _____

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES DE LOS LACTANTES QUE ASISTEN AL HMILA

Instrucción _____

Primaria Incompleta _____

Primaria Completa _____

Secundaria Incompleta _____

Secundaria Completa _____

Superior Incompleta _____

Superior Completa _____

OCUPACIÓN DE LAS MADRES DE LOS LACTANTES QUE ASISTEN AL HMILA

Madres Ocupación _____

Ama de casa _____ - _____

Comerciante _____

Empleada Trabajo eventual _____

Obrera _____

Estudiante _____

Edad de su último hijo de las Madres que asisten al HMILA

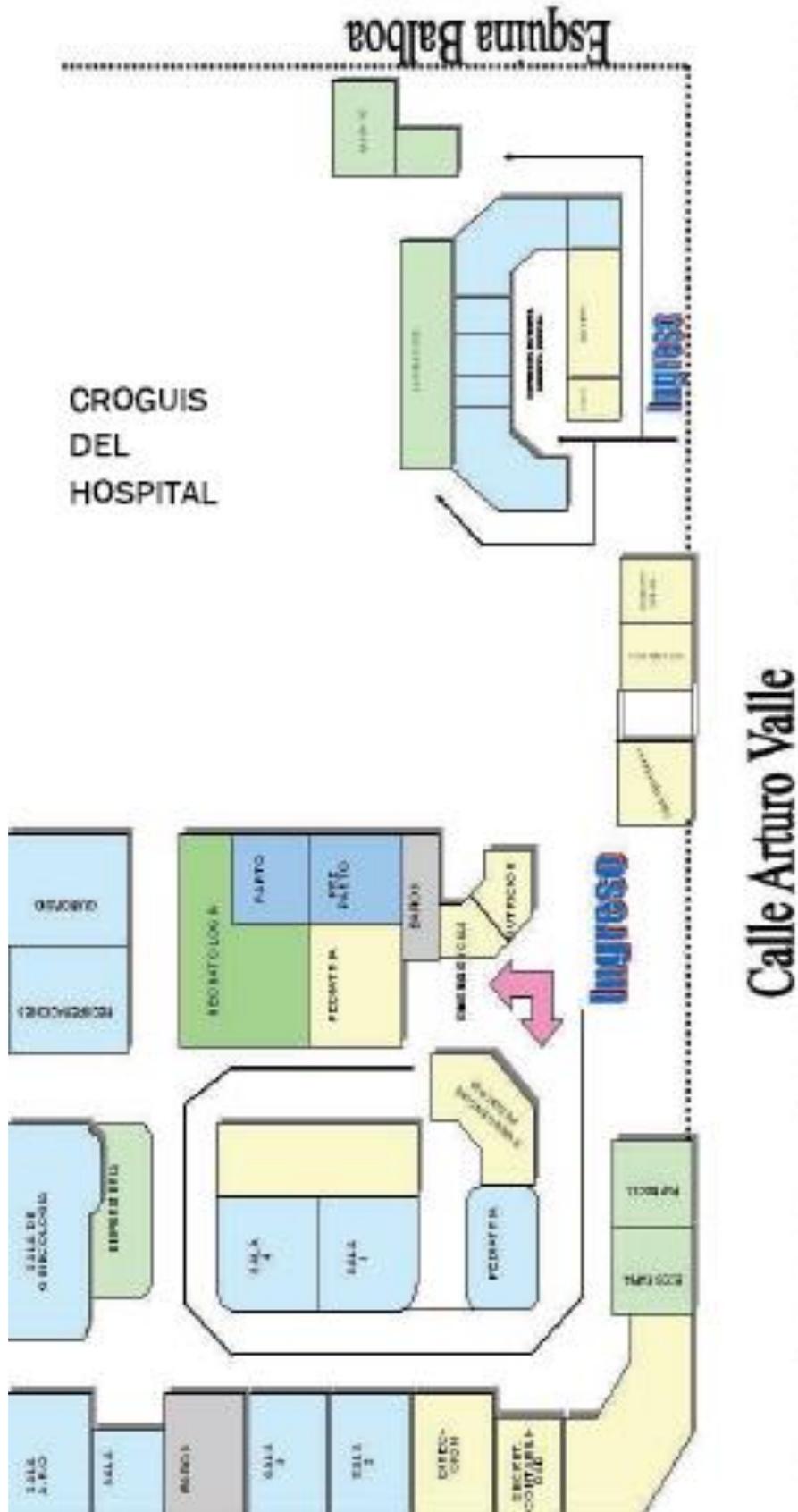
Octubre – Noviembre 2009 _____

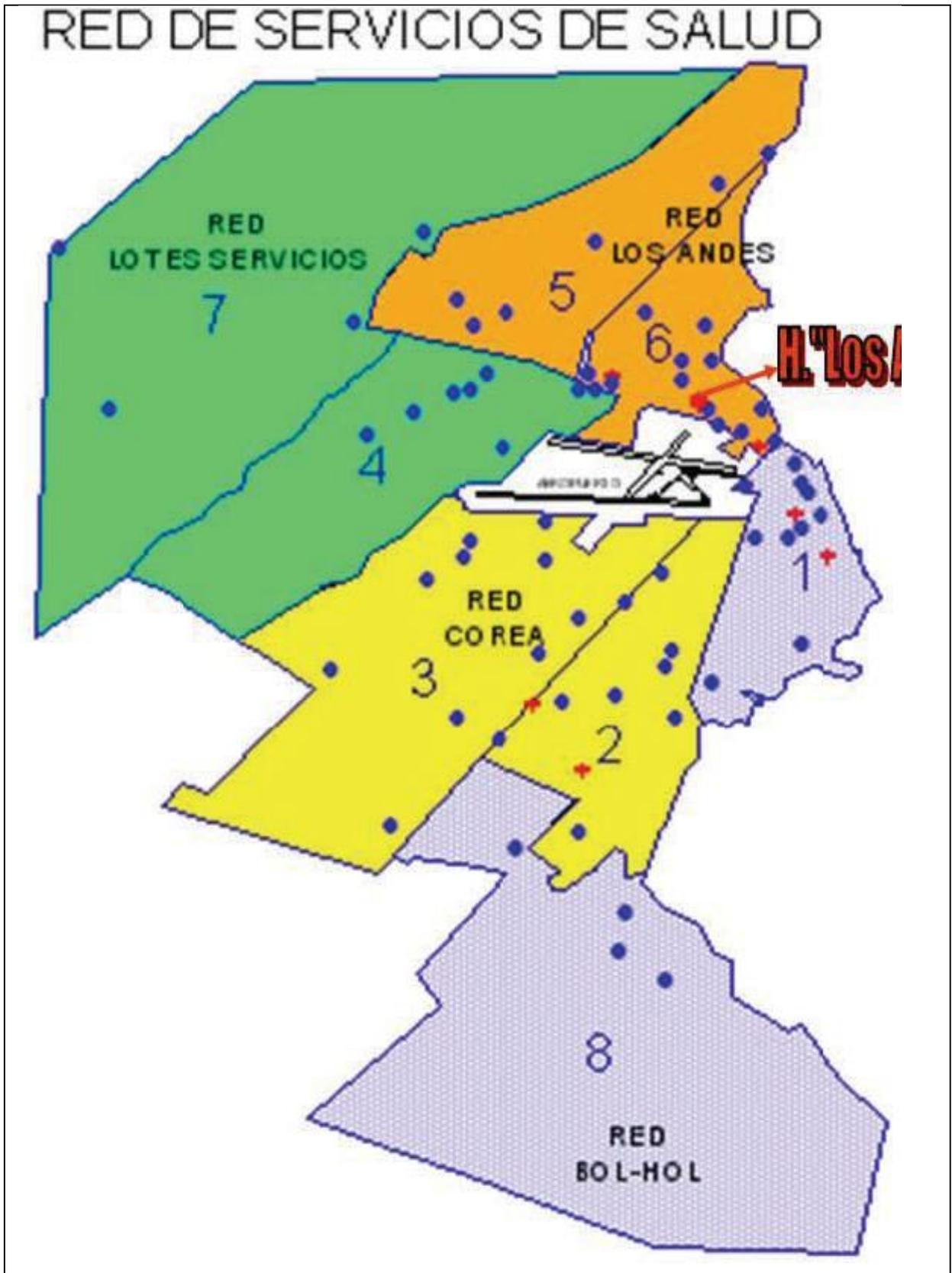
Edad de su ultimo hijo _____

1 - 3 meses _____

4 - 6 meses _____

7 - 11 meses _____







Control de peso y talla



Internación neonatología



Consulta externa pediátrica



Internación pediátrica