

1226 N-10
25/2/1994
SECRETARIA DE SALUD

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



**FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**FACULTAD SECRETARIA DE SALUD
CENTRO DE SALUD "DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA"**

★ ABR. 26 1994 ★

SECRETARIA DE SERVICIOS
ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE POSGRADO

ESTIMULACION TEMPRANA:

**EVALUACION DE CONOCIMIENTOS Y APTITUDES DE
LOS MEDICOS ADSCRITOS AL CENTRO DE SALUD
" DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA "**

S. S.

T R A B A J O

**QUE PARA OBTENER EL RECONOCIMIENTO DE
LA ESPECIALIDAD EN**

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA :

DR. HERMILO ABRAHAM GARCIA MARTINEZ

MEXICO, D. F.

FEBRERO 1994

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ASESORES:

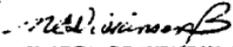


DR. EFREN RAUL PONCE ROSAS

INVESTIGADOR. COORDINACION DE INVESTIGACION

C. S. " DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA "

S. S.



DRA. ELOISA DICKINSON BANNACK

COORDINADORA DE INVESTIGACION

C. S. " DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA "

S. S.


DR. JUAN JOSÉ HAZON RAMÍREZ

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

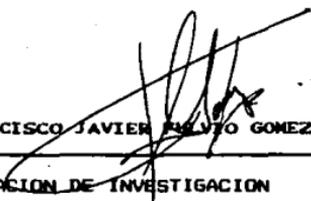
U.N.A.M.

P. S.
DR. MARIO ALFREDO RODRIGUEZ LEON

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
DE MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. ARNULFO IRIGOEY CORIA

JEFE DE LA COORDINACION DE INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



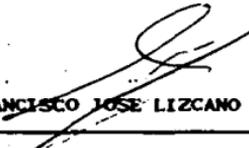
DR. FRANCISCO JAVIER MUÑOZ GÓMEZ CLAVELINA

COORDINACION DE INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.



DR. FRANCISCO JOSÉ LIZCANO ESPERÓN

COORDINADOR DE DOCENCIA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

DEDICATORIA

A LA MEMORIA DE MI PADRE.

CON CARINO PARA MI MADRE.

PARA MIS HERMANOS.

Y MIS SOBRINOS.

A LOS NIÑOS.

RECONOCIMIENTO

A LA DRA. SOCORRO PEREZ LOPEZ.

TUTORA DEL MODULO " A " EQUIPO 1

Quien debido a sus sugerencias contribuye de manera indispensable en los propósitos principales de que fue objeto este trabajo.

Quiero expresarle mi gratitud al Dr. JOSE MANUEL MOTA ORDAZ, quien con paciencia, comprensión y sabiduría me oriento a realizar este trabajo.

Al joven SERGIO GALLEGOS SALAZAR, por su inapreciable ayuda en la transcripción de este trabajo.

INDICE

	Página
ANTECEDENTES Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1 - 7
CONCEPTO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.....	8
PRINCIPIOS DE DESARROLLO.....	8 - 9
DESARROLLO NORMAL.....	9
RESUMEN DEL DESARROLLO NORMAL DEL RECIEN NACIDO.....	10 - 13
DESARROLLO NORMAL A DIFERENTES EDADES.....	13 - 43
JUSTIFICACION.....	44 - 47
OBJETIVOS.....	48
MATERIAL Y METODO.....	49 - 50
RESULTADOS.....	51 - 58
DISCUSION Y CONCLUSION.....	59 - 60
CUADROS Y GRAFICAS.....	61 - 74
ANEXO 1.....	75 - 81
BIBLIOGRAFIA	

ANTECEDENTES Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La estimulación temprana constituye un conjunto de acciones tendientes a proporcionar al niño las experiencias necesarias desde su nacimiento, para desarrollar al máximo su potencial psicomotor, pero de una manera lógica y sobre todo con bases científicas, con un carácter sistemático (1) (2). Es sistemático en cuanto que se trabaja con el niño día a día con un programa de estimulación previamente elaborado de acuerdo con su edad de desarrollo con las expectativas que queremos conseguir en cada momento determinado; es secuencial en cuanto a cada paso alcanzado por el niño en cualquiera de las áreas de desarrollo sirve de punto de partida para el siguiente, sin que podamos dejar de lado ninguna de ellas (1). La puesta en práctica de los programas de estimulación temprana está orientada a una doble vertiente: Asistencial y preventiva, englobando ambos casos a todos aquellos niños denominados " de alto riesgo " término que la especialista Uruguaya García Etchenoyen define como referente a " Todos aquellos niños que corren el riesgo de ver afectado el curso de su desarrollo por causa de origen prenatal, natal o postnatal (1) ".

La estimulación temprana busca alcanzar al máximo, el desarrollo integral del niño, es decir que logre lo mejor de sus capacidades mentales, sociales y físicas. Trata de apoyar el desarrollo de su inteligencia, de su motricidad y de su personalidad (3). Por estas razones es importante su aplicación en unidades de primer nivel de atención y en niños sanos.

Los programas de estimulación temprana son de particular importancia como una alternativa en el manejo de los niños con

alto riesgo (a todos los niños que con factores perinatales tienen comprometida su integridad bio-psico-social) colocándolos en desventaja con otros niños (4).

La etapa primordial del desarrollo del niño es la que va de 0 a 6 años de edad, especialmente de 0 a 2 años por lo que es completamente indispensable estimularlo de manera adecuada en esta etapa (5). Los estímulos en consecuencia, deben estar presentes en cantidad, calidad y momento adecuado.

En el año de 1909, Dupre correlaciona la debilidad motriz a problemas neurológicos, así como, la relación de debilidad motriz con debilidad mental (2).

En 1935, Edward Guillian, determina un nuevo método de trabajo que es la re-educación motriz.

El examen neurológico cuidadoso y continuo del recién nacido es el único camino a través del cual podrá detectarse una serie de problemas. Un trabajo de parto difícil no es indicativo de daño encefálico, ni un trabajo de parto normal es prueba de que el encéfalo no sufra daño, y solamente el examen neurológico puede determinar el estado en que el encéfalo se encuentra (6). El objetivo del examen neurológico es obtener la evaluación de las complejas funciones neuronales en un tiempo mínimo y sin riesgo para el paciente.

En 1950, la teoría Freudiana de desarrollo psicosexual orientó la atención a las experiencias infantiles y contribuyó en gran parte a la situación popular de idea de que la experiencia temprana constituye una determinante en la conducta del adulto.(7).

En 1959, Harold y Cols, demostraron que los niños retrasados mentales mejoraron en su nivel intelectual al transferirse lo más pronto posible a lugares donde se les dio afecto y se estimuló (8).

En 1965, Carle y Cols, comprobaron que al aumentarse la atención individual de los niños internados en las instituciones (levantándolos, hablándoles, cambiándolos de posición y trasladándolos de un lugar a otro) ganaron peso y talla (8).

En 1975, Piaget mencionó que la inteligencia progresa y se acrecienta dinámicamente en relación con el ambiente y los estímulos. Y sin llegar a consolidar esta teoría, dió a la sensoriomotricidad una importancia decisiva en el desarrollo del niño para procesos cognoscitivos superiores.

Investigaciones ulteriores con animales, indicaron que las variaciones en las experiencias tempranas afectaban la organización y las bases biológicas de la conducta (7).

En los últimos 30 años, en Estados Unidos, ha habido un compromiso a nivel nacional para emprender la intervención temprana en los niños de corta edad con desventajas socioeconómicas, educativas y físicas (7).

En la actualidad las cifras de prevalencia de retardo mental y minusvalía del desarrollo de la esfera intelectual, son del 0.5 al 3.0 % de la población menor de 3 años de edad. Por lo tanto la estimulación temprana está justificada en niños con alto riesgo (7).

Fue en la década de los 70s, que surgieron programas de estimulación temprana dirigidos a niños incapacitados (9). En las

regiones de habla Alemana, la estimulación temprana en niños discapacitados comenzó a practicarse en forma relativamente masiva a partir de la década de los 50s en niños sordos en la primera infancia (10).

El centro de estudios de psicomotricidad de Buenos Aires está consagrado desde hace varios años a la formación de profesionales en el área especializada de la educación psicomotriz. La profesora Gastellat transitó por el campo de la educación creando técnicas educativas y de desarrollo para el niño normal y deficiente desde las edades más tempranas. Podemos hablar así de una escuela Argentina de psicomotricidad, con caracteres definidos que contemplando la integración del niño, tiene sus objetivos puestos en la estimulación del desarrollo psicomotor general, capacitando el uso de la motricidad fina paraperceptiva laboral teniendo en cuenta la relación de incidencia de dichos procesos en el aprendizaje pedagógico, y apoyándose en el desarrollo normal del niño les otorga la base de procesos de actividad para la estimulación de potenciales ya existentes (11).

Dentro del amplio campo de la Medicina Familiar, uno de los principales programas es la atención a la mujer y el niño. El estudio de la mujer embarazada desde los inicios de la gestación hasta el postparto, así como, la valoración del recién nacido y seguimiento del niño en su desarrollo hasta la adolescencia, brindan al médico un amplio campo de acción para intervenir oportunamente educando a la madre para estimular tempranamente a sus hijos.

Cabe mencionar lo útil y práctico que es la valoración del desarrollo psicomotriz desde el momento del nacimiento, por lo tanto, es importante que sea del conocimiento del Médico Familiar el manejo y la habilidad para llevarlo a cabo y así realizar un diagnóstico oportuno y aplicar el programa de estimulación temprana que sea conveniente para las diferentes etapas en la cual se encuentre el niño a tratar.

Durante la búsqueda de antecedentes, se ha encontrado que hay suficientes artículos en otros países pero muy escasos en México, y de estos son aplicados especialmente a niños pretérminos, así como en niños con daño neurológico pero muy escasos en niños sanos.

Cabe mencionar que en algunas instituciones se lleva a cabo estimulación temprana incluyendo a niños con un desarrollo psicomotriz normal, como en el Centro de Rehabilitación Zapata del S.N.D.I.F., donde en 1990 ingresaron 240 niños (9.58 %) con el diagnóstico de retraso en el desarrollo psicomotriz, 33 (1.31 %) con el diagnóstico de daño cerebral, 50 (1.90 %) con riesgo de daño neurológico y 322 (12.85 %) con el diagnóstico ya establecido de parálisis cerebral, haciendo un total de 645 pacientes correspondiendo esto al 25.65 % de la consulta anual. Para el manejo de estos niños, se han establecido los programas de estimulación precoz y de estimulación multidisciplinaria temprana. El primero fué fundado en 1985 y admite niños de 0 a 18 meses de edad, que presentan factores de daño neurológico, sin estructuraciones de secuelas pero con algún signo de alarma. Su objetivo es el de prevenir la estructuración de secuelas neurológicas, incidiendo tempranamente en el momento

que se detecten alteraciones del desarrollo. El egreso de los niños es determinado cuando éste ha alcanzado su independencia en las actividades de la vida diaria o cuando llega al límite de edad de estancia en el programa. .

El grupo de estimulación múltiple temprana se fundó en 1978 como grupo piloto, admitiendo niños de 18 meses a 4 años de edad y algunos de menor edad (12).

En la investigación realizada por el Dr. Efrón Ramírez González, sobre posición prona y factores de riesgo perinatal de octubre de 1990 a enero de 1991, en el Centro de Salud " Dr. José Castro Villagrana, "se encontró que en 173 lactantes sanos de 2 a 12 meses, existía una incidencia baja (1.7%) de retraso en el desarrollo psicomotriz en los lactantes y la presencia de más de 60% de lactantes con riesgo y aunque en el momento de la valoración se enmarcaron en parámetros normales, la posibilidad de presentar algún trastorno del desarrollo en cualquiera de sus diferentes áreas es un factor de riesgo latente para posteriormente presentar alteraciones en el desarrollo " periodo pre - escolar y escolar ".Ante tal situación, se hace más patente la firme convicción de lo necesario e indispensable de implementar programas de estimulación infantil temprana en el primer nivel de atención médica, y no esperar hasta que el déficit se haga presente para su posterior canalización a un 2o ó 3er. nivel para su tratamiento.

La implementación de este tipo de programa en los Centros de Salud sería un gran paso en la atención de este aspecto tan

importante de la vida que es el desarrollo psicomotriz y el cual es visto con cierta indiferencia y pasividad por la mayoría del personal médico (13).

En el Centro de Salud " Dr. José Castro Villagrana " se llevó a cabo durante el mes de abril de 1993, un trabajo de investigación por la Dra. Bárbara Sánchez Arreola sobre las formas más frecuentes de estimulación sensorial y motora que practican las madres a sus hijos, concluyendo que los conocimientos de ellas sobre desarrollo y estimulación a sus hijos en su mayoría son vagos o nulos, y solo 2/3 partes respondieron que supieron estimular a sus hijos, sin tener el conocimiento sistematizado que fuera acorde con la edad del niño .(14).

CONCEPTO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Crecimiento denota un cambio del tamaño, que es resultante de un aumento en el número o tamaño de las células del organismo. También ha sido empleado en general para determinar aspectos de la maduración que pueden quedar reducidos a la medida de la talla.

Desarrollo se aplica a la maduración de los órganos y sistemas como la adquisición de habilidades y a la capacidad de adaptación a situaciones nuevas. Es un proceso continuo que empieza en la concepción y prosigue con un curso en sucesión ordenada hasta la muerte. No procede a una velocidad constante sino con brotes de progreso rápido interrumpidos por mesetas de reposo.

PRINCIPIOS DEL DESARROLLO

Aunque todos los niños son diferentes, hay algunos principios que gobiernan el desarrollo de estos. Ellos son los siguientes:

a).- El desarrollo es un proceso continuo desde la concepción hasta la madurez. El nacimiento es meramente un evento en este proceso, y un nacimiento normal no ha demostrado alterar el curso del desarrollo.

b).- El desarrollo depende primeramente de la maduración del sistema nervioso, pero la maduración está ocurriendo y puede estar retardada por carecer de práctica, pero no

significativamente acelerada por una práctica adicional.

c).- La dirección del desarrollo es cefalocaudal. El niño es bastante hábil en el uso de sus manos, mucho antes de aprender a caminar.

d).- La secuencia del desarrollo es el mismo en todos los niños, pero varía el grado de desarrollo de un niño a otro.

e).- Las respuestas masivas generales, conducen a movimientos individuales específicos.

El objetivo del crecimiento del niño es establecer claramente los patrones normales y determinar cuando se producen desviaciones.

DESARROLLO NORMAL

El desarrollo normal de un ser humano a través de las diferentes etapas de la vida; ofrece aspectos físicos, intelectuales, emocionales, sociales, culturales y de conducta que son objeto de un estudio intensivo por su propio interés y constituye un punto focal en la pediatría del desarrollo.

El desarrollo se realiza en estrecha relación con el crecimiento y ambos representan una continuidad de interacciones, entre el potencial problemático innato por una parte y el medio ambiente por otra.

RESUMEN DEL DESARROLLO NORMAL DEL RECIEN NACIDO

El niño al nacer presenta una actividad estrictamente refleja; esta obedece a que el recién nacido es un ser "Subcortical", pues su sistema nervioso esta incompleto. Al nacer, la mielinización solo alcanza los centros subcorticales, haciendo del recién nacido un ser automático.

Sus actos son reflejos llamados "arcáicos" o "primitivos". Reacciona a las estimulaciones con movimientos que no pueden controlar. El control de estos reflejos demuestra al médico que el sistema nervioso del recién nacido es normal. En su mayor parte persisten hasta el segundo mes. Pocos tienen valor conocido para el diagnóstico del desarrollo normal, y estos son los siguientes:

Reflejo de los puntos cardinales ("reflejo de orientación o de búsqueda"): Ocorre tempranamente desde la gestación, en su ausencia debe causar preocupación. Adquiere su máxima intensidad cuando el niño tiene hambre y puede desaparecer después de alimentarlo. Se produce en cuatro zonas: en ambos ángulos de la boca y en la línea media de ambos lados. La boca se abre y la cabeza gira hacia el lado del estímulo.

Reflejo de Moro (o del abrazo): Al provocarse este reflejo se observan brazos, manos y llanto. Los brazos muestran abducción en el hombro, y extensión en el codo. Los dedos de las manos muestran una diseminación prominente o extensión notoria. Un grito sigue después del sobrecogimiento y deberá ser vigorosa. La naturaleza de este grito es importante, si está ausente, es débil,

excesivo o muy agudo.

Este reflejo se establece aproximadamente después de las 28 semanas de la vida fetal y desaparece después de los 2 ó 3 meses de vida extrauterina.

Reflejo de prensión (llamado también de Grasping): La excitación de la mano del recién nacido determina una fuerte flexión de los dedos, sobre el dedo estimulador. Existe también un Grasping en los pies; menos intenso. Este reflejo determina dos hechos, primeramente, el recién nacido prematuro de 36 semanas de gestación tiene un reflejo débil, hecho que permite distinguirlo de un niño pequeño para su edad gestacional. Secundariamente, el reflejo desaparece entre los 2 y 3 meses de edad, su persistencia es un signo de parálisis cerebral.

Reflejo de la marcha automática: Sostiene al niño en posición vertical e inclinando hacia adelante, al tocar con la planta de los pies la mesa, intenta mantenerse de pie con una sola pierna, y con el otro pie ocurre una acción opuesta. No es completamente desarrollado hasta después de las 40 semanas de vida fetal. Los niños de término caminan sobre toda la planta, mientras que el producto prematuro camina sobre los dedos.

Reflejo de extensión: Con el niño en posición supina, la estimulación con la planta de uno de los pies, con la pierna apoyada en extensión causa flexión de la cadera opuesta, seguida de aducción y extensión de la pierna. No es normal después del primer mes, pero en los niños espásticos puede encontrarse después de esta edad, y puede no ser visto en prematuros.

Reflejo de asimetría tónica del cuello: Cuando el estimulador voltear la cabeza del niño a un lado, el brazo del mismo lado es extendido y la rodilla contralateral es flexionada, persiste en el niño espástico, después de los tres meses.

Reflejo tónico del cuello: Se produce al girar rápidamente la cabeza hacia un lado, con el niño en posición supina. El niño extiende el brazo con la pierna hacia la cual ha sido girada la cabeza, y flexiona los miembros del otro lado (postura de defensa). Es normal hasta los 4 meses. Su persistencia después de los 6 - 9 meses indica lesiones motoras centrales, en especial en niños con parálisis cerebral espástica.

Reflejo glabellar: Un golpeteo en la zona glabellar, produce un pestajeo breve; aparece al nacimiento; su persistencia es variable; está ausente en casos de afasia o en parálisis cerebral, y acentuado en hiperexcitabilidad.

Reflejo enderezador del otolito: Consiste en la rotación del tronco en dirección en que la cabeza ha sido girada. Está ausente en casos de espasticidad.

Reflejo de Landau: Al mantener el niño en pronación y horizontalmente; la cabeza, el tronco y las caderas se extienden como respuesta normal. La flexión de la cabeza va seguida por el tronco y las caderas.

Reflejo del paracidas: Consiste en la extensión de los brazos, manos y dedos; cuando el lactante suspendido en posición prona, es dejado caer repentinamente desde una pequeña altura sobre una almohadilla blanda.

Reflejos osteotendinosos: Están presentes al nacimiento, pero sólo alguno de ellos, como el patelar son evidenciales con facilidad.

DESARROLLO NORMAL A DIFERENTES EDADES:

PRIMER MES (4 SEMANAS)

Aspecto general: Ha mejorado la tonicidad muscular, en relación con un recién nacido; los músculos son más sólidos, el niño es menos frágil que al nacer. La motricidad es todavía primaria; los movimientos de los brazos y de las piernas están controlados por REFLEJOS PRIMARIOS.

Prono: En suspensión ventral, puede ser notada una tensión de los músculos del cuello; momentáneamente mantiene la cabeza por fuera de la cama. Generalmente la cabeza está apoyada a un costado. En posición de pie, la cabeza cae hacia adelante o atrás si no la sostiene un adulto.

Los miembros inferiores, todavía están en posición fetal, durante las dos primeras semanas; a partir del 4to. mes ya no coloca las rodillas bajo el abdomen. Existe un movimiento de rotación.

Los miembros superiores, los codos siempre están doblados; mantienen los puños cerrados, pero cada vez puede abrirlos más fácilmente.

Supino: Flexión de los miembros superiores e inferiores.

Reflejos: Moro y Grasping.

Visión: Sigue objetos a 90 grados o en línea media.
Si se agita un sonajero cerca de él, su mirada es inexpressiva. La luz le atrae, y puede dirigirse hacia los objetos iluminados; el exceso, le excita.

Audición: Reacciona a los ruidos fuertes; por el contrario se calma cuando oye música. Oye muy bien, pero todavía no puede localizar el ruido.

Lenguajes: Emite sonidos guturales (gorgoritos), de carácter emocional. Su llanto también tiene valor de comunicación. Desde este momento se debe hablar con el niño, a pesar de que no lo entienda; percibe la carga efectiva sobre todo del lenguaje materno.

Social: Su actividad aumenta o disminuye ante una persona; se hace más receptivo de la voz, a la luz, a las canciones, puede disfrutar con el calor de un baño, le gusta estar confortablemente (por eso llora cuando lleva los pañales mojados). Los momentos de vigilia son muy breves, la jornada para él está en gran parte ocupada por periodos de sueño, durante los cuales se estructuran y se organizan las bases de su desarrollo psicomotor.
Todavía no reconoce a su madre, ni al mundo que

le rodea, puesto que no percibe la diferencia entre él y el resto de las cosas. Hasta los 2 meses, no soporta demasiadas estimulaciones, que le excitarían. Deben por lo tanto evitarse, las luces, los colores demasiados vivos: ruidos fuertes.

SEGUNDO MES (8 SEMANAS)

La motricidad todavía es primaria, el niño se sobresalta espontáneamente; los reflejos primarios tienden a desaparecer. Puede hacer movimientos conjuntos de brazos y piernas con más soltura.

Prono:

La cabeza está fuertemente apoyada sobre un costado, la eleva de vez en cuando; el plano del rostro forma un ángulo de 45 grados con el plano de la cuna.

Al mantenerse en suspensión ventral, mantiene la cabeza en el plano del cuerpo.

Al intentar sentarlo, la cabeza cae hacia atrás.

Supino:

Flexión de los hombros (aunque se encuentra más distendida).

Sentado:

La espalda se endereza débilmente.

La cabeza puede mantenerse erguida unos breves momentos, pero vacilante.

Reflejos:

Las manos están fuertemente abiertas.

El reflejo de prensión disminuye.

- Visión:** Fija la mirada, converge y acomoda.
Puede seguir un objeto de gran tamaño o una persona desplazándose a su alrededor.
En posición supina, puede seguir un objeto en 180 grados.
Los objetos en movimiento, con contornos bien definidos, con colores vivos y las luces, atraen por más tiempo su atención que las otras cosas.
Cuando se le presentan diversos objetos, solo fija la mirada en uno de ellos. Visualmente a esta edad (2 meses) prefiere ver moverse a personas que objetos.
- Audición:** Localiza el ruido. Se interesa por los sonidos.
- Lenguaje:** Emite algunas vocalizaciones; se trata de conjuntos vocales, formados únicamente por la boca que todavía no se han nasalizado, son A_E_U. La mayor parte del tiempo, el niño todavía continúa comunicándose con el llanto.
- Social:** Es edad de la PRIMERA SONRISA, sin embargo algunos están más predispuestos a sonreír que otros. Está demostrado que el favorecer este gesto (sonrisa) con movimientos de la cabeza, pequeñas conversaciones o devolviendo la sonrisa, incita enormemente al niño.
A esta edad (2 meses), el niño está más presente, más sensible a su entorno inmediato. Su

mímica es particularmente expresiva.

Está despierto más tiempo si se comunica con él.

TRES MESES (12 SEMANAS)

La desaparición de los reflejos primarios, conduce una maduración cerebral de un estadio superior. Este es un periodo de mutación entre el control reflejo y el control voluntario de los músculos; el niño da la impresión de tener una agilidad motriz más reducida.

Prono: Eleva la cabeza con más facilidad, por más tiempo (varios minutos). El plano del rostro hace un ángulo de 45 a 90 grados con el plano de la cama.

La pélvis reposa plana sobre la cama.

Se sostiene sobre los antebrazos, mientras eleva la cabeza.

Supino: Movimientos de flexión y extensión de las piernas.

Reflejos: El reflejo de presión ha desaparecido. Presenta la prensión involuntaria o PRENSION AL CONTACTO, cuando se le coloca un sonajero en contacto con su mano, él la abre, la cierra y retiene el juguete por algunos segundos.

Sentado: Al sentarlo, solo moderado retardo de la cabeza.

Pronto domina la cabeza y la mueve a sacudidas, con la espalda encurvada.

- Visión:** Gira la cabeza completamente para seguir un objeto que se desplaza; combina el placer del movimiento con el de la vista.
Empieza a interesarse por su cuerpo.
SE MIRA LAS MANOS; se concentra en un objeto cercano; su mirada puede desplazarse de un objeto a otro.
- Audición:** Vuelve la cabeza hacia la fuente sonora. Localiza bien el ruido. Distingue los sonidos y la voz. Presta gran atención al lenguaje humano.
- Lenguaje:** Dá gritos de alegría según su humor.
Empieza a utilizar las consonantes; pronuncia progresivamente la K, la G, la R; después poco a poco las P y las B con más dificultades.
Es la edad del BALBUCEO, o de vocalizaciones prolongadas.
- Social:** Está mucho más abierto al mundo que le rodea. Sus llantos diurnos disminuyen o desaparecen.
Utiliza bastante el " lenguaje del cuerpo " que consiste en un movimiento global de su cuerpo.
Es la etapa de la PRIMERA SOCIALIZACION; busca las caras y aprecia mucho las compañías.
Le gustan los actos repetitivos, los que además de favorecer el conocimiento de su entorno, dan al niño un sentimiento de seguridad.

CUATRO MESES (16 SEMANAS)

Prono:

Levanta la cabeza y el tórax, situando la cabeza casi en un eje vertical (el plano de la cara está a 90 grados de la cama).

Aún descansa el peso de su cuerpo sobre sus antebrazos.

Las piernas están en extensión. Presenta movimientos de extensión y flexión de todos los miembros.

Supino:

Intenta poner los pies sobre la rodilla opuesta. La pelvis está completamente plana sobre la cama y las plantas de los pies también reposan planas sobre la cama.

Intenta girar de un costado a otro o de un costado hacia la posición dorsal.

Sentado:

Llevándolo a la posición de sentado, la cabeza sigue al resto del cuerpo. Ya sentado, el niño mantiene su cabeza erguida. La espalda y la nuca son muy sólidas.

La región lumbar es todavía débil y debe sostenerse siempre.

Reflejos:

Para la prensión se sirve de las manos más hábilmente y con más variedad.

Reflejo tónico - cervical (±); Patelar reciproco (±); de enderezamiento del cuello, 2 etapas (±).

Visión:

Su capacidad visual se aproxima a la del

adulto.

La acomodación le permite ver objetos a distancias variables y percibir perfectamente los detalles.

Su interés se mantiene más y sus periodos de observación, tienen mayor duración.

Audición:

La agudeza auditiva está bien adquirida, identifica los ruidos familiares, girando la cabeza hacia la dirección correcta.

Lenguaje:

La calidad de la voz mejora progresivamente y presenta sensibles variedades de entonación.

BALBUCEA, formas largas de melodías por medio de sonidos vocales y consonantes que asocia.

Utiliza bastante la U, después la L, seguida poco después de la T, D, Netc.

Un retardo en la aparición de las consonantes, puede presagiar una debilidad de los músculos de los labios, de la lengua y las mejillas. De aquí la necesidad de introducir alimentación más sólida desde el cuarto mes. Sin embargo no debemos olvidarnos, que el lenguaje ante todo implica un intercambio afectivo.

Social:

Respuestas anticipadas a la vista de los alimentos.

Juega con los dedos entre sí. Tira la ropa sobre la cara.

CINCO MESES (20 SEMANAS)

- Prono:** El cuerpo es sólido, puede elevar la cabeza y gran parte del tronco, apoyándose sobre los antebrazos.
- Despliega una gran actividad; extiende sus brazos y piernas e incluso puede intentar levantarlas con un movimiento de natación, apoyándose sólo en el tórax.
- Intenta pasar de la posición ventral a la dorsal.
- La cabeza la mantiene firme y dirigida hacia adelante cuando se levanta de la posición supina.
- Miembros:** Sosteniendo al niño de pie, soporta una gran parte de su peso. Hace bastantes movimientos de pedaleo.
- Prensión/Comprensión:** LA PRENSION VOLUNTARIA aparece; el niño es capaz de agarrar voluntariamente los objetos colocados delante de él; se los lleva a la boca.
- Cuando se le presenta un objeto, tiende la mano hacia él para cogerlo. Esta prensión es palmar, global, imprecisa.
- Agarra un objeto grande entre la palma y los tres últimos dedos de la mano.
- Visión:** Es correcta desde los cuatro meses.
- Sigue con la vista un sonajero caído.

Ante dos cubos, mantiene uno y mira el otro.
Lenguaje: Voltea la cabeza hacia la voz.
Respuesta vocal - social: CHILLIDOS.
Social: A través de la prensión voluntaria, obtiene una independencia manual.
Si deja caer algún objeto, se inclina para observar el lugar donde se encuentra. Pero sólo cuenta el instante, si desaparece no lo busca.
Cree que los objetos existen o no existen.
SONRÍE A LA IMAGEN DEL ESPEJO.
Acaricia el biberón al alimentarse.
Está comprobado que los trastornos del sueño comienzan con el desarrollo de ciertas actividades, como la prensión voluntaria, el gateo; actividades vividas con excitación por el niño, a las que se entrega al máximo.

SEIS MESES (24 SEMANAS)

- Prono:** El niño se eleva sobre sus manos.
Hecha su cabeza hacia atrás.
El tórax y la parte alta del abdomen, están por encima del plano de la cama. Rueda en posición prona.
- Supino:** Separa la cabeza y la espalda de la cama, intenta sentarse el solo sin conseguirlo.
ELEVA LOS PIES EN EXTENSION.
- De Pie:** Si se sostiene en esta posición, puede mantener una gran parte de su cuerpo y da pequeños saltitos " ESTADIO DEL SALTADOR ".
- Sentado:** Se mantiene sentado con un mínimo de apoyo.
Si se colocan los pulgares en sus manos, los agarra y doblando los brazos consigue sentarse.
De enderezamiento del cuello (2 Etapas) ± ;
Paracaldas (±) inicial; de pataleo recíproco (±).
- Reflejos:**
- Prensión/Comprensión:** La prensión voluntaria está bien adquirida.
Prensión cubital de los objetos (cubos), los sostiene con la base del pulgar, sobre el lado cubital de la palma de la mano y tres últimos dedos.
Puede sostener dos cubos y mirar un tercero que está sobre la mesa.
Frota la mesa con la cuchara o con el tenedor.

Lenguaje:

Es la edad del " LALED ".

Encadena las sílabas, varía su volúmen, controla mejor el caudal de sus expresiones vocales.

Etapa muy importante para el desarrollo del lenguaje.

Social:

Chupa los objetos que se lleva a la boca; el motivo suplementario a su indagación, es la aparición de los primeros dientes PUEDE COGER LOS PIES, TOCARLOS Y OBSERVARLOS; los descubre, como había descubierto sus manos y así prosigue el conocimiento de su cuerpo, elemento por elemento.

Sonríe ante las personas.

Reconoce los extraños.

SIETE MESES (28 SEMANAS)

- Prono:** Puede girar sobre sí mismo y pasar a la posición dorsal.
Puede separar una mano del suelo, para coger un objeto.
- Sentado:** Puede estar sentado unos breves momentos, sin sostén.
Inclinado hacia adelante, se apoya sobre las manos para no caer.
Su dorso es más flexible (puede inclinarse, para recoger un objeto con la mano).
- Miembros:** Si se le sostiene de pie; le gusta le hagan saltar. Salta, se agacha.
Se interesa por sus pies, los coge y se puede chupar el dedo gordo.
- Reflejos:** De paracaidas (+)
Pataleo recíproco (±)
- Prensión/Comprensión:** Tentativas de prensión en "pinza inferior" (con la base del pulgar y el meñique).
Puede guardar un cubo en su mano, sin dejarlo; cuando alguien le ofrece otro.
Puede dejar un objeto cuando lo desea, el "RELAJAMIENTO GLOBAL VOLUNTARIO".
- Lenguaje:** Perfecciona su " LALED ".
Sonidos consonantes al llorar (m, m, m).
Sonidos vocales polisilabos.

Social:

Las relaciones con la madre se intensifican.

Diferencia a la madre de las otras personas.

Puede jugar solo por algunos momentos.

Toca y acaricia su imagen ante el espejo.

OCHO MESES (32 SEMANAS)

- Prono** Puede elevar su cuerpo, sosteniéndolo únicamente con las manos y las puntas de los pies.
- Supino:** Puede elevarse hasta sentarse.
Gira muy bien sobre sí mismo en los dos sentidos (dorso - abdomen - dorso).
A partir de esta adquisición se desarrollará la facultad de gatear el próximo mes.
- Preñión/Comprensión:** Perfecciona su " PRENSION EN PINZA SUPERIOR ".
Entre el octavo y décimo mes: el dedo índice empieza a jugar un papel más preciso, se libera.
Si tiene dos cubos en las manos, y se le presenta un tercero, puede dejar uno de los dos para coger el último.
Juega a tirar los objetos (descubre que hacen los ruidos al caer).
- Lenguaje:** Utiliza diferentes patrones de inflexión; ah, uh, ah.
Emite sonidos de conversación, en respuesta a quienes le hablan.
Intenta modular sus combinaciones fónicas... y un día pronunciará monosílabos "da", "ma", "ga", "pa".

Es una etapa importante en el desarrollo del lenguaje.

Social:

Gracias a la posición de sentado sin ayuda, el niño avanza un paso más hacia su independencia.

Le gusta tirar los objetos, para oír el ruido que hacen al caer.

Está fascinado por su imagen en el espejo, la observa, le sonríe, le acaricia.

Afectivamente atraviesa la llamada " crisis de ansiedad ", situación psicológica de total dependencia de su madre; la diferencia muy bien de los demás, esto le da un carácter único e irremplazable.

NUEVE MESES (36 SEMANAS)

- Prono:** Intenta gatear, pero va hacia atrás, (los movimientos se inician sobre todo con los brazos, pronto se apoyará sobre las rodillas).
Le gusta girar sobre si mismo para desplazarse.
- Sentado:** Puede mantenerse así (sentado) más de 10 minutos.
Se inclina hacia adelante y no pierde el equilibrio, sin embargo todavía no puede inclinarse hacia los lados.
- Parado:** Se pone de pie, sosteniéndose en los muebles.
Coloca las nalgas hacia atrás, para mantener el equilibrio; se tiene en pie algunos instantes y cae.
- Prensión/Comprensión:** Puede coger objetos del tamaño de una pastilla, entre la base del pulgar y el índice.
La prensión es pinza superior, inicio de una mayor independencia manual.
Reune dos cubos y los compara.
Aprende a tender un objeto a sus padres (1era. fase, no lo entrega; 2da. fase, dá, hay un intercambio).

Hace sonar la campanilla.
Mediante una cinta, tira del aro.
Reflejos: De paracaídas (+)
De enderezamiento del cuello, 2 etapas (-)
Pataleo recíproco (±).
Lenguaje: Continúa iniciándose el pre-lenguaje.
Comienza a esbozar el lenguaje con sílabas repetidas, Ma-ma...
Obedece órdenes de meter cubos en la taza.
Presta atención por mayor tiempo cuando se le habla.
Social: La actividad del niño se hace más cautelosa con la adquisición de una prensión más fina.
Está muy atento a los movimientos de su pinza cuando ve a coger algo.

DIEZ MESES (40 SEMANAS)

- Motor grueso:** Ya puede gatear hacia adelante.
Se incorpora hacia la posición sentado.
Se pone solo en pie, apoyándose a los muebles.
Sabe levantar un pie, dá algunos pasos con sostén, con caídas frecuentes.
- Preñión/Comprensión:** Preñión en pinza superior más fina.
Toma el objeto, entre la parte distal del pulgar y el índice. Puede coger los objetos de pequeño tamaño y entregarlos uno a uno.
Dice adiós con las manos y hace palmas.
Tiene el sentido de continente y contenido.
Le gusta introducir y sacar un objeto de una caja.
Adquiere el sentido de "TERCERA DIMENSION".
Juego de encajar objetos: sabe sacar un redondo de un orificio.
Bebe sólo en taza o en vaso.
Tira de los vestidos a los demás para atraer su atención.
- Lenguaje:** Utiliza tanto monosílabos como sílabas repetidas.
Comprende el sentido general de la frase y a menudo hace el gesto para acompañar la palabra.
Comprende muy bien el tono de la frase.

Para él, una palabra puede significar muchas cosas, " PALABRA SIMBOLO " Ej. "pa" o "pa" para todos los hombres.

Social:

Repite alguna acción que causa risa a otros.

Dice adiós con la mano y se excita al despedirse.

Juega al escondido. (juegos de interacción).

ONCE MESES (44 SEMANAS)

- Motor grueso:** En el principio de los primeros pasos.
Puede andar solo, si va cogido de la mano de un adulto.
Anda sólo apoyándose en los muebles.
Gatea con más destreza: hace la MARCHA DEL OSO.
- Prensión/Comprensión:** Perfecciona " la oposición pulgar-índice ".
Le gusta señalar con el dedo los objetos.
Explora fácilmente la tercera dimensión (los orificios, las ranuras, las cavidades).
Sus manipulaciones más finas le permiten adquirir el sentido de la profundidad, de lo sólido, del continente y del contenido, de lo de al lado, de adentro, de afuera; de lo separado y lo de junto.
- Lenguaje:** Utiliza " palabras frases ".
Presenta una jerga todavía poco explícita, pero que corresponde a situaciones determinadas.
- Social:** Extiende un juguete a otra persona, sin solitario.
Agarra la imagen de la pelota en el espejo.
Intenta coger la cuchara.
Coge los alimentos con los dedos.

DOCE MESES (48 SEMANAS)

Motor grueso:

Camina con ayuda.

Puede esperarse el inicio de la marcha independiente. (entre los 12 - 15 meses).

Epuja las sillas o muebles para aprender a caminar.

Puede avanzar sobre sus nalgas, apoyándose con las manos.

Cuando está de pie, se agacha para coger un juguete.

Echa la cabeza hacia atrás para beber.

Preñión/Comprensión:

Se ejercita en el " RELAJAMIENTO FINO Y PRECISO DE LAS MANOS " (12 - 15 meses).

Le gusta tirar los objetos uno a uno.

Se ejercita en patear el balón (control de músculos extensores de miembros inferiores).

Le gusta poner objetos dentro de otros.

Le gusta ponerse gorros, cestas, etc., sobre la cabeza.

Sabe poner un círculo dentro del orificio correspondiente.

Realiza sus primeros garabatos, si se le hace una demostración.

Lenguaje:

Es la edad del " LENGUAJE SIGNIFICATIVO " (11 - 15 meses).

Utiliza dos o tres " palabras frases ".

Puede comprender el significado de varias frases empleadas por los padres y responder con un gesto o una acción.

Social:

Imita acciones, acude cuando se le llama, ayuda a vestirse.

Pone los juguetes al lado del corralito.

Empieza a mostrar patrones regulares en la eliminación de la vejiga e intestino.

DIECIOCHO MESES (1 AÑO Y 6 MESES)

- Motor grueso:** Sube la escalera, si se le da una mano.
Se sujeta de una silla grande y se sienta.
Se agacha para recoger las cosas.
Corre con las piernas separadas.
Empieza a saltar sobre los dos pies.
Puede tirar de un objeto, mientras camina.
Puede andar hacia atrás.
- Reflejos:** Landau (+)
Paracaldas (+)
Enderezamiento del cuello (+)
- Coordinación visomotora:** Hace torres de 3 a 4 cubos.
Mete 10 cubos en una taza y los deja ahí.
Vuelve 2 - 3 páginas a la vez.
Definitiva imitación del acto de dibujar.
Agarre de pinza nítido.
- Lenguajes:** Señala o nombra.
Identifica objetos señalados.
Indica sus deseos, nombrando el objeto.
Usa palabras para expresar lo que sea.
Vocabulario de 5 - 10 palabras, para nombrar objetos, personas o acciones específicas.
Usa frases de dos palabras.
- Personal/social:** Imita las tareas de los padres (por ejemplo, fregar el suelo, limpiar el polvo), juega en compañía de otros niños.

Tira la pelota cuando se le pide.

Controla esfínteres durante el día.

Indica de alguna manera que ha evacuado.

Levanta la taza y bebe bastante bien.

Mete las manos en el plato vacío.

Come solo; derrama líquidos o comida.

VEINTIUN MESES (1 AÑO y 9 MESES)

- Motor grueso:**
- Patea la pelota si se le pide.
 - Se agacha al jugar.
 - Camina hacia atrás.
 - Sube escaleras agarrado de la barandilla, sin alternar los pies.
 - Baja la escalera, si se le da una mano; no alterna los pies.
 - Reflejos de enderezamiento-Landau-Paracaldas: :(+)
- Coordinación visomotriz:**
- Construye una torre con cinco cubos.
 - Pone cubos en fila imitando un tren.
 - Coloca la pieza cuadrada en su agujero en la tabla.
 - Hace un garabato con movimiento y dirección
- Lenguaje:**
- Señala 5 partes del cuerpo de una muñeca.
 - Dice por lo menos 8 palabras, entre ellos papá, mamá.
 - Pide de beber y comer.
 - Combina 2 o 3 palabras espontáneamente.
- Social:**
- Usa bien la taza.
 - Pide comida y bebida por gestos o palabras.
 - Pide ir al baño, puede no usarlo.
 - Lleva a una persona hasta el juguete para mostrárselo.

VEINTICUATRO MESES (2 AÑOS)

Motor gruesos:

Patea la pelota sin caer.
Sube y baja la escalera sin ayuda.
Levanta objetos del piso sin caer.
Corre bien.

Coordinación visomotriz: Construye una torre de 6 cubos.

Pasa páginas una a una.
Gira la cerradura.
Alza la tapa de un recipiente.
Imita trazos verticales y horizontales.
Intenta doblar el papel en dos.
Coloca las tres piezas de madera en el tablero.

Lenguaje:

Señala cuatro imágenes.
Identifica una imagen en el espejo.
Verbaliza la acción inmediata.
Se refiere a sí mismo por su nombre.
Dice oraciones de dos o tres palabras
(con verbo y pronombres).
Responde a preguntas singulares.

Social:

Está bien dotado, es sociable, participa en la vida de la familia.
Ayuda a ordenar sus cosas.
Avisa que necesita ir al baño.
Juega con muñecas o carros apropiadamente.
Come solo correctamente.

TREINTA MESES (2 y 1/2 AÑOS)

Motor gruesos:

Intenta sostenerse sobre un pie.

Camina sobre la punta de sus pies (buen equilibrio).

Cruza los pies en imitación.

Salta en dos pies.

Coordinación visomotriz: Construye una torre de 8 cubos.

Construye un puente con 3 cubos.

Coloca 16 cubos en una caja.

Imita la V y la H al dibujar.

Habilidad de mover el pulgar independientemente de los otros dedos.

Habilidad de hacer cortes grandes con tijeras.

Acierta en colocar las 3 piezas después de haber girado el tablero.

Dobla una hoja por la mitad, para formar un libro.

Lenguajes:

Sigue 2 o 3 órdenes verbales, que no se acompañan de gestos faciales o corporales.

Inicia el razonamiento simple: por qué ?.

Frecuentemente utiliza el "NO".

Presenta una conducta negativista.

Dice su nombre completo.

Identifica 7 dibujos.

Tiene el concepto de uno.

Indica el uso del objeto.

Comprende tres preposiciones (adentro, adelante, atrás).

Emplea pronombres.

Social:

Empuja Juguetes con buena dirección.

Ayuda a guardar objetos en una caja o lugar.

Comienza a interactuar compartiendo juguetes y esperando su turno.

Distingue los alimentos de los objetos que no se comen.

Se introduce adecuadamente la cuchara en la boca.

TREINTA Y SEIS MESES (3 AÑOS)

- Motor grueso:** Equilibrio sobre un solo pie momentáneamente.
Alterna los pies al subir las escaleras.
Salta el último escalón.
Monta un triciclo usando pedales.
- Coordinación visomotriz:** Hace torre de 9 cubos.
Copia un círculo.
Imita una cruz, compara dos líneas.
- Lenguaje:** Interpreta sus dibujos.
Repite 3 dígitos (uno en tres ensayos).
Explica una acción en el libro.
Conoce unos pocos versos sencillos.
Usa plurales en la conversación.
Nombrar 8 imágenes.
Dice su sexo.
Contesta una pregunta..
Sigue dos órdenes a la vez (Ej. Recoje la pelota y la pone sobre la silla).
- Social:** Come solo, derrama poco.
Comprende el hacer turnos.
Vierte bien de un jarro.
Se pone los zapatos.
Desabrocha botones accesibles.
Comienza a interactuar compartiendo juguetes y esperando su turno.

CUARENTA Y OCHO MESES (4 AÑOS)

- Motor grueso:** Salta, patina.
 Alterna los pies al bajar escaleras.
- Coordinación visomotora:** Se abotona sólo.
 Coge un balón.
- Lenguaje:** Conoce los colores, sabe canciones o poemas de memoria.
 Hace preguntas.
- Social:** Cuenta " historias ", juega de forma cooperativa con un grupo de niños.

SESENTA MESES (5 AÑOS)

- Motor grueso:** Patina.
 Alterna los pies.
 Salta sobre obstáculos bajos.
- Coordinación visomotora:** Se anuda los zapatos.
 Sabe untar con el cuchillo.
- Lenguaje:** Escribe su nombre.
 Pregunta qué significa una palabra.
- Social:** Juegos competitivos.
 Respeta las reglas.
 Le gusta ayudar en las tareas domésticas.
- (15) (16) (17) (18) (19) (20)

JUSTIFICACION.

La estimulación temprana es un área de vital importancia, que debe manejar el Médico Familiar, ya que una adecuada evaluación del desarrollo, es el mejor paso a dar cuando se va a iniciar un programa de estimulación temprana con un niño que presenta desviación del desarrollo o corre el peligro de padecerlo. Hacer la evaluación de su desarrollo, significa, averiguar exactamente en qué etapa evolutiva se encuentra, siendo éste el punto de partida de toda la actividad a realizar posteriormente. Para ello nos valemos del conocimiento que nos proporciona la neurología evolutiva, las pruebas estandarizadas del desarrollo y de la observación del niño en su ambiente familiar, así como toda la información que nos puedan aportar los padres acerca de la evolución del niño desde su nacimiento y su situación actual. Por medio de este conocimiento se puede diagnosticar en forma oportuna retraso en el desarrollo psicomotriz del niño y así proporcionar un tratamiento oportuno y ofrecer un mejor pronóstico en el desarrollo y crecimiento del niño.

En el programa del niño sano, el Médico Familiar es la piedra angular para detectar alteraciones en las esferas del desarrollo del niño menor de 5 años, por lo que es importante contar con los conocimientos suficientes para llevar de una manera adecuada, ordenada y efectiva la evaluación del desarrollo psicomotor, lenguaje y aspecto social del niño.

Se considera que el conocimiento profundo de la normalidad es una base fundamental para el conocimiento de lo anormal por lo tanto ésta debería por necesidad, enseñarse antes de estudiar las enfermedades.

En pediatría existen diferentes formas mediante las cuales el desconocer lo normal viene a ser perjudicial para el niño, los padres y la familia. Estas formas pueden resumirse de la siguiente manera.

I.- Deficiencia en la capacidad de tranquilizar a los padres y mitigar la ansiedad: Entre las causas más comunes de ansiedad se incluye un retraso del niño en ciertas áreas del desarrollo, como el caminar, el lenguaje o el control de la vejiga; el negativismo existente entre el primero y el tercer año de vida, la disminución del apetito en el segundo semestre de vida, la posesividad de la infancia, y muchos problemas frecuentes de alimentación y conducta. Los padres no pueden estar prevenidos ni tener tranquilidad acerca de esos síntomas a menos que se reconozca y enfatice su normalidad, aunado, con frecuencia, a sugerencias del cómo hacer menos problemático estos síntomas, modificando ciertos aspectos del tratamiento del niño. Es grande el número de madres que se preocupan porque su hijo tiene una talla o un peso demasiado bajo; la ignorancia de un Médico acerca de lo normal y de las variaciones normales le impiden tranquilizar a la madre en el sentido de que el niño está sano y que no existe nada anormal en él, sino que tales características las adquirió de uno de los padres. (19).

Debe recordarse que la estimulación temprana es parte de los patrones de crianza adecuada y certero que van incorporando al niño a su medio, mediante una seguridad efectiva básica, una motivación para que aprenda y un interés en su desarrollo. Por lo tanto deben restringirse en forma alguna la iniciativa exploratoria del niño, y su curiosidad en su propia necesidad de crecer; Además, se deben estimular la demostración de sus capacidades y de los logros que adquiera en su aprendizaje.

Muchos han creído que la estimulación temprana se basa solo en la relación del niño con una serie de objetos o de juguetes que estimulan sus sentidos, afinan sus habilidades y ayudan en el desarrollo, de juegos, de cantos y de colores. Pero sin embargo es algo más que esto. Es el intercambio de experiencias que el niño establece con la presencia de esos estímulos y de las personas que las manejan, mediante una comunicación que le permite seguridad efectiva, atención adecuada, aprendizaje debido, habitación necesaria y estímulo creciente y oportuno para su mejor desarrollo.

Se dice que el niño requiere alcanzar el máximo desarrollo integral y conviene preguntar también qué encierra ese término de desarrollo integral ?. En términos muy simples se puede decir que se trata de que el niño logre lo mejor de sus capacidades mentales, emocionales, sociales y físicas. Se busca por lo tanto el desarrollo de su inteligencia, de su motricidad y de su personalidad. Es de vital importancia para este propósito la habilidad de las manos, el aprendizaje del gateo y del caminar, como las expresiones del rostro, los intentos de comunicación, los

balbucesos y las reacciones de personalidad, que el niño va adquiriendo.

Para una estimulación temprana es esencial la intervención de los padres . La madre es indispensable en los primeros meses y el padre se debe ir incorporando, lo mismo que el resto de la familia.

Por todo lo que se ha mencionado hasta el momento, queda clara la importancia que tiene la participación del Médico Familiar en el desarrollo adecuado de los infantes, al orientar y ayudar a los padres de familia para lograr el óptimo desarrollo de sus hijos, y todo lo anterior podemos brindarlo dentro del programa materno-infantil durante las consultas que se realizan para el control del niño de 0 a 5 años de edad.

OBJETIVOS

Objetivo general.

1.- Evaluar los conocimientos que tienen los médicos adscritos al Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana " en relación a la estimulación temprana y desarrollo psicomotriz del niño.

Objetivos específicos.

1.- Conocer el grado de conocimientos que tiene el médico familiar adscrito al Centro de Salud sobre crecimiento y desarrollo del infante.

2.- Valorar aptitudes y actitudes que tiene el médico familiar adscrito al Centro de Salud respecto a la estimulación temprana y desarrollo psicomotriz.

MATERIAL Y METODO

En agosto de 1993 se inició un estudio de tipo transversal, descriptivo, observacional en el que se encuestaron a 24 médicos de los cuales a 3 de ellos no se tomaron en cuenta: 2 por no entrar en los criterios de inclusión (ya que su función es predominantemente administrativa), (y otro por no desear participar en el estudio). De los 21 médicos que respondieron el cuestionario 16 lo hicieron el 20 de agosto del presente año y 5 el primero de septiembre de 1993.

El cuestionario constó de 40 preguntas divididos en 3 secciones: cognocitiva, de criterio y opinión (ver anexo) de las cuales 30 correspondieron al conocimiento de los médicos en cuanto a estimulación temprana y desarrollo psicomotriz del niño; para su evaluación se consideraron 4 rangos que son:

CALIFICACION

- Alta.
- Suficiente.
- Insuficiente.
- Bajo.

ACIERTOS

- 24-30 aciertos
- 16-23 aciertos
- 8-15 aciertos
- 0-7 aciertos

De las 10 preguntas restantes, en 5 de ellas externaban su opinión respecto a la estimulación temprana contestaron unicamente SI - NO.

En 3 se les pedía que manifestaran acerca de la estimulación temprana: si la formación de un grupo de niños en el Centro de Salud se consideraba adecuado para fomentarla; y si la orientación a las madres para que la llevaran a cabo era: muy necesaria, necesaria o innecesaria. Una de las preguntas consideraba la importancia de la necesidad que el personal médico y paramédico tiene en el conocimiento del crecimiento y desarrollo del infante, y por último la pregunta 40 cuestionaba a los médicos acerca de si sus conocimientos sobre estimulación temprana y desarrollo psicomotriz eran suficientes, insuficientes o nulos.

RESULTADOS

De los 21 médicos que se encuestaron en el presente trabajo de investigación se encontraron los siguientes resultados:

El nivel de conocimiento de ellos, en 30 de 40 preguntas sobre estimulación temprana y desarrollo psicomotriz (tabla y gráfica 1) fué el siguiente:

Qué se entiende por estimulación temprana ? (pregunta No.1).

Constituye un conjunto de acciones tendientes a proporcionar al niño las experiencias necesarias desde su nacimiento para desarrollar al máximo su potencial psicomotor (1) (2). En esta pregunta el 66% fueron acertadas, el 19% contestó equivocadamente, 9.5% contestaron de manera incompleta y 4.7% no contestó.

Qué es el crecimiento ? (pregunta No.2).

Denota cambio del tamaño, que es resultante de un aumento en el número de las células del organismo (15) (16). El 71% contestaron bien y 28.5% respondieron equivocadamente.

Qué es el desarrollo ? (pregunta No.3).

Se aplica a la maduración de los órganos y sistemas como la adquisición de habilidades y a la capacidad de adaptación a situaciones nuevas (15) (16). En esta 61.9% contestaron bien, el 28.5% respondieron mal, 4.7% no contestó y otro 4.7% tenía solo la idea.

En qué consiste el reflejo de los puntos cardinales o reflejo de búsqueda ? (pregunta No.4).

El cual consiste en estimulaciones ligeras peribucales (comisuras labiales y parte central de los labios superior e inferior), a las cuales el niño responde orientando la lengua, la boca y la cabeza en sentido del estímulo; en un movimiento activo

de rotación lateral, de extensión y de flexión de la cabeza (15) (16) (19) (20). El 61.9% respondieron de manera correcta, 33.3% contestaron incorrectamente y 4.7% de ellos únicamente tenía la idea.

En qué consiste el reflejo de Moro y a qué edad desaparece ? (pregunta No.5).

Se hace tracción del niño por los puños, de tal manera que se levanta ligeramente la cabeza del plano de la mesa de exploración, suspendiéndose en forma brusca esta tracción; el cambio repentino de posición de la cabeza en relación al tronco desencadena el reflejo: extensión con abducción de los brazos, separación de los dedos y llanto. Desaparece de 2 a 3 meses después de la vida extrauterina (15) (16) (19) (20). 61.9% estuvieron bien, 23.8% contestaron mal y 14.2% tenían la idea.

En qué consiste el reflejo de prensión (o de Grasping) ? (pregunta No.6).

La excitación de la mano del recién nacido determina una flexión de los dedos, sobre el dedo estimulador. Existe también un Grasping en los pies; menos intenso. (15) (16) (19) (20). En 76.1% la respuesta fué acertada, 14.1% respondieron incorrectamente, 4.7% no contestó y 4.7% tenía solo la idea.

En qué consiste el reflejo de la marcha automática ? (pregunta No.7).

Se obtiene al sostener de pie al niño inclinado hacia adelante y procurando que apoye la planta de los pies, el niño responde alternando flexión y extensión de los miembros inferiores (15) (19) (20). La contestación de 42.8% fué acertada, de 38% equivocada, 9.5% no contestaron y 9.5% tenían la idea.

En qué consiste el reflejo glabellar ? (pregunta No.8).

Un golpeo en la zona glabellar, produce un pestaneo breve; aparece al nacimiento; su persistencia es variable; está ausente en casos de afasia o en parálisis cerebral y acentuado en hiperexcitabilidad (15) (16). 14.2% repondieron bien, 76.1% mal y 9.3% no contestaron.

A qué edad se debe iniciar la estimulación temprana ? (pregunta No.9).

Desde el nacimiento (1). 66.6% repondieron bien y 33.3% contestaron equivocadamente.

A qué edad sonríe el niño cuando se le habla (sonrisa social), emite sonidos aislados y sigue objetos más allá de la línea media ? (pregunta No.10).

Al segundo mes (3) (15) (16). 33.3% estuvieron bien y 66.6% equivocados.

En qué mes el niño ríe cuando está contento, se molesta cuando pierde el contacto social y alcanza objetos y los lleva a la boca ? (pregunta No.11)

Al cuarto mes (3) (15) (16). 33.3% respondieron bien y 66.6% mal.

En qué mes el niño reacciona al ruido, emite sonidos guturales y con las manos flexionadas ? (pregunta No.12).

Al primer mes (3) (15). solo 4.7% contestó correctamente y 95.2% respondió de manera equivocada.

En qué mes el niño tiene sonrisa franca, trata de tocar a las personas, emite sonidos de alegría, sigue bien objetos con la vista y tiene ya equilibrio de cuello ? (pregunta No.13).

Al tercer mes (15) (16). 19% repondieron bien y 80.9% mal.

En qué mes el niño ríe y juega con el examinador, tiende los brazos, come galletas, dice monosílabos inespecíficos y transfiere objetos de mano a mano ? (pregunta No.14).

Al sexto mes (15) (16). de 38% contestaron bien y 61.9% equivocadamente.

En qué mes el niño juega, muerde y mastica los juguetes, pulgariza, intenta alcanzar objetos distales y se mantiene brevemente si se le sostienen las manos ? (pregunta No.15).

Al octavo mes (15) (16). De 42.8% la respuesta fue acertada y de 57.2% equivocada.

En qué mes el niño dice adiós con las manos, sostiene el biberón de pie y apoya el pie contra los barrotes de la cuna ? (pregunta No.16).

Al décimo mes (15) (16). 66.6% estuvieron bien y 33.3% mal.

En qué mes el niño camina bien con las manos apoyadas, junta y recoge objetos, realiza juegos simples con la pelota, dice dos palabras además de papá y mamá y lanza y da objetos ? (pregunta No.17).

A los doce meses (15) (16). 57.1% estuvieron correctos y 42.8% incorrectos.

En que mes el niño camina solo, voltea las pastillas del recipiente espontáneamente, dice de 4 a 5 palabras y comunica lo que desea por señas o vocalización ? (pregunta No.18).

Al quinceavo mes (3) (15) (16). 57.1% respondieron bien y 42.8% respondieron mal.

A los cuantos años el niño pedalea el triciclo, corretea, sube y baja escaleras de una en una, abre puertas, hace una torre de 6 a 8 cubos; ayuda a desvestirse y controla esfínteres durante

el día ? (pregunta No.19).

A los 2 años (3) (15) (16). 71.4% contestaron bien y 28.6% mal.

A qué edad se para el niño un segundo con un pie, copia un círculo, usa plurales e inicia control de esfínteres hasta llegar a ser total ? (pregunta No.20).

A los 2 años y medio (3) (15) (16). La respuesta de 66.6% fue correcta y 33.3% incorrecta.

A los cuántos años el niño baja escaleras con alternancia de los pies, dibuja una cruz sin demostración previa, dibuja 3 partes humanas y juega en grupos ? (pregunta No.21).

A los 4 años (3) (15) (16). 33.3% respondieron bien y 66.6% mal.

A los cuántos años el niño se sostiene en un pie diez segundos, marcha atrás en pasos completos, copia un cuadro, un triángulo y define seis palabras ? (pregunta No.22).

A los 4 años y medio (3) (15) (16). 22.8% contestaron bien y 76.1% equivocadamente.

A los cuántos años salta de un pie a otro, dibuja hombres de seis partes, compone varias palabras y juega en grupos imaginarios ? (pregunta No.23).

A los 5 años (3) (15) (16). 19% respondieron correctamente y 80.9% incorrectamente.

Cuál es el peso promedio del niño mexicano al nacer ? (pregunta No.24).

De 2500-3500 gramos (20). 66.6% respondieron bien y 33.3% equivocadamente.

Cuántos gramos aumenta el niño en el primer cuatrimestre? (pregunta No.25).

750 gramos (20). 66.6% estuvieron bien y 33.3% equivocados.

Cuántos gramos aumenta el niño en el segundo cuatrimestre ?
(pregunta No.26).

500 gramos (20). 66.6% contestaron bien y 33.3% mal.

Cuántos gramos aumenta el niño en el tercer cuatrimestre ?
(pregunta No.27).

250 gramos (20). 61.9% respondieron bien y 38% equivocadamente.

Cuál es el perímetro cefálico en el niño al nacimiento ?
(pregunta No.28).

De 34 a 36 centímetros = + - 1 (20). 33.3% fue correcta y 66.6% incorrecta.

Qué signos valora el método de Silverman-Anderson ? (pregunta No.29).

a) Disociación tóraco-abdominal, b) Tiros intercostales,
c) Retracción xifoidea, d) Aleteo nasal y e) Quejidos
expiratorios (15) (20). 33.3% estuvieron bien, 42.8% estuvieron
mal y 23.8% no contestaron.

Qué signos valora el método de Apgar ? (pregunta No.30).

a) Frecuencia cardíaca, b) Esfuerzo respiratorio, c) Tono
muscular, d) Irritabilidad refleja y c) Coloración de la piel
(16) (20). 57.1% respondieron bien, 19% mal y 23.8% tenía la
idea.

Evaluación general de todas las preguntas se puede resumir en que once médicos alcanzaron un rango de INSUFICIENTES con un porcentaje de 52.38%. En 10 se encontró un rango de suficientes con un porcentaje de 47.61%; y ninguno de los médicos mostró un rango en su nivel de conocimiento alto o bajo.

En relación al cuestionamiento que se les hizo sobre si la estimulación temprana debe realizarse exclusivamente en niño con

retraso psicomotriz, se encontró una frecuencia de 20. Que contestaron afirmativamente con porcentaje de 95.23%; y solo uno respondió de forma negativa un porcentaje de 4.76% (Tabla y gráfica 2).

En cuanto a si la estimulación temprana se debe realizar en el primer nivel de atención, la respuesta afirmativa fue unánime con una frecuencia de 21 y un porcentaje de 100% (Tabla y gráfica 2).

Respecto a si para llevarse a cabo un programa de estimulación temprana, es necesario un entrenamiento especializado la frecuencia de los que estuvieron de acuerdo fue de 16 con porcentaje de 76.19%. La frecuencia de los que no estuvieron de acuerdo fue de 5 y el porcentaje de 23.08%. (Tabla y gráfica 2).

La frecuencia de poder llevar a cabo un programa de estimulación temprana en el área de trabajo fue de 20 que respondieron de manera afirmativa con porcentaje de 95.23%, y solo 1 contestó de forma negativa arrojando un 4.76% de porcentaje. (Tabla y gráfica 2).

Cuando se les formuló a los encuestados si consideraban que el costo de un programa de estimulación temprana es elevada la frecuencia encontrada resultó determinante, ya que los 21 respondieron negativamente, alcanzando un porcentaje de 100%. (Tabla y gráfica 2).

La opinión de los médicos referente a la necesidad de la estimulación temprana determinó una frecuencia de 16 que contestaron que era muy necesaria con porcentaje de 76.19%, y la frecuencia de los que contestaron ser solo necesaria fue de 5 dando 23.80% de porcentaje. (Tabla y gráfica 3).

La respuesta de los médicos acerca de la formación de un grupo de niños para recibir estimulación temprana en el Centro de Salud, fué de 10 que contestaron era muy necesaria y 47.7% de porcentaje. La frecuencia de los que contestaron que solo es necesaria es de 11 dando un porcentaje de 52.38%. (Tabla y gráfica 4).

Cuando se les formuló a los médicos la posibilidad de orientar a las madres para que estimulen tempranamente a sus hijos se observó la siguiente frecuencia y porcentaje; 18 respondieron que era muy necesaria con 85.71% de porcentaje, y 3 que lo consideraban necesaria con 9.52% de porcentaje. (Tabla y gráfica 5).

Lo que opinan los médicos sobre la necesidad de que, el personal médico y paramédico conozca el desarrollo psicomotriz y estimulación temprana del niño; proporcionó una frecuencia de 19 que estuvieron de acuerdo con un porcentaje de 90.47% y solo 2 consideraron era necesaria con 9.52% de porcentaje. (Tabla y gráfica 6).

La frecuencia de los médicos en relación a su autoevaluación acerca de sus conocimientos de estimulación temprana y desarrollo psicomotriz del niño fué la siguiente: 6 respondieron que sus conocimientos eran SUFICIENTES. Porcentaje 28.57%, 14 los calificaron como INSUFICIENTES. Porcentaje 66.66% y solo 1 consideró que sus conocimientos eran NULOS. Porcentaje 4.76%. (Tabla y gráfica 7).

DISCUSION Y CONCLUSION

En base a la información y resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación, podemos concluir que, a pesar de la importancia que tiene la estimulación temprana y desarrollo psicomotriz del niño, ello sin embargo no se lleva a cabo de manera oportuna y adecuada; quizá debido por un lado a la ignorancia o apatía de la mayoría de los padres de familia en su manejo, o bien que desafortunadamente muchos de los médicos no tienen la experiencia suficiente, en el manejo de la estimulación temprana y desarrollo psicomotriz. Por lo que en muchos de los casos se da como resultado que no sepan orientar a los padres de familia en relación a la estimulación temprana y desarrollo psicomotriz y pienso, que no es por ignorancia sino más bien por falta de motivación y también de un mejor y mayor adiestramiento al respecto.

Otro aspecto que considero oportuno de hacer mención por los resultados obtenidos en esta investigación, es el que tal vez el Sector Salud no ha tenido a bien el crear un subprograma del control de niño sano por medio del cual los médicos desde sus etapas de formación implementen la creación de grupos de niños de 0-6 años para llevar estrategias adecuadas a su edad y sexo logrando así un mejor desarrollo en su estimulación temprana y funciones psicomotoras todo esto determinado en base a las necesidades y posibilidades de cada institución.

Por todo lo anteriormente expuesto, y motivado por las experiencias vividas en mi residencia como médico familiar; propongo la creación de talleres de orientación y adiestramiento en estimulación temprana y desarrollo psicomotriz tanto para padres de familia como para el personal médico y paramédico del Sector Salud, los cuales serían capacitados y después asesorados por un equipo de médicos y técnicos especializados de las diversas instituciones, por lo cual se proporcionaría de esta manera una mejor y mayor atención médica integral y especializada a nuestra población en general.

TABLA No. 1

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS MEDICOS, SOBRE ESTIMULACION TEMPRANA Y DESARROLLO PSICOMOTRIZ.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTO	0	0 %
SUFICIENTE	10	47.61 %
INSUFICIENTE	11	52.38 %
BAJO	0	0 %
TOTAL	21	100.00 %

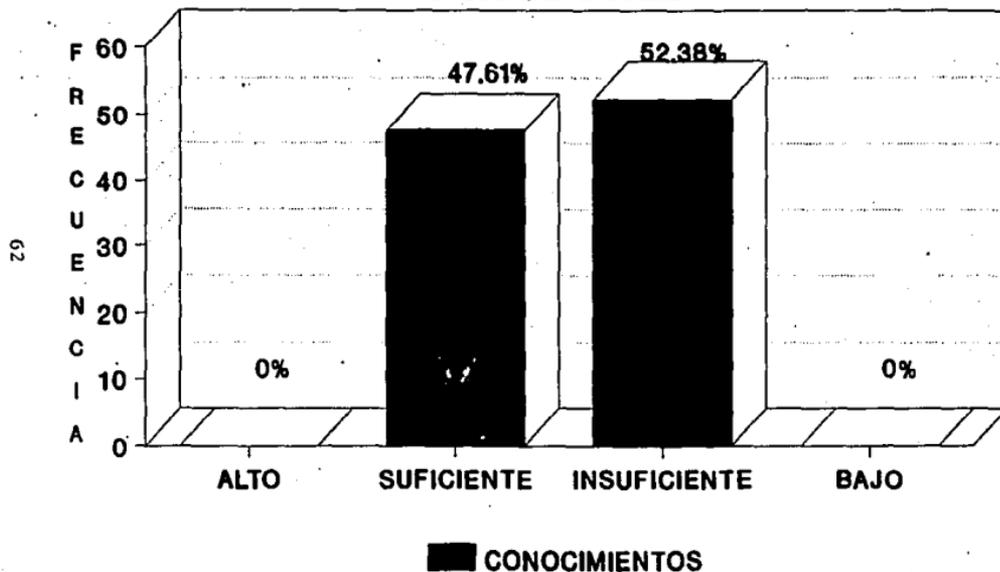
FUENTE: CUESTIONARIO REALIZADO A LOS MEDICOS ADSCRITOS AL

CENTRO DE SALUD " Dr. JOSE CASTRO VILLAGRANA "

AGOSTO 1993

GRAFICA No. 1

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS MEDICOS, SOBRE ESTIMULACION TEMPRANA Y DESARROLLO PSICOMOTRIZ



FUENTE: TABLA No. 1

TABLA No.2

RESPUESTA DE LOS MEDICOS SOBRE ASPETOS GENERALES DE LA ESTIMULACION TEMPRANA.

A.- LA ESTIMULACION TEMPRANA SE DEBE REALIZAR EXCLUSIVAMENTE EN NIÑOS CON RETRASO PSICOMOTRIZ ?

SI	1	4.76 %
NO	20	95.23 %
	21	100.00 %

B.- LA ESTIMULACION TEMPRANA SE DEBE REALIZAR EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION ?

SI	21	100.00 %
NO	0	0 %
	21	100.00 %

C.- PARA LLEVAR A CABO UN PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA ES NECESARIO UN ADIESTRAMIENTO ESPECIALIZADO ?

SI	16	76.19 %
NO	5	23.08 %
	21	100.00 %

D.- PODRIA LLEVAR A CABO UN PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA EN SU AREA DE TRABAJO ?

SI	20	95.23 %
NO	1	4.76 %
	21	100.00 %

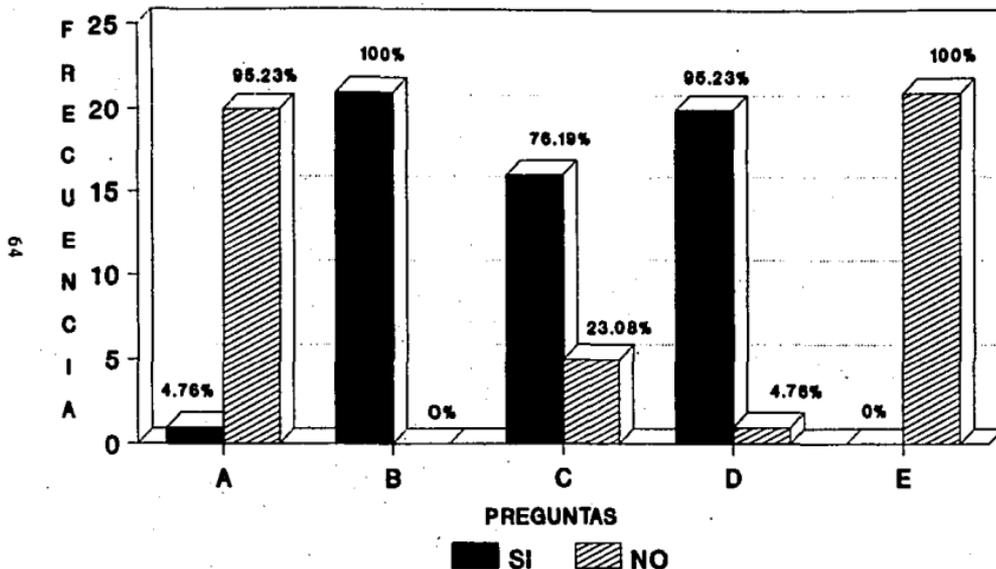
E.- CONSIDERA QUE EL COSTO DE UN PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA ES ELEVADO ?

SI	0	0 %
NO	21	100.00 %
	21	100.00 %

FUENTE: CUESTIONARIO REALIZADO A LOS MEDICOS ADSCRITOS AL CENTRO DE SALUD " Dr. JOSE CASTRO VILLAGRANA " AGOSTO 1993

GRAFICA No. 2

RESPUESTA DE LOS MEDICOS SOBRE ASPECTOS GENERALES DE LA ESTIMULACION TEMPRANA



FUENTE: TABLA No. 2

TABLA No.3

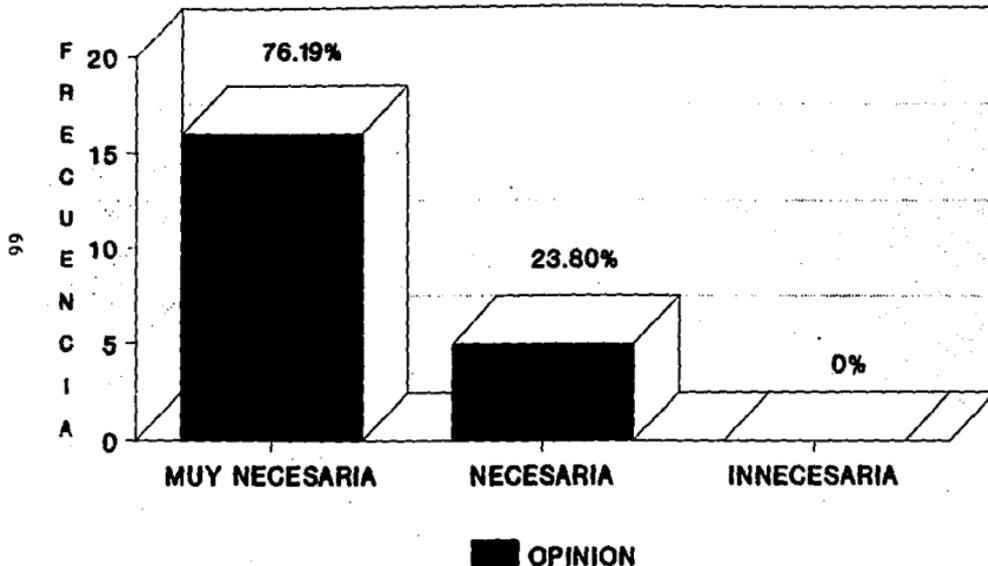
OPINION DE LOS MEDICOS ENTREVISTADOS SOBRE LA NECESIDAD DE LA ESTIMULACION TEMPRANA.

OPINION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUY NECESARIA	16	76.19 %
NECESARIA	5	23.80 %
INNECESARIA	0	0 %
TOTAL	21	100.00 %

FUENTE: CUESTIONARIO REALIZADO A LOS MEDICOS ADSCRITOS AL CENTRO DE SALUD " Dr. JOSE CASTRO VILLAGRANA " AGOSTO 1993

GRAFICA No. 3

OPINION DE LOS MEDICOS ENTREVISTADOS, SOBRE LA NECESIDAD DE LA ESTIMULACION TEMPRANA



FUENTE: TABLA No.3

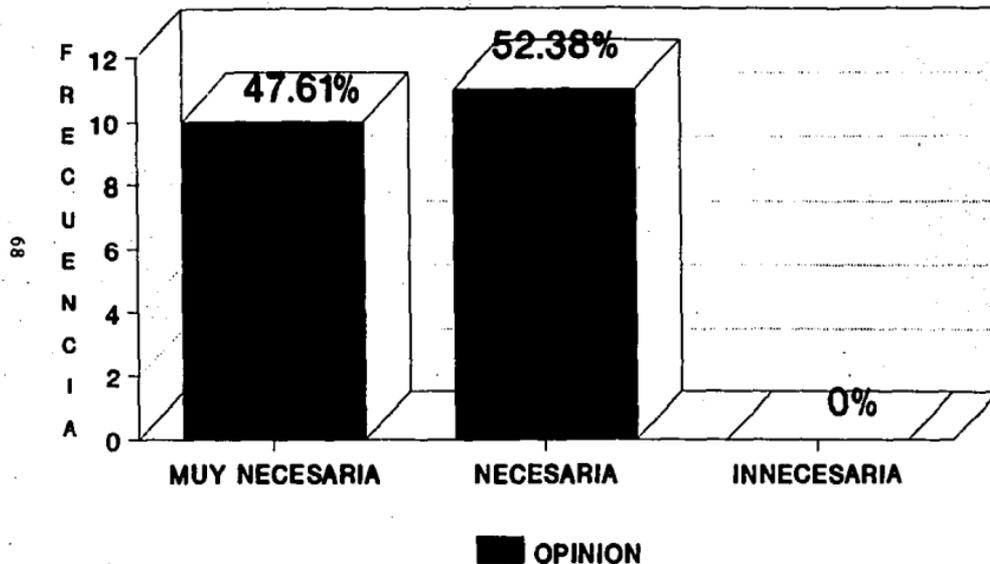
TABLA No.4

OPINION DE LOS MEDICOS SOBRE LA FORMACION DE UN GRUPO DE NIÑOS
 PARA RECIBIR ESTIMULACION TEMPRANA EN EL CENTRO DE SALUD.

OPINION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUY NECESARIA	10	47.61 %
NECESARIA	11	52.38 %
INNECESARIA	0	0 %
TOTAL	21	100.00 %

FUENTE: CUESTIONARIO REALIZADO A LOS MEDICOS ADSCRITOS AL
 CENTRO DE SALUD " Dr. JOSE CASTRO VILLAGRANA "
 AGOSTO 1993

GRAFICA No. 4
OPINION DE LOS MEDICOS SOBRE LA
FORMACION DE UN GRUPO DE NIÑOS PARA
RECIBIR ESTIMULACION TEMPRANA EN EL C.S.



FUENTE: TABLA No. 4

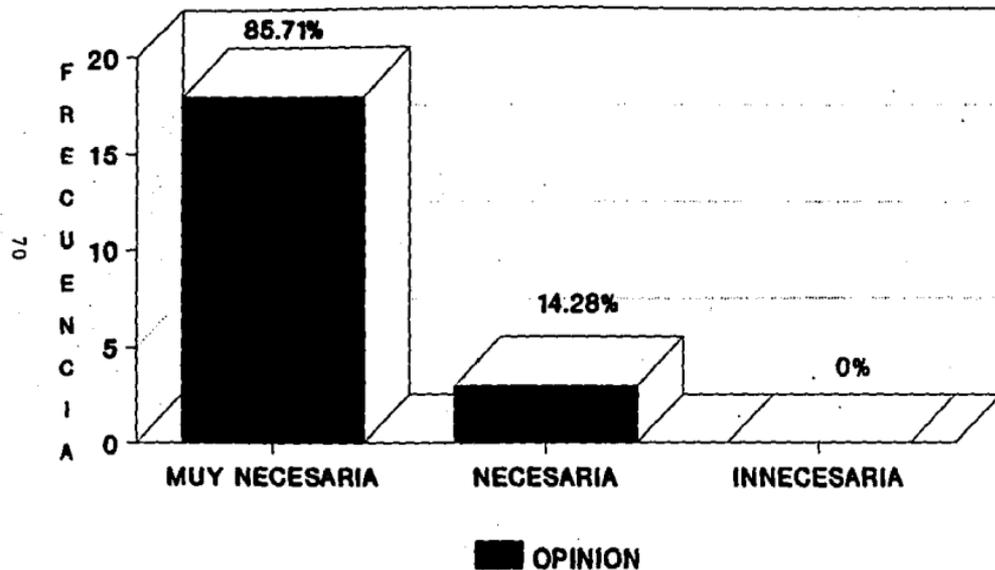
TABLA No.5

OPINION DE LOS MEDICOS RESPECTO DE ORIENTAR A LAS MADRES PARA QUE ESTIMULEN A SUS HIJOS.

OPINION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUY NECESARIA	18	85.71 %
NECESARIA	3	14.28 %
INNECESARIA	0	0 %
TOTAL	21	100.00 %

FUENTE: CUESTIONARIO REALIZADO A LOS MEDICOS ADSCRITOS AL CENTRO DE SALUD " Dr. JOSE CASTRO VILLAGRANA " AGOSTO 1993

GRAFICA No. 5
OPINION DE LOS MEDICOS RESPECTO DE
ORIENTAR A LAS MADRES PARA QUE
ESTIMULEN A SUS HIJOS



FUENTE: TABLA No. 5

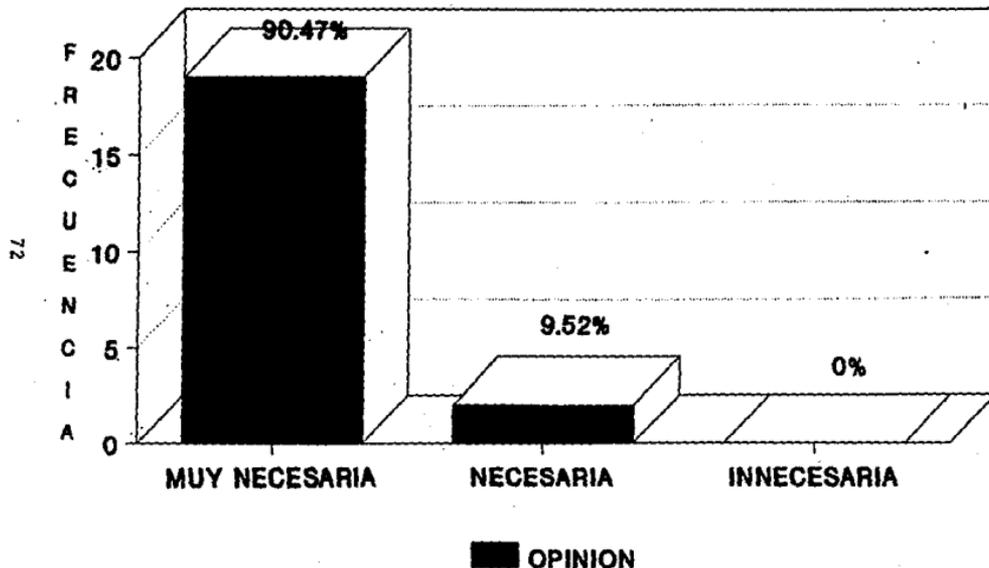
TABLA No.6

OPINION DE LOS MEDICOS SOBRE LA NECESIDAD DE QUE EL PERSONAL MEDICO Y PARAMEDICO CONOZCA EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ Y ESTIMULACION TEMPRANA DEL NIÑO.

OPINION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUY NECESARIA	19	90.47 %
NECESARIA	2	9.52 %
INNECESARIA	0	0 %
TOTAL	21	100.00 %

FUENTE: CUESTIONARIO REALIZADO A LOS MEDICOS ADSCRITOS AL CENTRO DE SALUD " Dr. JOSE CASTRO VILLAGRANA " AGOSTO 1993

GRAFICA No. 6
OPINION DE LA NECESIDAD DE QUE EL
PERSONAL MEDICO Y PARAMEDICO CONOZCA
EL D.P.M Y ESTIMULACION TEMPRANA DEL NIÑO



FUENTE: TABLA No. 6

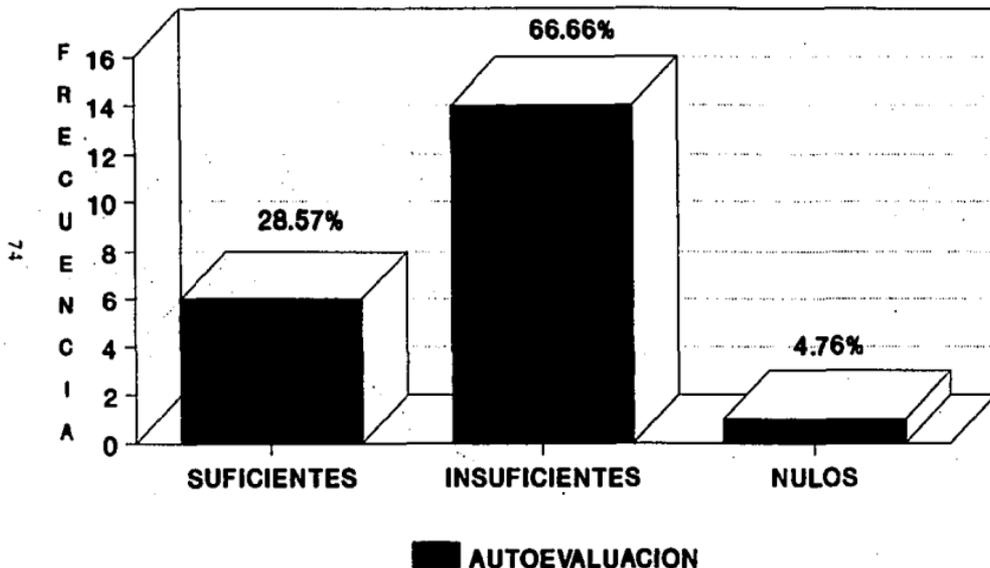
TABLA No.7

AUTOEVALUACION DE LOS MEDICOS, ACERCA DE SUS CONOCIMIENTOS
SOBRE ESTIMULACION TEMPRANA Y DESARROLLO PSICOMOTRIZ.

AUTOEVALUACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SUFICIENTES	6	28.57 %
INSUFICIENTES	14	66.66 %
NULOS	1	4.76 %
TOTAL	21	100.00 %

FUENTE: CUESTIONARIO REALIZADO A LOS MEDICOS ADSCRITOS AL
CENTRO DE SALUD " Dr. JOSE CASTRO VILLAGRANA "
AGOSTO 1993

GRAFICA No. 7
AUTOEVALUACION DE LOS MEDICOS, ACERCA
DE SUS CONOCIMIENTOS SOBRE ESTIMULACION
TEMPRANA Y DESARROLLO PSICOMOTRIZ.



FUENTE: TABLA No. 7

A N E X O 1

CENTRO DE SALUD
" DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA "
S. S. U. N. A. M.

EL PRESENTE CUESTIONARIO PRETENDE IDENTIFICAR ALGUNOS ASPECTOS, RELACIONADOS CON EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ Y LA ESTIMULACION TEMPRANA EN LOS NIÑOS DE NUESTRO MEDIO. FORMA PARTE DE UNA INVESTIGACION QUE PROPORCIONARA, ELEMENTOS DE UTILIDAD PARA LA POSIBLE APLICACION, DE UN PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA EN EL CENTRO DE SALUD.

EL CUESTIONARIO ES CONFIDENCIAL Y SE USARA TOTALMENTE PARA LOS FINES SEÑALADOS, POR LO QUE AGRADECEMOS DE ANTEMANO SU COLABORACION. LE ROGAMOS QUE SUS RESPUESTAS SEAN LO MAS CORTAS Y CLARAS POSIBLES.

RESPONSABLE DE LA INVESTIGACION:

DR. HERMILO ABRAHAM GARCIA MARTINEZ

ASESOR DE LA INVESTIGACION:

DR. EFREN RAUL PONCE ROSAS

1.- QUE ENTIENDE POR ESTIMULACION TEMPRANA ?

2.- QUE ES EL CRECIMIENTO ?

3.- QUE ES EL DESARROLLO ?

4.- EN QUE CONSISTE EL REFLEJO DE LOS PUNTOS CARDINALES (O REFLEJO DE BUSQUEDA) ?

5.- EN QUE CONSISTE EL REFLEJO DE MORO Y A QUE EDAD DESAPARECE ?

6.- EN QUE CONSISTE EL REFLEJO DE PRENSION (O DE GRASPING) ?

7.- EN QUE CONSISTE EL REFLEJO DE LA MARCHA AUTOMATICA ?

8.- EN QUE CONSISTE EL REFLEJO GLABELAR ?

- 9.- A QUE EDAD SE DEBE INICIAR LA ESTIMULACION TEMPRANA ?
-
- 10.- A QUE EDAD SONRIE EL NIÑO CUANDO SE LE HABLA (SONRISA SOCIAL), EMITE SONIDOS AISLADOS Y SIGUE OBJETOS MAS ALLA DE LA LINEA MEDIA ?
-
- 11.- EN QUE MES EL NIÑO RIE CUANDO ESTA CONTENTO, SE MOLESTA CUANDO PIERDE EL CONTACTO SOCIAL Y ALCANZA OBJETOS Y LOS LLEVA A LA BOCA ?
-
- 12.- EN QUE MES EL NIÑO REACCIONA AL RUIDO, EMITE SONIDOS GUTURALES Y CON LAS MANOS FLEXIONADAS ?
-
- 13.- EN QUE MES EL NIÑO TIENE SONRISA FRANCA, TRATA DE TOCAR A LAS PERSONAS, EMITE SONIDOS DE ALEGRIA, SIGUE BIEN OBJETOS CON LA VISTA Y TIENE YA EQUILIBRIO DEL CUELLO ?
-
- 14.- EN QUE MES EL NIÑO RIE Y JUEGA CON EL EXAMINADOR, TIENE LOS BRAZOS, COME GALLETAS, DICE MONOSILABOS INESPECIFICOS Y TRANSFIERE OBJETOS DE MANO A MANO ?
-
- 15.- EN QUE MES EL NIÑO JUEGA, MUERDE Y MASTICA LOS JUGUETES, PULGARIZA, INTENTA ALCANZAR OBJETOS DISTALES Y SE MANTIENE DE PIE BREVEMENTE SI SE LE SOSTIENEN LAS MANOS ?
-
- 16.- EN QUE MES EL NIÑO DICE ADIOS CON LAS MANOS, SOSTIENE EL BIBEON DE PIE Y APOYA EL PIE CONTRA LOS BARROTES DE LA CUNA ?
-
- 17.- EN QUE MES EL NIÑO CAMINA BIEN CON UNA MANO APOYADA, JUNTA Y RECOGE OBJETOS, REALIZA JUEGOS SIMPLES CON LA PELOTA, DICE DOS PALABRAS ADEMAS DE PAPA Y MAMA Y LANZA Y DA OBJETOS ?
-

18.- EN QUE MES EL NIÑO CAMINA SOLO, VOLTEA LAS PASTILLAS DEL RECIPIENTE ESPONTANEAMENTE, DICE DE CUATRO A CINCO PALABRAS Y COMUNICA LO QUE DESEA POR SEÑAS O VOCALIZACION ?

19.- A LOS CUANTOS AÑOS EL NIÑO PEDALEA EL TRICICLO, CORRETEA, SUBE Y BAJA ESCALERAS DE UNA EN UNA, ABRE PUERTAS, HACE UNA TORRE DE SEIS A OCHO CUBOS, AYUDA A DESVESTIRSE Y CONTROLA ESFINTERES DURANTE EL DÍA ?

20.- A QUE EDAD EL NIÑO SE PARA UN SEGUNDO EN UN PIE, COPIA UN CIRCULO, USA PLURALES E INICIA CONTROL DE ESFINTERES HASTA LLEGAR A SER TOTAL ?

21.- A LOS CUANTOS AÑOS EL NIÑO BAJA ESCALERAS CON ALTERNANCIA DE LOS PIES, DIBUJA UNA CRUZ SIN DEMOSTRACION PREVIA, DIBUJA TRES PARTES HUMANAS Y JUEGA EN GRUPOS ?

22.- A LOS CUANTOS AÑOS EL NIÑO SE SOSTIENE EN UN PIE DIEZ SEGUNDOS, MARCHA ATRAS EN PASOS COMPLETOS, COPIA UN CUADRADO, UN TRIANGULO Y DEFINE SEIS PALABRAS ?

23.- A LOS CUANTOS AÑOS EL NIÑO SALTA DE UN PIE A OTRO, DIBUJA HOMBRES DE SEIS PARTES, COMPONE VARIAS PALABRAS Y JUEGA EN GRUPOS IMAGINARIOS ?

24.- CUAL ES EL PESO PROMEDIO DEL NIÑO MEXICANO AL NACER ?

25.- CUANTOS GRAMOS AUMENTA EL NIÑO EN EL PRIMER CUATRIMESTRE ?

26.- CUANTOS GRAMOS AUMENTA EL NIÑO EN EL SEGUNDO CUATRIMESTRE ?

27.- CUANTOS GRAMOS AUMENTA EL NIÑO EN EL TERCER CUATRIMESTRE ?

28.- CUAL ES EL PERIMETRO CEFALICO EN EL NIÑO AL NACIMIENTO ?

29.- QUE SIGNOS VALORA EL METODO DE SILVERMAN - ANDERSON ?

30.- QUE SIGNOS VALORA EL METODO DE APGAR ?

CODIGO:

1=SI

2=NO

- 31.- CONSIDERA USTED QUE LA ESTIMULACION TEMPRANA SE DEBE REALIZAR EXCLUSIVAMENTE EN NIROS CON RETRASO PSICOMOTRIZ ?.....()**
- 32.- CONSIDERA USTED QUE LA ESTIMULACION TEMPRANA SE DEBE REALIZAR EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION ?.....()**
- 33.- CONSIDERA USTED QUE PARA LLEVAR A CABO UN PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA ES NECESARIO UN ADIESTRAMIENTO ESPECIALIZADO ?.....()**
- 34.- CONSIDERA QUE USTED PODRIA LLEVAR A CABO UN PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA EN SU AREA DE TRABAJO ?.....()**
- 35.- CONSIDERA USTED QUE EL COSTO DE UN PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA ES ELEVADO ?.....()**

MUY
NECESARIA NECESARIA INNECESARIA

36.- DIRIA USTED QUE LA ESTIMULACION TEMPRANA ES ?.....() () ()

37.- CONSIDERA USTED QUE LA FORMACION DE UN GRUPO DE NIROS PARA ESTIMULACION TEMPRANA EN ESTE CENTRO DE SALUD ES ?.....() () ()

38.- CREE USTED QUE LA ORIENTACION A LAS MADRES PARA QUE ESTIMULEN A SUS NIROS ES ?.....() () ()

39.- CONSIDERA USTED QUE DENTRO DE LA FORMACION DEL PERSONAL MEDICO Y AREA PARAMEDICA CONOCER EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIRO ES ?.....() () ()

SUFICIENTES INSUFICIENTES NULOS

40.- CONSIDERA USTED QUE SUS CONOCIMIENTOS SOBRE ESTIMULACION TEMPRANA Y DESARROLLO PSICOMOTRIZ SON ?.....() () ()

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Cabrera M. C. y Sánchez Palacios C.: La estimulación precoz: un enfoque práctico, Editorial Pablo del Rio, 1980.
- 2.- Pérez Moreno J. C.: Programa de estimulación temprana en recién nacidos preterminos en la unidad de cuidados intensivos neonatales, Hospital Infantil de México " Federico Gómez ". Trabajo de investigación para obtener el título de especialista en: medicina física y rehabilitación, México D.F. 1993.
- 3.- Maida Claros R. F.: La estimulación temprana: un método para el mejoramiento del desarrollo psicomotor en los primeros años de la vida, Hospital Infantil Privado, Tesis y trabajo de investigación clínica para obtener el título en pediatría médica. México D. F. 1984.
- 4.- Schwart M. Godean P.: Desarrollo y plasticidad de la corteza cerebral de primates, Clínicas de perinatología, 1990: 17 (1) 83-101.
- 5.- Naranjo C.: Marco conceptual de la estimulación temprana, Documento de la UNICEF, 1980.
- 6.- Prechtl.: Examen neurológico del recién nacido de término, Editorial Panamericana, 1985.
- 7.- Cruig T. Ramey, Donna M. Bryant, Tanve M. Suárez.: Intervención temprana. Porque, para quién, cómo y a que costo ? Clínicas perinatológicas Vol. 1. 1990. Pág. 47-55.
- 8.- Naranjo C.: Intento de recopilación sobre investigaciones y estudios relacionados con el desarrollo infantil. Programa estimulación temprana precoz para Centroamérica y Panamá. UNICEF 1979.

- 9.- Kaplan M.: Plasticity after brain lesions: Contemporary concepts. Arch phys med Rehabil. 1988; November 69: 984 -991.
- 10.- Hess G.: La estimulación temprana en el niño discapacitado, Editorial Panamericana. 1989.
- 11.- Molina D. Castellat M.: La entidad psicomotriz abordaje de un estudio y su educación. Editorial Losada S. A. Buenos Aires 1984.
- 12.- Tomado de.: Diagnóstico médico, documento mecanografiado del Centro de Rehabilitación Zapata, Area de Investigación. 1990.
- 13.- Ramírez González E. A.: Posición prona y factores de riesgo perinatal: detención de retraso en el desarrollo motor en una población abierta de lactantes. Centro de Salud " Dr. José Castro Villagrana " C.E.A.P.S. Tesis para obtener el título de especialista en medicina familiar, México, D. F. 1991.
- 14.- Sánchez Arreola B. M.: Formas más frecuentes de estimulación sensorial y motora, proporcionadas por la madre a niños sanos de la consulta externa en el Centro de Salud " Dr. José Castro Villagrana " C.E.A.P.S. Tesis para obtener el título de especialista en medicina general familiar, México, D. F. 1993.
- 15.- Nelson Vaughan McKay.: Crecimiento y desarrollo, Vol. 1. décima edición, Interamericana, 1992.
- 16.- Kaape, Silver, O'brien.: Crecimiento y desarrollo, 7a. edición. Manual moderno, 1992.
- 17.- Naranjo C.: Mi niño de 0 - 6 años; UNICEF - Procep.Piedra - Santa. 3a. edición. 1988.

- 18.- Curriculum de estimulación precoz, UNICEF - Procef. 3a. edición. 1988.
- 19.- Illingworth Ronald S.: El niño normal. Editorial Manual moderno, 3a. edición, México 1992.
- 20.- Picaso Michel E.: Introducción a la pediatría, Editorial Méndez Oteo, primera reimpresión, México, D. F. 1987.