

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
I.- MARCO TEÓRICO.....	5
1.1 Conceptos.....	5
1.1.1 Contexto.....	5
1.1.2 Información.....	5
1.1.3 Contexto de información.....	5
1.2. Antecedentes históricos de la estimulación temprana.....	5
1.2.1. Factores que anteceden a la estimulación temprana.....	7
1.2.2. Antecedentes históricos en México de la estimulación temprana.....	8
1.3. Estimulación temprana.....	10
1.3.1. Las tres Rs de la estimulación temprana.....	11
1.3.2. Bases Neurofisiológicas.....	12
1.3.3. Importancia y beneficios de la estimulación temprana.....	13
1.3.4. A quien va dirigida la estimulación temprana.....	15
1.3.5. Cuando empezar la estimulación temprana.....	16
1.4. Desarrollo infantil.....	16
1.4.1. Transtorno en el desarrollo.....	17
1.5. Factores de riesgo neurológico.....	17
1.5.1. Causas del riesgo neurológico.....	18
1.6. Terapia ocupacional en el desarrollo del niño.....	23
1.7. Terapia Ocupacional en estimulación temprana.....	25
1.8. Aspectos en los que hay que trabajar para prevenir mayores alteraciones.....	25
II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	27
III.- JUSTIFICACIONES.....	28
III.1. Institucional.....	28
III.2. Profesional.....	28
III.3. Académica.....	28
III.4. Social.....	28
III.5. Científica.....	29
IV. HIPÓTESIS.....	30
IV.1. Elementos de la hipótesis.....	30

IV.1.1.Unidad de análisis.....	30
IV.1.2. Variables.....	30
IV.1.2.1.Variable independiente.....	30
IV.1.2.2.Variable dependiente.....	30
IV.1.2.3.Relacion entre variables.....	30
IV.1.3.Dimensión espacial.....	30
V.- OBJETIVOS.....	31
V.1.Objetivo general.....	31
V.2.Objetivos específicos.....	31
VI.- MÉTODO.....	32
VI.1.Diseño de estudio.....	32
VI.2.Operacionalización de las variables.....	33
VI.3.Universo de trabajo y muestra.....	35
VI.3.1.Criterios de inclusión.....	35
VI.3.2.Criterio de exclusión.....	35
VI.4.Instrumento de investigación.....	35
VI.4.1. Descripción.....	35
VI.4.2.Validación.....	36
VI.4.3.Aplicación.....	36
VI.5.Desarrollo del proyecto.....	36
VI.5.1.Material.....	36
VI.6.Limite de tiempo y espacio.....	37
VI.7.Diseño de análisis.....	37
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS.....	38
VIII.ORGANIZACIÓN.....	39
IX. RESULTADOS.....	40
X. GRAFICOS.....	43
XI. CONCLUSIONES.....	49
XII. SUGERENCIAS.....	50
XIII. BIBLIOGRAFÍA.....	51
XIV. ANEXOS.....	54

RESUMEN

El objetivo principal de la presente investigación fue determinar el contexto de información sobre estimulación temprana, que tienen los padres de niños de 0 a 2 años de edad, con alto riesgo neurológico, en el Centro de Rehabilitación Infantil de la Secretaría de la Defensa Nacional en el cual se aplicó un cuestionario realizándose así una investigación observacional de tipo encuesta, transversal, descriptivo y prospectivo. El universo de trabajo lo constituyeron 30 madres de niños que acudieron al área de estimulación temprana, el método que se utilizó fue la aplicación de un cuestionario de 25 reactivos que englobó conocimiento de riesgo neurológico y factores de riesgo, así como también Estimulación Temprana, y sus beneficios. Después de la recopilación y procesamiento de los datos se elaboraron gráficas y se describieron los resultados.

Los resultados con mayor valor son los de las gráficas 1 a la 4 ya que describen la edad de las madres dando como resultado que la mayoría de ellas son jóvenes de entre 18 a 25 años, por lo cual nos lleva a comprobar que ellas cuentan con estudios de nivel medio superior y por lo tanto tienen conocimiento de lo que es riesgo neurológico y estimulación temprana, ya que tienen mejor acceso a internet y probablemente más inquietudes sobre el desarrollo de sus hijos, mismas que son aclaradas por el personal de salud, aunque un pequeño grupo de madres encuestadas desconocen esta información se sugiere trabajar con ellas, implementando pláticas educativas sobre el tema, capacitación constante de los terapeutas y fomentar la prevención de algún retraso en su desarrollo.

ABSTRACT

The main objective of this research was to determine the context of information on early learning, with parents of children 0-2 years old, with high neurological risk, in the Children's Rehabilitation Center of the Ministry of National Defense which a questionnaire was also performed an observational survey type, transversal, descriptive and prospective. The world of work is constituted 30 mothers of children who attended the early learning area, the method used was a questionnaire of 25 reagents encompassed neurological risk awareness and risk factors, as well as early stimulation and benefits. After the collection and processing of data and graphs were developed rewrote the results.

The results are the higher value of the graphs 1 to 4 as they describe the age of the mothers with the result that most of them are young people aged 18-25 years, which brings us to verify that they have studies of high school and therefore have knowledge of what is risk early neurological stimulation, as they have better access to internet and probably more concerns about the development of their children, these are clarified by the health personnel, although a small group of moms surveyed unaware of these data suggests working with them, implementing educational talks on the subject, constant training therapists and encourage prevention of a developmental delay.

I. MARCO TEÓRICO

I.1. CONCEPTOS

I.1.1. Contexto

Del latín contextus, el contexto es el entorno físico o de situación a partir del cual se considera un hecho. Dicho entorno puede ser material o simbólico.

Conjunto de circunstancias que rodean a una realidad determinada, y que se ejercen influencias mutuas. (1)

I.1.2. Información

En sentido general, es un conjunto organizado de datos procesados, que constituyen un mensaje que cambia el estado de conocimiento del sujeto o sistema que recibe dicho mensaje.

Para Gilles Deleuze, la información es el sistema de control, en tanto que es la propagación de consignas que deberíamos de creer o hacer que creemos. En tal sentido la información es un conjunto organizado de datos capaz de cambiar el estado de conocimiento en el sentido de las consignas transmitidas. (2)

I.1.3. Contexto de información

Situación en la que se presentan los datos percibidos y procesados que constituyen una información que cambia el estado de conocimiento, eso permite a los individuos que poseen dicho estado nuevo de conocimiento tomar decisiones pertinentes a determinado tema.

I.2. Antecedentes históricos de la estimulación temprana

Arnold Gesell (1920) Psicólogo estadounidense, sostiene la importancia de la herencia sobre la influencia del medio ambiente, creó escalas de desarrollo, establece conductas típicas de cada edad para fijar el nivel alcanzado por cada niño y las desviaciones según su edad.

Jean Piaget (1950), afirma que el desarrollo psíquico del niño empieza desde el primer día de vida, la inteligencia progresa dinámicamente en relación con el medio ambiente y los estímulos los cuales favorecen o limitan según su calidad. Evidencio la importancia de los sentidos y de la sensibilidad para lograr un desarrollo psicomotor normal.

Sigmund Freud (1966), demuestra que las primeras experiencias y las primeras relaciones afectivas dejan permanente influencia en el ser humano.

Ambos autores, identifican al niño como un elemento sujeto a un desarrollo que puede tener desviaciones de un comportamiento dinámico y progresivo así mismo, se puede modificar positiva o negativamente.

Tjossem (1976) identifico tres grupos de niños que corren el riesgo de sufrir desviaciones del desarrollo:

- Lactantes con riesgo establecido, manifiestan un desarrollo atípico relacionado con trastornos médicos diagnosticados de etiología conocida como síndrome de Down.
- Lactantes con riesgo biológico, tienen mayor probabilidad de sufrir un retraso en el desarrollo por una lesión biológica adquirida en el periodo pre, peri o posnatal como síndrome de alcohol fetal.
- Lactantes con riesgo ambiental, son biológicamente sanos, y el retraso en el desarrollo se debe a la ausencia de experiencias vitales como la falta de un hogar.

Para Mussen (1995) el desarrollo es definido como cambios de estructuras físicas y neurológicas, cognitivas y del comportamiento, que emergen de manera ordenada y son relativamente permanentes. (3)

I.2.1. Factores que anteceden a la estimulación temprana

La Organización Mundial de la Salud, refiere que el 60% de los niños menores de seis años no se encuentran estimulados, lo cual puede condicionar un retraso en cualquiera de sus tres esferas, refiriendo además que la falta de estimulación se da más en las áreas rurales debido a la educación de los padres.

- La primera infancia es la fase más importante para el desarrollo general durante toda la vida.
- El desarrollo cerebral y biológico durante los primeros años de vida depende en gran medida del entorno del lactante.
- Las experiencias en edades tempranas determinan la salud, la educación y la participación económica durante el resto de la vida.
- Cada año, más de 200 millones de niños menores de cinco años no alcanzan su pleno potencial cognitivo y social.
- Las familias y los cuidadores cuentan con formas sencillas y eficaces de garantizar el desarrollo óptimo de los niños.

Durante la primera infancia (desde el período prenatal hasta los ocho años), los niños experimentan un crecimiento rápido en el que influye mucho su entorno. Muchos problemas que sufren los adultos, como problemas de salud mental, obesidad, cardiopatías, delincuencia, una deficiente alfabetización y destreza numérica, pueden tener su origen en la primera infancia.

Cada año, más de 200 millones de niños menores de cinco años no alcanzan su pleno potencial cognitivo y social. Debido a su desarrollo deficiente, muchos son propensos al fracaso escolar y, por consiguiente, sus ingresos en la edad adulta suelen ser bajos. También es probable que estas personas tengan hijos a una edad muy temprana y que proporcionen a sus hijos una atención de salud, nutrición y estimulación deficientes, contribuyendo así a la transmisión intergeneracional de la pobreza y el desarrollo deficiente. A pesar de las

abundantes pruebas, el sector de la salud ha tardado en fomentar el desarrollo en la primera infancia y en apoyar a las familias proporcionándoles información y conocimientos. (4)

I.2.2. Antecedentes históricos en México de la Estimulación Temprana

En México 1974 surge la estimulación temprana con Emilio Ribes Psicólogo titular del proyecto de investigación sobre estimulación lingüística temprana en la UNAM y el Dr. Joaquín Cravioto.

En el año de 1983, el primer centro que lo lleva a cabo es el Centro de Rehabilitación "Gaby Brimmer". Nace con la expectativa de realizar actividades de manera sistematizada, para evaluar y determinar un diagnóstico temprano y oportuno en aquellos lactantes que por alguna razón presenten posibles alteraciones en su desarrollo neurológico, psicomotor y/o conductual. (5)

Son pocos los centros que cuentan con algún programa de Estimulación Temprana para niños sanos y no todos cuentan con el espacio ni los recursos, tanto humanos como materiales, para realizarlo eficientemente.

Sin embargo, existen programas bien estructurados, como es el caso del Programa de Estimulación Temprana que se imparte en el Hospital General en la Ciudad de Cuautla, Morelos, donde se inició con la llamada técnica "Canguro", para niños de pre-término. Este programa está operando desde hace 10 años, y sus resultados muestran el impacto benéfico de la Estimulación Temprana en el crecimiento y desarrollo de los niños que han estado expuestos a la técnica.

Otro caso, es el del Hospital Regional de Río Blanco, Veracruz, donde se ha organizado un programa de Estimulación Temprana para llevarlo a cabo en el primer nivel de atención, en el que también se han reportado resultados benéficos. (6)

Durante el sexenio del presidente Felipe Calderón Hinojosa, se implemento el Programa de Acción de Atención a la Salud de la Infancia, se encuentra la vigilancia del crecimiento y desarrollo, vinculada al fomento de la estimulación temprana, para el grupo de menores de dos años de edad. Es por ello que, conjuntamente con el Programa de Acción “Arranque Parejo en la Vida”, se ha considerado indispensable que las niñas y los niños tengan igualdad de oportunidades desde su nacimiento y puedan desarrollar todo su potencial desde los primeros años de la vida.

Los estímulos externos bien dirigidos son de gran importancia para potenciar el crecimiento y desarrollo del menor, y a su vez la vigilancia del crecimiento y desarrollo permite la detección oportuna de las desviaciones en este proceso.

Se reconoce que el bienestar de las niñas y niños depende en gran medida, de lo que sus padres y otros miembros de la comunidad están haciendo o podrían hacer por ellos. Por lo tanto, la participación comunitaria se considera un elemento importante para lograr cambios positivos y perdurables en el desarrollo armónico y la calidad de vida de las niñas y niños.

Un elemento innovador en este Programa es dirigir acciones a todo el grupo poblacional menor de dos años, con intervenciones diferenciadas hacia las niñas y niños con factores de riesgo para el desarrollo, ya que la mayoría de experiencias referidas a estimulación temprana se han orientado principalmente a niños con alteraciones en el desarrollo. Sin embargo, hoy en día se toma en cuenta que un niño sano puede ser afectado por la pobreza, el rezago cultural y educativo así como la incertidumbre de la madre hacia la crianza, favoreciendo enfermedades, desnutrición y por lo tanto retraso en su desarrollo.

Los objetivos de este programa son unificar criterios del personal de salud del primer nivel de atención y de consulta externa de las unidades de segundo nivel, para que dentro de la Atención Integrada al menor de dos años:

- _ Realice la evaluación del crecimiento y desarrollo
- _ Proporcione capacitación a la madre o responsable de la niña o niño, en técnicas de estimulación temprana vinculadas al grado de desarrollo para la edad de su niña o niño
- _ Identifique tempranamente factores de riesgo y alteraciones en el desarrollo, intervenga en forma oportuna y en su caso, refiera al menor al nivel de atención correspondiente. (7)

I.3. Estimulación Temprana

La estimulación temprana es el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tiene por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinaria o transdisciplinaria. (8)

La estimulación precoz, atención temprana, intervención temprana, estimulación múltiple temprana, son términos que se utilizan para hacer referencia a las técnicas educativas y/o de rehabilitación que se aplican durante los tres primeros años de vida en todos aquellos niños que, por sus características específicas, necesitan de un tratamiento o intervención precoz con el fin de evitar que desarrollen deficiencias, o que las ya establecidas incidan en menor medida en la evolución o maduración del desarrollo. (9)

La Estimulación Temprana es un conjunto de acciones que tienden a proporcionar al niño sano las experiencias que éste necesita para desarrollar al máximo sus potencialidades de desarrollo.

Es importante resaltar que en todas las definiciones de estimulación temprana, desatanca los siguientes aspectos:

1.- El manejo del ambiente o control de éste mediante la aplicación intencional y deliberada de ciertas actividades.

2.- Dichas actividades tienen un objetivo: Hacer óptimo el desarrollo general del niño, garantizando condiciones satisfactorias de salud y bienestar, ya que las actividades van encaminadas a satisfacer el desarrollo del niño a nivel físico, emocional, social y cognitivo; viendo al niño como un ser integral que aprende como un ser humano completo, cada aspecto del desarrollo está interrelacionado con los otros, la sensación de confianza y seguridad, en el niño influye en el desarrollo de las diferentes habilidades y viceversa.

I.3.1. Las tres Rs de la Estimulación Temprana

Deben constituir una norma para el desarrollo de un programa de estimulación temprana en los centros educativos y en el hogar. Tienen en cuenta los patrones de aprendizaje del bebé y enfatizan la importancia de la relación con él.

- **Ritmo:** El doctor Berry Brazelton, pediatra de la Universidad de Harvard, describe el ritmo de interacción del recién nacido, el cual ocurre en diversas etapas:
 - a) Etapa de iniciación: Algún suceso despierta o pone en alerta al bebé. Puede ser un estímulo externo (como un sonido fuerte, o llamándolo suavemente).
 - b) Etapa de Atención: Mantiene la atención y concentración, alcanzando sus límites en los mismos.
 - c) Etapa de Aceleración: Al pasar a esta etapa los movimientos del bebé se aceleran, y deja de prestar atención al estímulo.
 - d) Etapa Máxima de Excitación: En esta etapa los movimientos del bebé añaden tal excitación sensorial que se encuentra totalmente distraído del foco del estímulo inicial.

- e) Etapa de Retirada: Ya en ese estado no tiene otra opción que estirarse. Puede hacerlo llorando, cerrando los ojos, o volteando la cabeza hacia otro lado.
 - f) Etapa de Recuperación: Al bebé le toma de 10 a 20 segundos para recuperarse de su estado de excitación, para volver a un estado de calma y atención.
-
- **Respuesta:** La respuesta que se obtenga del bebé va de acuerdo al estímulo que se utilice, si le agrada o no. La persona adulta es más adaptable a un bebé, por lo tanto hay que ser más sensible a sus estados y ser recíprocas con ellos. Y tomar en cuenta que todos los niños son diferentes y que deben aprender a conocerlos respetando en todo momento sus características individuales.
 - **Refuerzo:** Una palabra de ánimo produce un comportamiento más positivo. Se debe alabar a los bebés y así reforzará los intentos del bebé; así como sus logros y cualquier actividad que se quiera que continúe.

I.3.2. Bases Neurofisiológicas

El Sistema Nervioso Central (SNC) en su maduración se caracteriza por poseer períodos de aceleración en su ritmo de desarrollo. El más notorio de ellos es el que se extiende desde el 7mo mes de gestación prenatal, hasta el mes 10 ó 11 postnatal. Es esta la fase de crecimiento de las células nerviosas (neuronas) y de la organización de sus contactos sinápticos; de la proliferación de las células no puramente nerviosas (neuroglías) son las que juegan un importante papel en el metabolismo de las neuronas, en la estructuración del cerebro como sostén del sistema nervioso, en el proceso de aislamiento de las fibras nerviosas que conducen impulsos químicos y eléctricos.

En este proceso se incluye también la formación de varias enzimas, productoras de sustancias bioquímicas importantísimas para la maduración nerviosa. Desde el

punto de vista funcional, la importancia de esta fase acelerada radica en que en ella se desarrollan fundamentales funciones esencialmente humanas:

- Elevación vertical, marcha, articulación vocal, manipulación, individualización del comportamiento y otros aspectos psicológicos como la afectividad, etc.

Es por todo ello, que el sistema nervioso, tiene en esta etapa de crecimiento acelerado, gran plasticidad y alta vulnerabilidad. La plasticidad tiene que ver con su gran capacidad de aprendizaje. La vulnerabilidad se fundamenta también en el hecho de que su propia protección y aislamiento se encuentra incompleta por estar aún en desarrollo. Pero tanto esto, como la plasticidad, tienen sus límites, que aumentan a medida que se completa el desarrollo.

Es por tanto, en el momento de mayor plasticidad cuando el sistema nervioso nos permite actuar con efectividad en la habilitación y rehabilitación de las funciones defectuosas, por sus posibilidades de aprendizaje, es en el período de mayor vulnerabilidad, cuando el sistema nervioso nos exige una acción preventiva o curativa cuidadosa.

I.3.3. Importancia y beneficios de la Estimulación Temprana

Para poder entender con mayor claridad los beneficios, es importante que conozcamos las áreas de intervención de la estimulación temprana, dentro de las cuales Peñaloza (2004) propone: Motricidad gruesa y fina, Lenguaje, Cognición, Personal y Social. Por otro lado, Pérez (2002) da relevancia a las siguientes áreas de intervención.

Área Socio-Emocional: sobre ésta se establece la interacción y posterior relación del niño con el mundo que lo rodea.

Área Motora: el término motor se refiere a cualquier movimiento ejecutado. El movimiento se constituye en el gran pilar del aprendizaje, la afectividad y el desarrollo intelectual.

Área Cognoscitiva: hace referencia a la forma como el ser humano conoce el medio que lo rodea y organiza la realidad.

Área de la Comunicación: el lenguaje como elemento de la comunicación, es un sistema de signos, símbolos y gestos que permiten al hombre expresarse.

La Estimulación Temprana se lleva a cabo desde la vida intrauterina hasta los 6 años y debe ser principalmente dada por los padres en el hogar. Ya que es este el entorno inmediato que proporciona al niño nuevos estímulos que lo ayudan a desarrollar sus habilidades y destrezas.

Se debe aplicar conforme a programas generales y adecuados a las características personales de cada niño, pues cada uno da sus propias pautas de referencia y control. (10)

Estas acciones van a permitir el desarrollo de la coordinación motora, empezando por el fortalecimiento de los miembros del cuerpo y continuando con la madurez del tono muscular, favoreciendo con esto la movilidad y flexibilidad de los músculos, al mismo tiempo ayudará a desarrollar una mejor capacidad respiratoria, digestiva y circulatoria del cuerpo.

Los efectos benéficos de la Estimulación Temprana en el desarrollo infantil son indiscutibles, una persona que está bien desarrollada física, mental, social y emocionalmente, porque fue estimulada desde pequeña, tendrá mejores oportunidades que una persona que no fue estimulada, ya que también se han investigado los efectos indeseables, cuando ha sido suprimida la estimulación sensorial adecuada.

Otro de los beneficios que se obtienen a través de la Estimulación Temprana, es el desarrollo y la fortaleza de los cinco sentidos y la percepción. Favorece también el desarrollo de las funciones mentales superiores como son la memoria, la

imaginación, la atención así como también el desarrollo del lenguaje. A nivel adaptativo, desarrolla en el niño confianza, seguridad y autonomía.

El papel que desempeñan los estímulos emocionales es determinante, ya que si se carece del ingrediente principal que es el amor y la disponibilidad afectiva de los padres, el resto de las medidas no tiene efectos favorables. En experimentos prácticos, como el que realizaron en la Universidad de Wisconsin (Riley, D., 2001) los padres que habían recibido orientación, en el primer año de vida de sus hijos, reportaron haberlos golpeado menos veces que aquellos padres que no recibieron orientación, además proporcionaron a sus hijos desde el comienzo un ambiente con mucho más estímulo intelectual para sus bebés.

La efectividad de los programas de Estimulación Temprana se basa en la interacción estrecha del equipo multidisciplinario, en el que se encuentra incluida la familia y la comunidad. (11)

I.3.4. A quien va dirigida la Estimulación Temprana

La estimulación temprana, va dirigida a niños de 0 a 6 años, a sus familias y entorno, y a niños que presentan algún tipo de problema en el desarrollo motor, de origen perinatal como niños prematuros, niño de bajo peso en el nacimiento, dificultades motoras o niños con factores de riesgo.

A los padres, porque de alguna manera, en su actividad cotidiana con los hijos llegan a convertirse en sus verdaderos terapeutas. (12)

A las personas que conviven con el niño, porque las investigaciones en el campo de la intervención temprana ponen en manifiesto que en los primeros meses de vida no es tan necesario el simple entrenamiento sensorio-motor, sino que hay que tener en cuenta otros aspectos de gran importancia, como el ajuste familiar, el apoyo social a la familia, los patrones de interacción, el diseño del ambiente físico del hogar, y los aspectos relacionados con la salud del niño.

Los programas de estimulación temprana deben tener más en cuenta a la familia del niño de alto riesgo o discapacitado. Es importante distinguir que no solo se trata de estimulación temprana, como un tratamiento dirigido únicamente al niño, sino más bien de atención temprana, como un conjunto de actuaciones dirigidas al niño, a la familia y a la comunidad. (13)

I.3.5. Cuando empezar la Estimulación Temprana

Tan temprano como sea posible, dado que la asimilación de experiencias señala que los bebés que nacen con alguna discapacidad congénita, o quienes tienen riesgo para el desarrollo o una disfunción, se benefician de la intervención temprana. La plasticidad o dinámica cerebral es más fértil durante los primeros meses de vida.

La intervención temprana en niños considerados de alto riesgo neurológico se inicia desde la detención de las alteraciones del cuadro agudo de una enfermedad; esto se logra realizando una evaluación integral, que abarque estado funcional general, sistema nervioso autónomo y funciones vitales, nivel de conciencia, integridad de vías sensoriales, capacidad volitiva, neurodesarrollo, lenguaje e integración social. (14)

I.4. Desarrollo Infantil

El desarrollo infantil en los primeros años se caracteriza por la progresiva adquisición de funciones tan importantes como el control postural, la autonomía de desplazamiento, la comunicación, el lenguaje verbal, y la interacción social. Esta evolución está estrechamente ligada al proceso de maduración del sistema nervioso, ya iniciado en la vida intrauterina y a la organización emocional y mental. Requiere una estructura genética adecuada y la satisfacción de los requerimientos básicos para el ser humano a nivel biológico y a nivel psicoafectivo.

El desarrollo infantil es fruto de la interacción entre factores genéticos y factores ambientales:

- **La base genética**, específica de cada persona, establece unas capacidades propias de desarrollo y hasta el momento no es posible modificarla.
- **Los factores ambientales** van a modular o incluso a determinar la posibilidad de expresión o de latencia de algunas de las características genéticas. Estos factores son de orden biológico y de orden psicológico y social.

I.4.1. Trastornos en el desarrollo

El desarrollo es el proceso dinámico de interacción entre el organismo y el medio que da como resultado la maduración orgánica y funcional del sistema nervioso, el desarrollo de funciones psíquicas y la estructuración de la personalidad.

El trastorno del desarrollo debe considerarse como la desviación significativa del “curso” del desarrollo, como consecuencia de acontecimientos de salud o de relación que comprometen la evolución biológica, psicológica y social. Algunos retrasos en el desarrollo pueden compensarse o neutralizarse de forma espontánea, siendo a menudo la intervención la que determina la transitoriedad del trastorno. (8)

I.5. Factores de Riesgo Neurológico

El desarrollo del ser humano tiene influencia directa del medio ambiente y del grado de bienestar en el que se vive, de tal forma que para definir el plan de Estimulación Temprana, es indispensable que durante la primera consulta que se otorgue al niño (a) se identifique la presencia de factores de riesgo para el desarrollo.

El niño de riesgo neurológico es un niño “normal”, que por sus antecedentes prenatales, perinatales o posnatales tiene mayor probabilidad estadística de presentar déficit neurológico: motor, sensorial o cognitivo.

El riesgo no es solamente biológico, sino que también pueden sumarse otras circunstancias adversas del entorno ambiental. Evidentemente, los problemas biológicos precoces hacen al niño más vulnerable al ambiente adverso.

Ambos factores de riesgo, biológicos y ambientales o mixtos, según el momento de la agresión y su intensidad, y dependiendo de la vulnerabilidad del sujeto y de la plasticidad cerebral, pueden dejar secuelas neurológicas más o menos graves. En términos de pronóstico parece que, especialmente en casos de disfunción leve, el ambiente puede ser más importante que el daño biológico en sí mismo. (15)

Factores de riesgo biológico	Factores de riesgo ambiental
Prematuridad Retraso de crecimiento intrauterino Perdida de bienestar fetal (encefalopatía hipoxico-isquémica) Convulsiones neonatales Microcefalia Infección del sistema nervioso central (meningitis, encefalitis, ventriculitis) Infecciones congénitas Neuroimagen patológica Anomalías metabólicas (hipoglucemia, hiperbilirrubinemia) Anomalías congénitas Policitemia-síndrome de hiperviscosidad (sobre todo sintomático) Pos operados cirugía cardíaca (CEC) Pacientes sometidos a ECMO Enfermedad pulmonar	Drogadicción de padres o cuidadores Bajo nivel socioeconómico Enfermedad mental de padres o cuidadores Malos tratos Disfunción o disrupción familiar Madre Adolescente

Fuente: Iriando, M. Póo, P. Ibañez, M. Neonatología, seguimiento del recién nacido de riesgo. An Pediatr. Contin. 2006., 4(6):344-53

I.5.1. Causas del riesgo neurológico

En la detección de los trastornos en el desarrollo o situaciones de riesgo podemos considerar distintas etapas y agentes.

- **Etapa prenatal**

Servicios de Obstetricia

La prevención secundaria de los trastornos en el desarrollo infantil debería iniciarse en los servicios de Obstetricia, con la atención a la embarazada por parte de los profesionales sanitarios (obstetras y matronas), sobre los que recaen las funciones de detección de situaciones de riesgo y las de información, apoyo y orientación a las futuras madres. Cuando sea oportuno se procederá a la derivación o coordinación con servicios especializados en atención a embarazos de alto riesgo biológico, psicológico o social, que aportarán las ayudas sanitarias, sociales y psicológicas necesarias.

En la etapa prenatal existe la posibilidad de detectar distintas condiciones y situaciones de riesgo:

- a) Presencia de una alteración que con seguridad conducirá a un trastorno en el desarrollo y/o discapacidad posterior: espina bífida, cromosomopatía, focomelia, etc.
- b) Características o circunstancias presentes en el feto o en la madre, que se asocian con frecuencia a alteraciones en el desarrollo: determinadas alteraciones estructurales del sistema nervioso central, infecciones maternas, etc.
- c) Condiciones de elevado riesgo biológico: antecedentes familiares, edad o factores de salud maternos, condiciones del embarazo, etc.
- d) Condiciones de elevado riesgo psico-afectivo y social: madre adolescente, enfermedad mental de los padres, escasos recursos familiares, familias multiproblemáticas, etc.

La detección de trastornos de origen biológico asociados a discapacidad posterior, detectables en el periodo prenatal, es función interdisciplinar, en la que ginecólogos, tocólogos, ecografistas, genetistas, bioquímicos y pediatras colaboran estrechamente para poder ofrecer a la familia una amplia información sobre la situación, pronóstico, posibilidades de prevención y actuaciones posibles. La información a la familia sobre posibles consecuencias, recursos terapéuticos,

etc., debe ser temprana, objetiva y lo más completa posible, a fin de que ésta pueda decidir libremente su opción.

Cuando se realiza el diagnóstico prenatal de deficiencia y prosigue el embarazo, será necesario destinar una atención psicológica a los padres, en especial a la madre, debido a la alteración que puede sufrir el vínculo madre-hijo, al comunicarse el diagnóstico. Estas circunstancias suponen un factor de riesgo para la adaptación parental al recién nacido en el período neonatal.

Cuando el diagnóstico prenatal de deficiencia vaya seguido de una interrupción del embarazo, deberá también brindarse apoyo psicológico a los padres, que tendrá carácter preventivo sobre posibles embarazos futuros.

- **Etapa perinatal**

Servicios de Neonatología

En las unidades o servicios de Neonatología reciben atención niños con alto riesgo de presentar deficiencias, trastornos o alteraciones en su desarrollo en función de determinadas condiciones genéticas y de situaciones adversas en el ámbito biológico u orgánico: infecciones intrauterinas, bajo peso, hipoxia, hemorragias cerebrales, infecciones postnatales.

La necesaria permanencia de estos niños en la unidad neonatal, precisando a menudo de cuidados intensivos y de aislamiento prolongado en incubadora, añade otros factores de riesgo, de carácter ambiental y psicoafectivo, a los ya previos.

En el entorno de estímulos ambientales encontramos, entre las situaciones más frecuentes, un exceso de ruido ambiental, de intensidad y tiempo de exposición a luz intensa, inmovilización, etc. En el ámbito psico-afectivo es norma la limitación y en ocasiones carencia de contacto con los padres, con estimulación social no adecuada debido a la presencia de múltiples cuidadores, condiciones de hipo o hiperestimulación asociadas a las necesidades de cuidados, controles, exámenes, etc. Debe considerarse que incluso cuando el contacto con los padres es posible,

su adecuación a las necesidades y posibilidades del niño es difícil o limitada, debido a la situación de bloqueo y alteración emocional de éstos.

Durante el periodo de estancia en la unidad neonatal a menudo no es posible determinar con certeza la futura evolución del niño, pero sí establecer la condición de riesgo y la necesidad de un seguimiento evolutivo. Cuando se ponen de manifiesto signos compatibles con un trastorno en su desarrollo se pondrán en marcha las medidas terapéuticas oportunas y posibles, adaptadas siempre a la situación vital del niño.

- **Etapa postnatal**

Servicios de Pediatría

El equipo pediátrico, a través de las visitas regulares al niño en los primeros años de vida y de los programas de control del niño sano debería ser sin duda el principal agente de la detección temprana. La observación directa del niño y la información aportada por los padres en una entrevista abierta a sus inquietudes y dirigida a obtener aquellos datos más relevantes, permite confirmar la normalidad del desarrollo infantil o establecer la situación de sospecha de desviación en el mismo.

Este nivel de detección es fundamental, ya que los niños con problemas graves en su desarrollo tienen antecedentes de patología pre o perinatal en una elevada proporción y a menudo existen programas de seguimiento específicos a los que deberían acudir. Tan solo una minoría de los niños que presentan problemas de grado medio o leve en su desarrollo tiene antecedentes perinatales y por tanto la mayoría no se incluye en un programa específico de seguimiento. La detección debe realizarse en estos casos en el marco de la consulta regular pediátrica.

Un adecuado seguimiento evolutivo de la población infantil en general debería conducir a una adecuada detección de los trastornos del desarrollo, al poner en

evidencia signos y desviaciones en el desarrollo que permiten la identificación de los correspondientes trastornos en los primeros años:

a) Durante el primer año se podrán diagnosticar la mayoría de los trastornos más graves del desarrollo: formas severas y medias de parálisis cerebral, de retraso mental y déficits sensoriales.

b) A lo largo del segundo año, pueden detectarse las formas moderadas o leves de los trastornos anteriores, así como los correspondientes al espectro autista.

c) Entre los dos y los cuatro años se van a poner de manifiesto los trastornos y retrasos del lenguaje. Los trastornos motrices menores y los de conducta, a menudo ya presentes en etapas previas, se hacen más evidentes y se constituyen en motivo de consulta.

d) A partir de los 5 años se hacen evidentes en la escuela, si no se han detectado previamente cómo es posible y deseable, la deficiencia mental leve, las disfunciones motoras finas, las dispraxias, etc., al ocasionar dificultades en los aprendizajes escolares.

Ya desde los primeros meses y a lo largo de los primeros años, es posible la aparición de alteraciones emocionales y relacionales, así como disfunciones interactivas precoces, que a menudo se expresan a través de alteraciones psicósomáticas en el ámbito del sueño y la alimentación.

Una importante función de los centros de Atención Temprana y Desarrollo Infantil y de los equipos de Salud Mental Infantil, consiste en su apoyo a los equipos de primaria en la labor de detección de los trastornos del desarrollo infantil en los distintos ámbitos.

Es importante la coordinación y desarrollo de programas conjuntos, que faciliten la detección, por parte de los profesionales de salud, de aquellos trastornos que a menudo pasan desapercibidos o son malinterpretados en sus primeras etapas, como son los trastornos generalizados del desarrollo, las disfunciones interactivas significativas en la relación de los padres con los hijos, los trastornos de expresión somática o el retraso mental leve. (8)

I.6. Terapia Ocupacional en el desarrollo del niño

La terapia ocupacional es el arte y la ciencia de dirigir la participación del hombre en tareas seleccionadas para restaurar, fortalecer y mejorar el desempeño, facilitar el aprendizaje de aquellas destrezas y funciones esenciales para la adaptación y productividad, disminuir o corregir patologías, promover y mantener la salud; mediante el uso terapéutico de las actividades de auto cuidado, trabajo y ocio con el fin de incrementar la independencia funcional, mejorar el desarrollo y prevenir la incapacidad. (16)

La Terapia Ocupacional, según los criterios de la WFOT (Federación mundial de terapeutas ocupacionales), es la disciplina socio-sanitaria que evalúa las capacidades de la persona para desempeñar sus Actividades de la Vida Diaria (AVD) y que interviene cuando dicha capacidad está en riesgo o dañada por cualquier causa. El Terapeuta Ocupacional utiliza la actividad y el entorno con una finalidad terapéutica, para conseguir mejorar o mantener el máximo nivel de salud. (17).

El COTEOC (Colegio de Terapia Ocupacional) define a la Terapia Ocupacional como una profesión de la salud que se fundamenta en el conocimiento y la investigación de la relación que existe entre la salud, la ocupación y el bienestar de la persona ante la presencia de limitaciones físicas, cognitivas, sociales, afectivas y/o ambientales que alteran su potencial de desarrollo y su desempeño ocupacional; que utiliza actividades significativas para la persona teniendo como objetivo final mantener y/o adquirir habilidades e integrarse y participar en su ambiente. COTEOC 2006. (18).

Puede incluir la adaptación de las tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida.

Se debe aplicar conforme a programas generales y adecuándolos a las características personales de cada niño, pues cada uno da sus propias pautas de referencia y control. (19)

La terapia ocupacional juega un papel preventivo y asistencial en el desarrollo típico del niño dirigido a él, a su familia y a su entorno, fundamentando esta intervención en los aspectos relacionales, lúdicos y funcionales.

La base de la terapia ocupacional es la ocupación que está relacionada con la realización de actividades que satisfagan la necesidad básica de exploración y dominio del entorno. (20)

El desarrollo infantil de los primeros años de vida esta caracterizado por esta necesidad de exploración y dominio del entorno, para que se dé una adquisición satisfactoria de las funciones físicas, mentales y sociales de acuerdo a la edad del niño.

La intervención de esta etapa está dirigida no solo al niño sino a la familia y al ambiente ya que ambas forman parte fundamental en el desarrollo. (21)

El papel del terapeuta ocupacional será maximizar el potencial individual de cada niño para favorecer la adquisición de habilidades y destrezas motoras, perceptivo cognitivas y socio-afectivas, usando el juego para lograr un armonioso y equilibrado. Así como propiciar un entorno seguro, accesible y facilitador posible mediante la información y asesoramiento a la familia y al contexto más inmediato del niño sobre las pautas de manejo del mismo. (22)

I.7. Terapia ocupacional en estimulación temprana

Desde terapia ocupacional podemos ofrecer, con nuestra práctica asistencial, un programa de estimulación con una visión holística del bebé que favorezca su estimulación motriz, propioceptiva, vestibular y sensorial, a la vez que contribuya a mejorar su entorno, reduciendo el estrés que sufre el neonato, implicando a la familia en el proceso, haciéndoles partícipes de esta estimulación y ayudándoles en el conocimiento de su bebé.

Para llevar a cabo un buen programa de terapia ocupacional será necesario que el o la terapeuta ocupacional que lo aplica sepa respetar y escuchar al niño, tener conocimiento de la evolución y desarrollo neurológico del bebé, escuchar, entender y apoyar a la familia dándole confianza en sus posibilidades y en las del equipo y entrenarles en la estimulación neurosensorial y en el manejo tanto físico como emocional del bebé.

I.8. Aspectos en los que hay que trabajar para prevenir mayores alteraciones.

- Eliminar factores que puedan causar estrés al bebé (ruidos, luces, exceso de estímulos)
- Optimizar, en la medida de lo posible, el curso del desarrollo del niño.
- Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y adaptaciones a las necesidades específicas.
- Evitar o reducir la aparición de defectos o déficit secundarios o asociados. producidos por un trastorno o situación de alto riesgo.
- Atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y del medio en el que vive el niño.
- Considerar al niño como sujeto activo de la intervención.
- Posicionamiento correcto en todas las posturas.
- Propiocepción para favorecer la creación de su esquema corporal.
- Maduración de su sistema vestibular con las técnicas de balanceo y, sobre todo, con la correcta manipulación.

- Estimulación de la boca para conseguir la maduración de la succión.
- Interacción del bebé con las personas y el entorno.
- Crear vínculos con los padres a través del masaje. (23)

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El desarrollo normal del niño ha sido estudiado desde hace muchos años, es un tema que ha preocupado al personal médico y a las familias, por esta razón se han elaborado métodos que detecten algún retraso en el desarrollo del niño de forma temprana, para así implementar un manejo adecuado que disminuya el riesgo de padecer limitaciones funcionales.

Es importante que los padres estén al pendiente del desarrollo adecuado de sus hijos principalmente desde su nacimiento hasta los 2 años de edad y en caso de notar algún retraso deberán acudir a alguna institución de salud para valorar sus necesidades y que sea enviado a un servicio de Estimulación Temprana ya que al recibir la atención especializada los resultados satisfactorios será mayor al intervenir en esta etapa de desarrollo.

El contar con programas de estimulación temprana lleva al personal de salud a tener más contacto con los niños sanos de 0 a 2 años y con los responsables de sus cuidados, así como a detectar oportunamente alguna anormalidad grave y a dedicarle el tiempo necesario para dar las indicaciones de estimulación temprana, ofreciendo la atención correcta y la oportunidad de superar las alteraciones identificadas.

El centro de rehabilitación infantil cuenta con 6050 pacientes atendidos desde su inauguración en el 2008, de los cuales 336 (5.5%) son atendidos con el diagnóstico de alto riesgo neurológico, durante el mes de mayo del presente año asistirán 40 pacientes (11.9%) a recibir el programa de estimulación temprana.

Desafortunadamente los padres pueden no tener acceso a información apropiada sobre el desarrollo normal del niño y mantenerse ignorante sobre ese tema, es por eso que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el contexto de información que tienen los padres de niños de 0 a 2 años de edad, con alto riesgo neurológico del centro de rehabilitación infantil de la Secretaría de la Defensa Nacional, sobre la estimulación temprana?

III. JUSTIFICACIONES

III.1. Institucional

Se puede brindar al equipo multidisciplinario un panorama objetivo sobre las carencias o excesos de información que poseen, siendo esta, un área de oportunidad de encaminar los esfuerzos para diseñar estrategias que conduzcan a la transmisión de la información necesaria y objetiva.

III.2. Profesional

El terapeuta ocupacional como personal de salud, puede fomentar este tipo de estudios que parten de conocer la realidad de su área clínica, ya que los resultados ofrecerán las vertientes que pueden generar variaciones en la cooperación y apego al tratamiento por parte de los padres debido a la información que poseen.

III.3. Académica

Para obtener el título de Licenciado en Terapia Ocupacional. Con base en lo señalado en el Artículo 3º de los Estudios de Licenciatura, en el Capítulo V de la Evaluación Profesional, Artículo 53 y 55 del Reglamento Interno de la Facultad de Medicina, de la Universidad Autónoma del Estado de México.

III.4. Social

Las familias con alto riesgo neurológico son afectadas directamente en su integración social dependiendo el grado de retraso en el desarrollo.

Fue primordial llevar a cabo este análisis para identificar el contexto de información de los padres sobre la estimulación temprana y así poder implementar estrategias que mejore la información de los padres sobre el tema mencionado y pueda asegurarse la intervención oportuna del niño.

III.5. Científica

El saber el contexto de información que tienen los padres sobre la estimulación temprana ayudara a la intervención oportuna y realización de estrategias del personal médico para que el padre o madre tengan un conocimiento adecuado sobre la estimulación temprana que recibe su hijo o hija.

IV. HIPÓTESIS

Los padres de niños con alto riesgo neurológico que asisten al centro de rehabilitación infantil de la Secretaria de la Defensa Nacional, presentan carencias de información sobre estimulación temprana en un 25%.

IV.1. Elementos de la hipótesis

IV.1.1. Unidades de Análisis:

Padres de niños con alto riesgo neurológico que asisten al centro de rehabilitación infantil de la Secretaria de la Defensa Nacional.

IV.1.2. Variables:

IV.1.2.1. Variable independiente:

Información

IV.1.2.2. Variable dependiente:

Estimulación Temprana

IV.1.2.3. Relación entre variables

Los resultados sobre los beneficios que proporciona la estimulación temprana dependen del contexto de información con la que cuentan los padres de niños de 0 a 2 años de edad con alto riesgo neurológico.

IV.1.3. Dimensión espacial:

Centro de Rehabilitación Infantil de la Secretaria de la Defensa Nacional. Mayo 2012.

V. OBJETIVOS

V.1. Objetivo General

Analizar el contexto de información sobre estimulación temprana de acuerdo al sexo y edad de los padres y su relación con el nivel académico con el que cuentan.

V.2. Objetivos específicos:

- Agrupar a los padres por sexo y edad.
- Agrupar a los padres por su nivel de estudios.
- Identificar el contexto de información que tienen los padres, sobre estimulación temprana.
- Relacionar las secciones del cuestionario, 1 (Riesgo Neurológico) y 2 (Información Estimulación Temprana).

VI. MÉTODO

VI.1. Diseño del estudio

- Observacional de tipo encuesta
- Transversal
- Descriptivo
- Prospectivo

VI.2. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADOR	ITEM
INFORMACIÓN	Conjunto de datos almacenados de una persona sobre un tema específico.	Situación de información que tienen los padres.	Cualitativa nominal.	Sección 1. Riesgo Neurológico Sección 2. Información de Estimulación temprana.	Sección 1. Ítem 1 a 7 Sección 2. Ítem 8 a 25
GÉNERO	Categoría a la que es asignado un individuo según el sexo al que pertenezca.	Género del padre o tutor. Género del derechohabiente que asiste a terapia.	Cualitativa nominal.	*Masculino *Femenino	Ficha de identificación.
EDAD	Duración de la existencia de un individuo que se mide en unidades de tiempo.	Años cumplidos al momento del estudio.	Cuantitativa discreta.	*Años	Ficha de identificación.
ESCOLARIDAD	Periodo de tiempo que dura la estancia de una persona en la escuela para estudiar y recibir la enseñanza adecuada.	Grado de estudios con los que cuenta el padre o tutor.	Cualitativa nominal.	*Ninguna *Primaria *Secundaria *Preparatoria *Licenciatura *Posgrado	Ficha de identificación.

<p>FACTORES DE RIESGO</p>	<p>Toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.</p>	<p>Causas que provocan al niño una alteración en su desarrollo norma durante su crecimiento.</p>	<p>Cualitativo nominal.</p>	<p>*Si *No</p>	<p>Sección 1 Ítem 1 a 7</p>
<p>ESTIMULACIÓN TEMPRANA</p>	<p>Conjunto de acciones que tienden a proporcionar al niño sano las experiencias que éste necesita para desarrollar al máximo sus potencialidades de desarrollo.</p>	<p>Actividades que se realizaran al niño para favorecer un desarrollo normal durante los primeros años de vida.</p>	<p>Cualitativo nominal.</p>	<p>*Si *No *Desconozco *Mucho *Poco *Nada *A veces *Tratamiento médico. *Información. *Razones.</p>	<p>Sección 2 ítem 8 a 25</p>

VI.3. Universo de trabajo y muestra

El universo fue conformado por los padres de niños que asistieron al servicio de estimulación temprana del centro de rehabilitación infantil de la Secretaría de la Defensa Nacional, realizando una muestra no probabilística por conveniencia de 30 padres de niños activos durante el mes de mayo 2012.

VI.3.1. Criterios de inclusión

- Padres de niños con alto riesgo neurológico, de ambos sexos, que se encontraron activos en el área de estimulación temprana durante el mes de mayo 2012, que aceptaron participar en el estudio.

VI.3.2. Criterio de exclusión

- Padres que no respondieron completamente la encuesta.

VI.4. Instrumento de investigación

VI.4.1. Descripción

El cuestionario que lleva por nombre “CONTEXTO DE INFORMACIÓN SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA, QUE TIENEN LOS PADRES DE NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS, CON ALTO RIESGO NEUROLÓGICO” (Anexo 1).

Está conformado por una ficha de identificación donde se incluye datos del paciente y datos de la persona que lo conteste (padre o tutor), el cuestionario consta de 25 preguntas dicotómicas y de opinión múltiple, dividida en 2 secciones. La sección 1 corresponde a la Información acerca de Riesgo Neurológico con 7 preguntas, y la sección 2 Información de Estimulación Temprana con 18 preguntas.

VI.4.2. Validación

Se realizó una prueba piloto con 10 padres de familia determinado una Alfa de Cronbach de 0.85 y se revisó por un comité conformado por Pediatras, Lic. en Terapia Ocupacional y Lic. en Terapia Física que tienen a su cargo el área de estimulación temprana en el Centro de Rehabilitación Infantil de la Secretaria de la Defensa Nacional .

VI.4.3. Aplicación

El cuestionario se aplicó a los padres de niños que asistieron a tratamiento de Estimulación Temprana que cumplieron con los criterios de inclusión de la presente investigación, en el Centro de Rehabilitación Infantil de la Secretaria de la Defensa Nacional, en el periodo indicado.

VI.5. Desarrollo del proyecto

Una vez determinada la muestra que cumplió con los criterios de inclusión se procedió a realizar la encuesta, se aplicó el cuestionario descrito anteriormente explicando a la madre o padre que asistió a tratamiento con su hijo o hija que la información obtenida en el cuestionario sería totalmente confidencial y únicamente se utilizaría para fines de este estudio, se les proporcionó la información necesaria en donde presentaron algunas dudas con respecto al cuestionario, una vez concluida la aplicación de cuestionario se procedió al análisis y clasificación de los datos para emitir resultados y conclusiones por medio de gráficas.

VI.5.1. Material

- Lap top
- Impresora
- USB
- Hojas de papel
- Lapiceros
- Libreta

VI.6. Límite de tiempo y espacio

Centro de Rehabilitación Infantil Secretaria de la Defensa Nacional. Mayo 2012.

VI.7. Diseño de análisis

Una vez que se recolecto la información necesaria de cada uno de los cuestionarios, se llevo a cabo el siguiente procedimiento estadístico:

Se elaboro una base de datos y se clasifico de acuerdo a la escala de medición de las variables manejadas en el estudio. Para el análisis estadístico se utilizo estadística descriptiva para variables cualitativas. Finalmente, la presentación se realizo mediante tablas y gráficas.

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS

De acuerdo al tipo de estudio se considero una investigación sin riesgo, por lo que se exenta al investigador del consentimiento informado, y en base a los códigos de ética en investigación, se protegerá la información que se proporcione por parte de los participantes.

La información obtenida en el presente trabajo fue confidencial y fue utilizada únicamente para fines de la presente investigación, si por alguna razón, los participantes deciden ya no participar, la información obtenida se eliminará por completo.

VIII. ORGANIZACIÓN

- Tesista

P.L.T.O. Sandra Surely Santiago Rosales

- Director de tesis

Lic. en T.O. Vanessa López Mejía

IX. RESULTADOS

Los presentes resultados se obtuvieron de acuerdo a las encuestas realizadas a 30 madres con niños de 0 a 2 años con alto riesgo neurológico, que asistieron al área de estimulación temprana en el Centro de Rehabilitación Infantil de la Secretaría de la Defensa Nacional, de las cuales se observaron los siguientes datos:

El total de personas encuestadas fueron las madres ya que son las que pasan el mayor tiempo en casa con sus hijos. En relación a la edad es variada aunque se observa de un total de 30 madres encuestadas 14 de ellas oscilan entre los 18 y 25 años de edad (47%) y solo 1 en el rango de 36 a 40 años de edad (3%). (Grafica No. 1)

El grado de estudio obtenido en las encuestas se observa de un total de 30 madres encuestadas 19 tienen estudios de preparatoria (63%), 5 de licenciatura y 5 de secundaria (17%), encontrando solo una a nivel primaria (3%). por lo que el conocimiento que tienen sobre este tema las mamás que asisten a estimulación temprana en el centro de rehabilitación infantil (SEDENA) es satisfactorio aunque se tiene que seguir proporcionando información de estimulación temprana a las madres que desconocen esta información. (Grafica No. 2)

Relacionando el contexto de información comparo las graficas No. 2 (escolaridad) y No.3 (conocimiento) de las cuales me da como resultado que un total de 23 pacientes (77%) saben que es estimulación temprana y 7 pacientes (23%) no lo saben, también 22 pacientes (73%) conocen sus beneficios y 8 pacientes (27%) los desconocen y se observa relación con el grado académico que presentan el 63% (19 pacientes) es a nivel preparatoria, esto nos indica que tienen mayor acceso a información, así como también se encuentran más conscientes de los beneficios que se les proporcionan asistiendo a este tratamiento, y solo el 23 % (7 pacientes) no cuentan con esta información.

En relación al contexto de información que se obtienen en las grafica No. 3 y grafica No. 4 sobre estimulación temprana y riesgo neurológico respectivamente,

nos da como resultado que un 77% (23 pacientes) si conocen que es estimulación temprana y el 23% (7 pacientes) lo desconoce, mientras que el 60 % (18 pacientes) si tienen conocimiento que es riesgo neurológico y el 40% (12 pacientes) lo desconoce. Si comparamos las cifras de conocimiento de ambas graficas nos indica que la gran mayoría conocen el tema, aun así se puede trabajar con un grupo pequeño de madres que aun desconocen el concepto y su beneficio de estimulación temprana.

Se anexan las siguientes graficas que muestran la información obtenida en las encuestas, mismas que describen lo siguiente:

La edad de las mamás que más se presento en las encuestas fue de 18 a 25 años cuando se embarazaron teniendo 15 mamás (47%) en este rango, mientras que solo se presento una menor de 18 años (3%). Un 73% (22 mamás) si presento complicaciones durante el embarazo y 27% (8 mamás) no presento. Las que presentaron complicaciones se encontraron entre los 7 a 9 meses (43%) que corresponde a 13 mamás y solo 6 mamás (20%) entre los meses 1 a 3 meses. Y durante el parto el 57 % (17 mamás) si presentaron complicaciones mientras que el 43% (13 mamás) no las presentaron. (Grafica No. 5)

La edad en que iniciaron el tratamiento de estimulación temprana los pacientes oscila entre el tercero y cuarto mes 30% (9 niños) aunque también se puede hacer referencia que son atendidos principalmente en los primeros 4 meses, y solo el 3% (1 niño) entre 11 y 12 meses de edad. (Grafica No. 6)

El 57% (17 mamás) de las encuestadas resultaron ser madres primerizas y el 43% (13 mamás) ya tenían hijos anteriores. Mientras que el 57% (17 niños) son hijos primerizos y solo el 3% (1 niño) es de la cuarta gesta. (Grafica No. 7)

Las madres obtuvieron la información de que necesitaban asistir a programas de estimulación temprana fue principalmente proporcionada por el pediatra con un 50% (15 mamás) y solo el 7% (2 mamás) consideraron importante adquirir la información por su cuenta. Por lo cual la información fue proporcionada

verbalmente por personal de salud (medico y terapeuta) en un 93% (28 mamas) y 7% (2 mamas) por medios impresos. (Grafica No. 8)

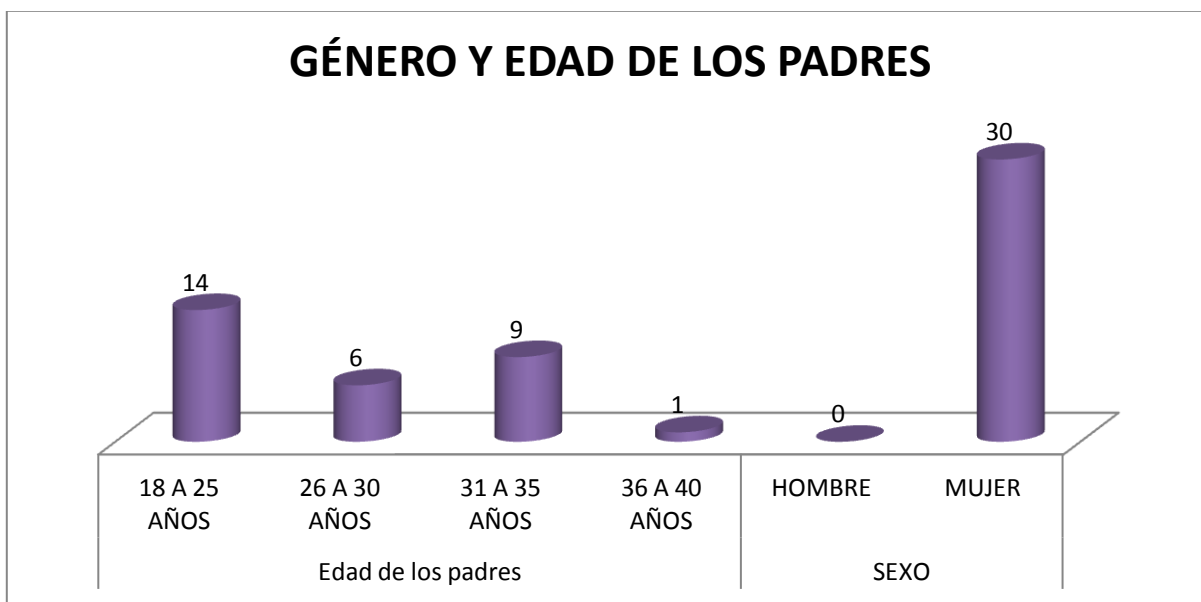
Las madres que asisten constantemente con sus hijos a su tratamiento son el 83% (25 madres) y el 17 % (5 madres) solo en ocasiones. De los cuales el 93% (28 mamas) continúan el tratamiento en casa y solo el 7% no le dan seguimiento, así mismo el 60% (18 mamas) proporciona por lo menos una vez al día la terapia en casa y el 3% (1 mamá) le realiza tres veces al día. De las 30 madres encuestadas solo el 23% (7 madres) asisten a otro lugar para recibir terapia extra de estimulación temprana y el 77% (23 madres) solo asisten al Centro de Rehabilitación Infantil. (Grafica No. 9)

El 57% (17 madres) de las mamas encuestadas esperan mejorar la calidad de vida de sus hijos con la estimulación temprana, así mismo el 40% (12 madres) esperan evitar una discapacidad y el 3% (1 mamá) no sabe en qué le ayudaría este tratamiento. De las cuales el 100% de las madres coincidieron que la estimulación temprana es muy importante para el desarrollo de sus hijos. (Grafica No. 10)

El 100% de las madres encuestadas coincidieron en que las razones por las cuales asisten a Estimulación Temprana son porque les interesa la salud de sus hijos. (Grafica No. 11)

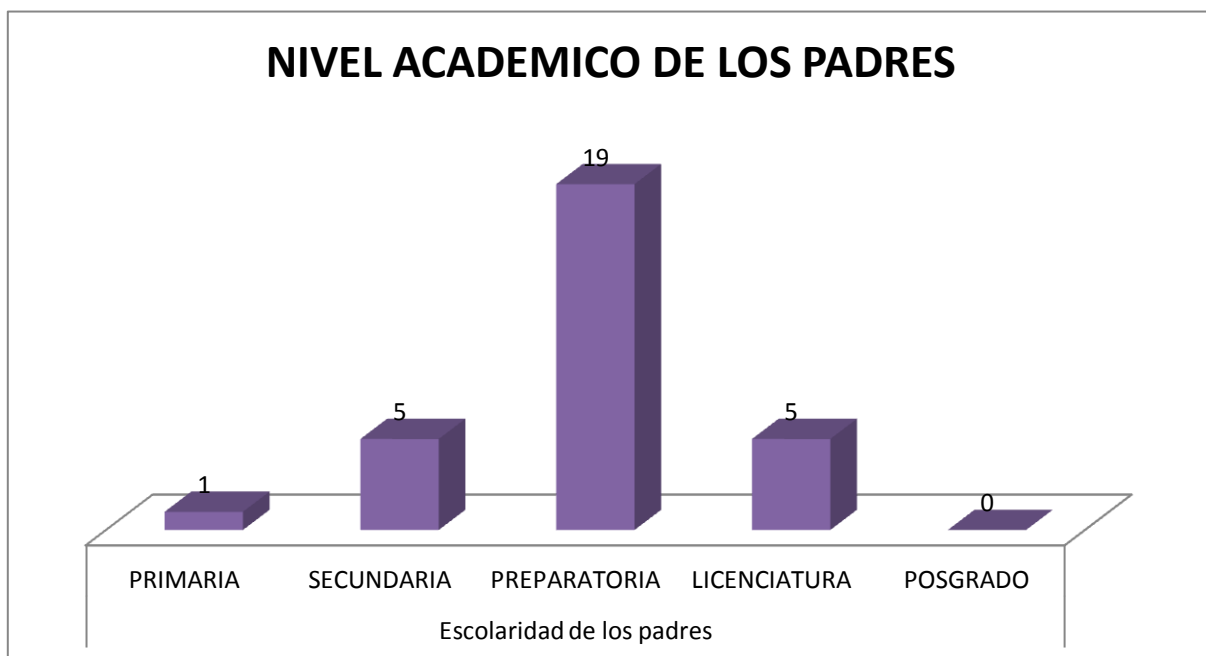
X. GRAFICOS

Grafica No. 1



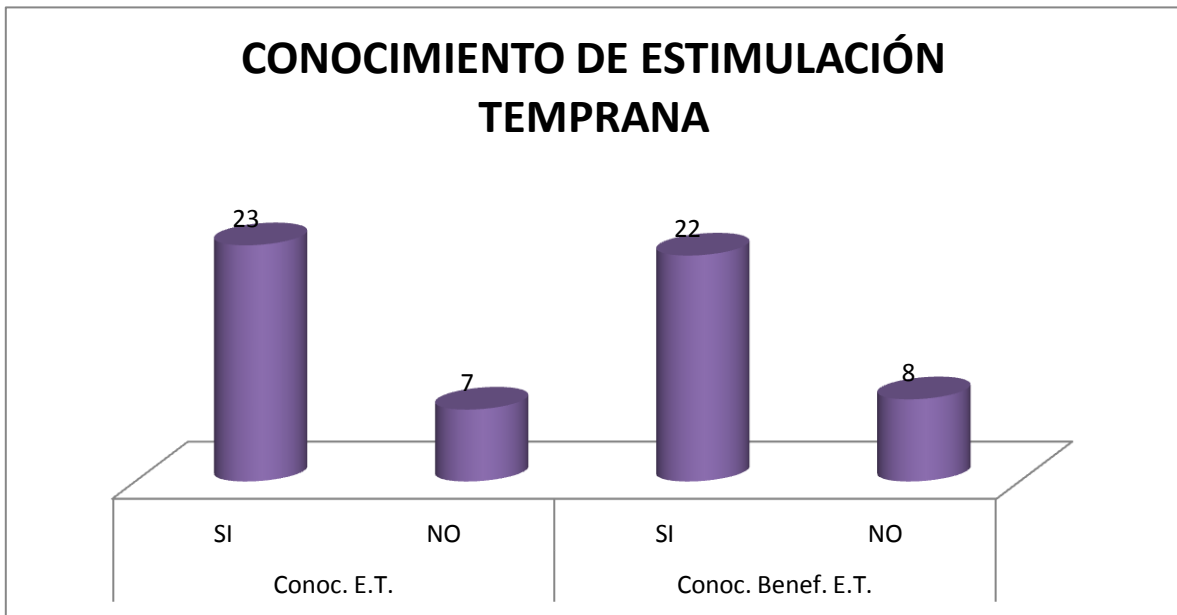
FUENTE: CONTEXTO DE INFORMACIÓN SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA, QUE TIENEN LOS PADRES DE NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS, CON ALTO RIESGO NEUROLÓGICO.

Grafica No. 2



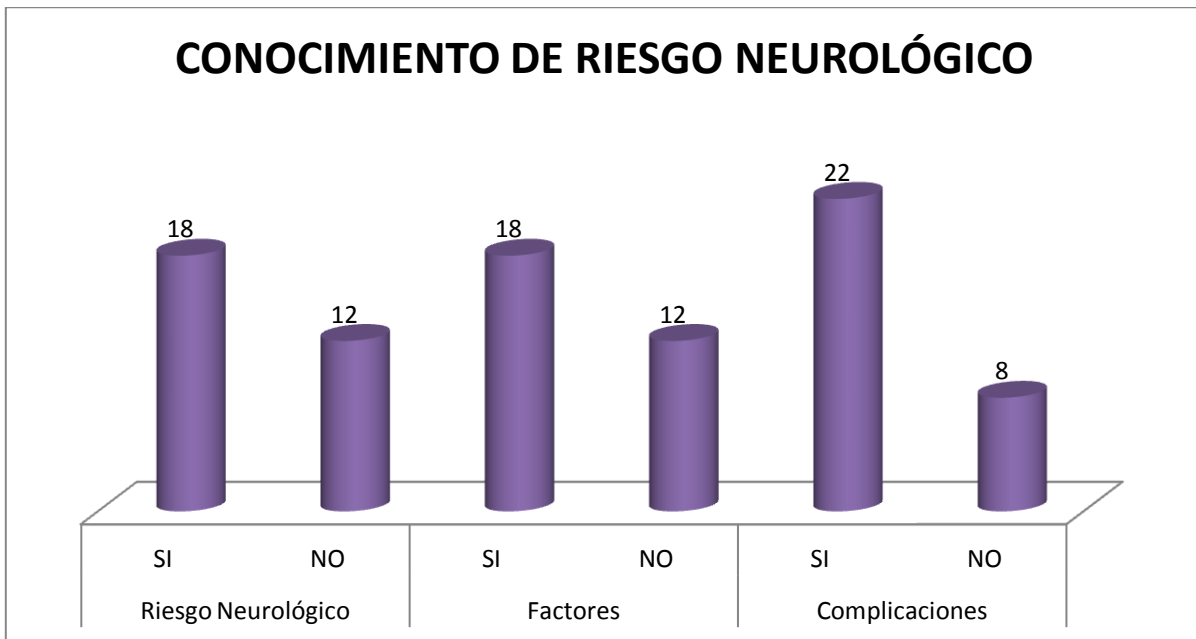
FUENTE: CONTEXTO DE INFORMACIÓN SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA, QUE TIENEN LOS PADRES DE NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS, CON ALTO RIESGO NEUROLÓGICO.

Grafica No. 3



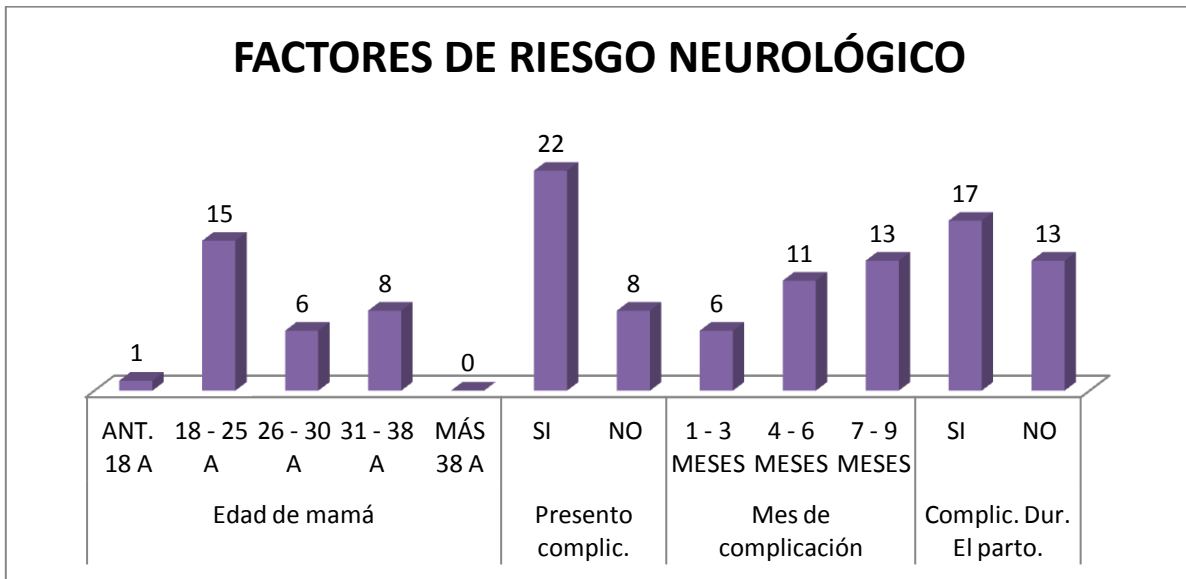
FUENTE: CONTEXTO DE INFORMACIÓN SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA, QUE TIENEN LOS PADRES DE NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS, CON ALTO RIESGO NEUROLÓGICO.

Grafica No. 4



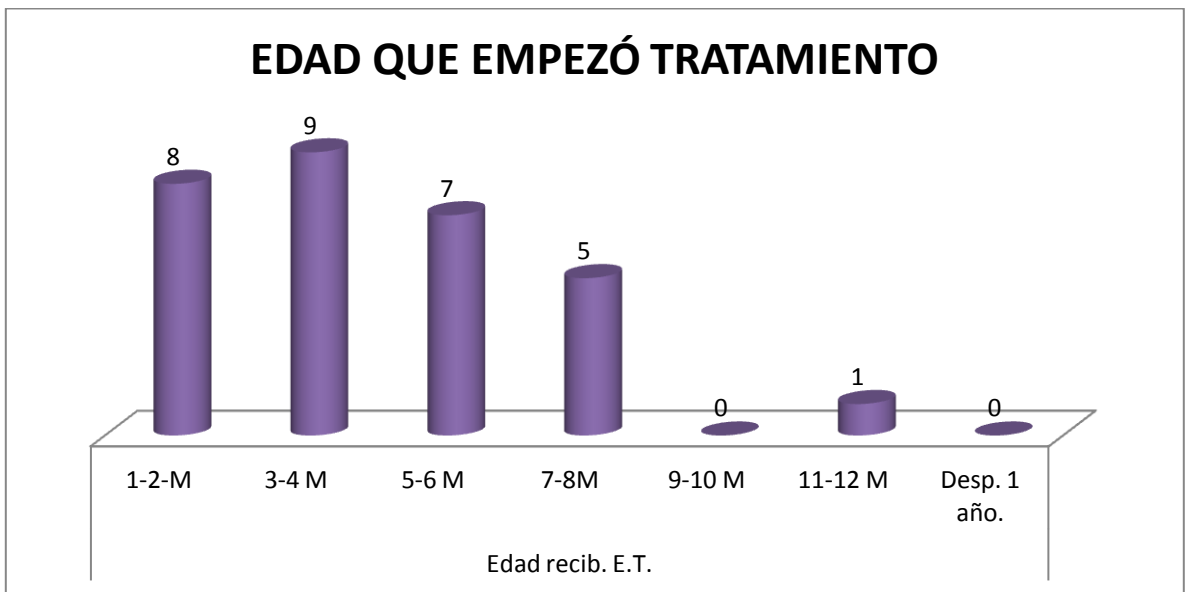
FUENTE: CONTEXTO DE INFORMACIÓN SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA, QUE TIENEN LOS PADRES DE NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS, CON ALTO RIESGO NEUROLÓGICO.

Grafica No. 5



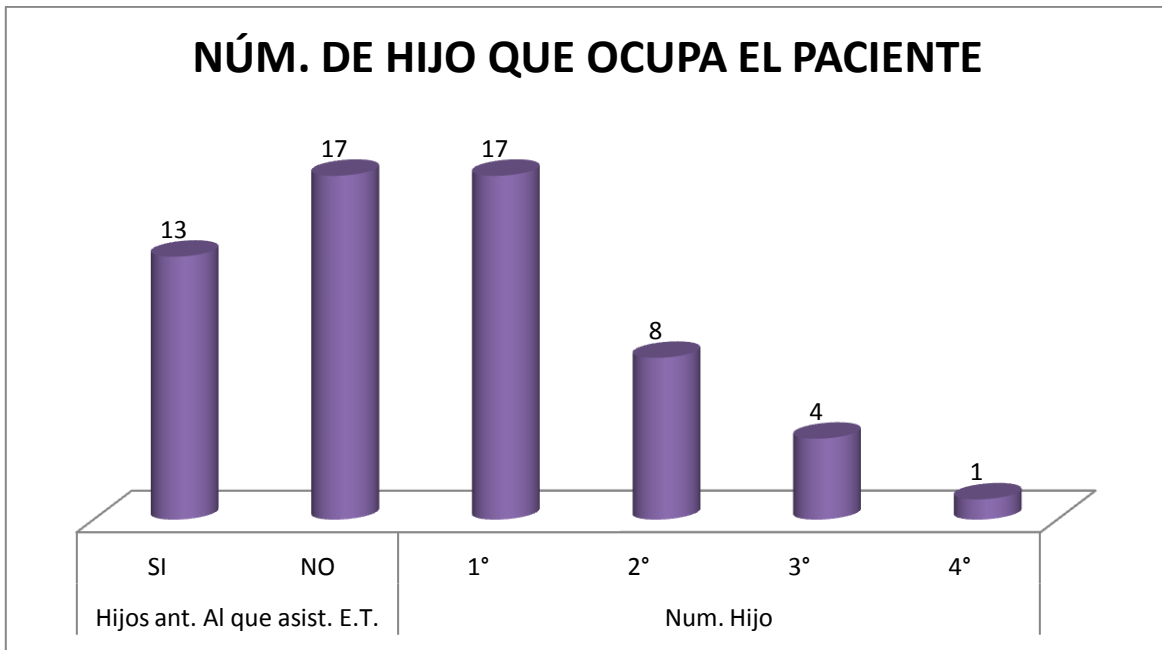
FUENTE: CONTEXTO DE INFORMACIÓN SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA, QUE TIENEN LOS PADRES DE NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS, CON ALTO RIESGO NEUROLÓGICO.

Grafica No. 6



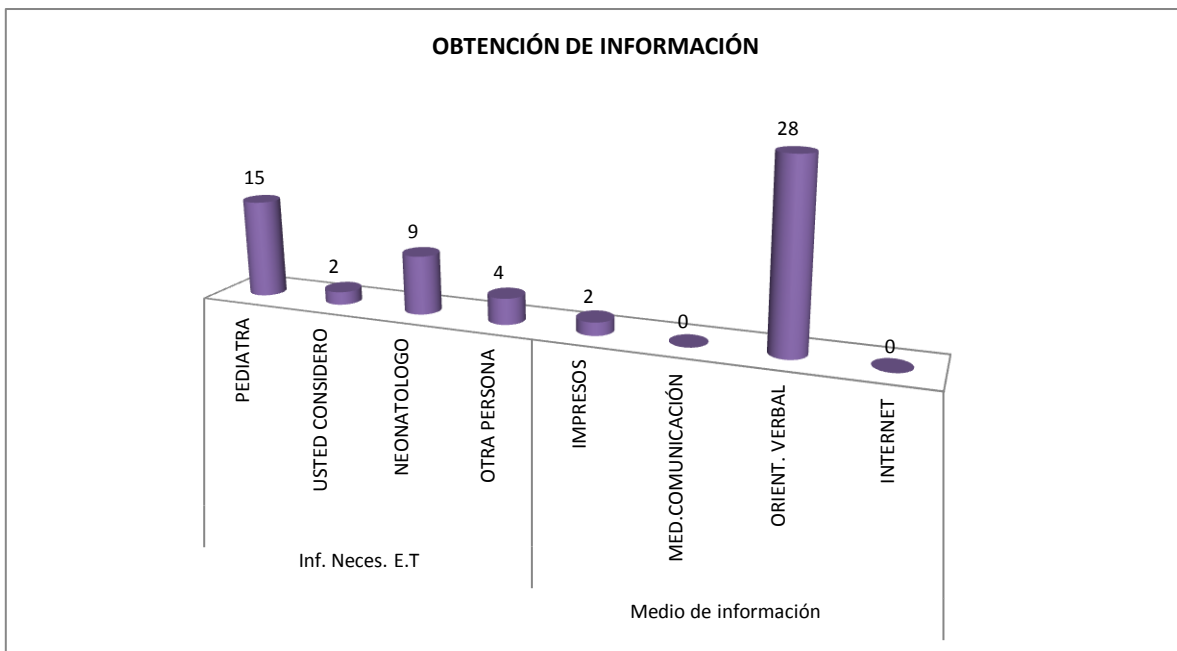
FUENTE: CONTEXTO DE INFORMACIÓN SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA, QUE TIENEN LOS PADRES DE NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS, CON ALTO RIESGO NEUROLÓGICO.

Grafica No. 7



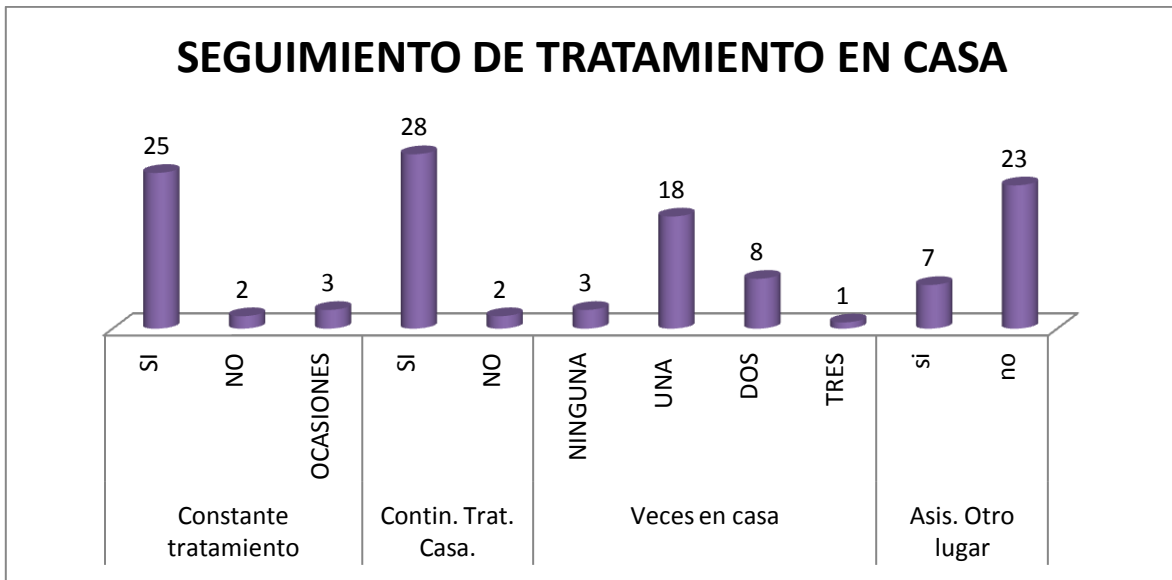
FUENTE: CONTEXTO DE INFORMACIÓN SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA, QUE TIENEN LOS PADRES DE NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS, CON ALTO RIESGO NEUROLÓGICO.

Grafica No. 8



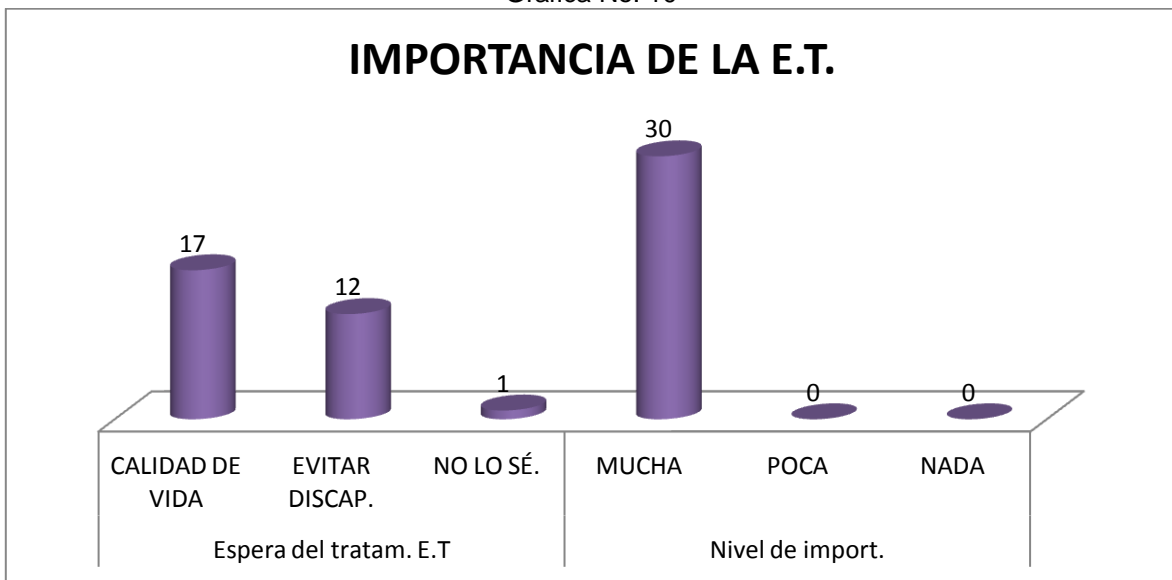
FUENTE: CONTEXTO DE INFORMACIÓN SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA, QUE TIENEN LOS PADRES DE NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS, CON ALTO RIESGO NEUROLÓGICO.

Grafica No. 9



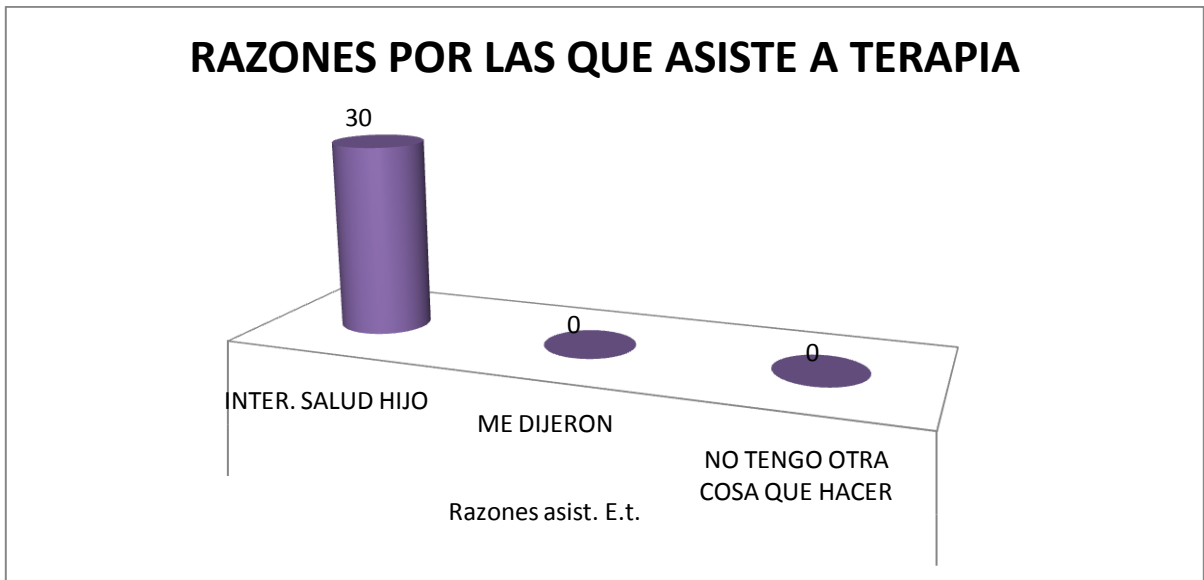
FUENTE: CONTEXTO DE INFORMACIÓN SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA, QUE TIENEN LOS PADRES DE NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS, CON ALTO RIESGO NEUROLÓGICO.

Grafica No. 10



FUENTE: CONTEXTO DE INFORMACIÓN SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA, QUE TIENEN LOS PADRES DE NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS, CON ALTO RIESGO NEUROLÓGICO.

Grafica No. 11



FUENTE: CONTEXTO DE INFORMACIÓN SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA, QUE TIENEN LOS PADRES DE NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS, CON ALTO RIESGO NEUROLÓGICO.

XI. Conclusiones

Realizada esta investigación se observa que tiene mucha relación el nivel académico con que cuentan las madres encuestadas y el conocimiento que tienen sobre la estimulación temprana, ya que la mayor parte de la muestra tuvieron nivel medio superior, también podemos darnos cuenta que es muy importante la información que proporciona el personal de la salud ya que la mayoría de las madres fueron asesoradas verbalmente por médicos y terapeutas.

Los resultados obtenidos me llevan a la conclusión que siendo el total de los encuestados son derechohabientes estos han sido orientados oportunamente por parte del personal de salud de la Clínica de Especialidades de la Mujer y el Centro de Rehabilitación Infantil, ya que en el cuestionario se hace referencia que los niños son atendidos desde los primeros 4 meses de vida principalmente, aunque con los resultados obtenidos se logra el 77% de las madres conocen sobre estimulación temprana y sus beneficios, aun se debe trabajar implementando platicas educativas sobre este tema, y poder cubrir la totalidad de la población con esta necesidad.

Analizada toda la información obtenidas en las encuestas se comprueba la hipótesis donde dice “Los padres de niños con alto riesgo neurológico que asisten al centro de rehabilitación infantil de la Secretaria de la Defensa Nacional, presentan carencias de información sobre estimulación temprana en un 25%.”

XII. SUGERENCIAS

Implementar una estrategia educativa para que los padres que acuden al Centro de Rehabilitación Infantil, adquieran conocimiento de manera clara y sencilla para que pueda ser transmitido a las personas que los rodean y así fomentar una cultura de prevención y detección de alteraciones en el desarrollo de los niños antes, durante y después del parto.

Proporcionar capacitación constante a todo el personal que labora en el área de estimulación temprana para que se encuentre con la capacidad de orientar a quien lo requiera con información actualizada.

Invitar a todos los padres y madres que asisten a este Centro de Rehabilitación Infantil que se interesen en el desarrollo de sus hijos durante y después del embarazo, así también a mantenerse informados sobre los factores que pueden provocar alguna discapacidad en sus hijos.

Dentro de la terapia ocupacional es muy importante el desarrollo del niño en los primeros años de vida ya que constituyen una etapa de la existencia en las que se van a configurar las habilidades perceptivas, motrices, cognitivas, lingüísticas y sociales que posibilitaran una equilibrada interacción con el mundo, debido a esto es necesario trabajar en este tema de investigación precisamente para evitar algún retraso en su desarrollo y así poder ayudar a un adecuado desarrollo en sus roles y actividades de la vida diaria.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Definición de contexto. Consultado el 4 de mayo 2012. Disponible en: <http://definicion.de/contexto/>
- 2.- Definición de información. Consultado el 4 de mayo 2012. Disponible en: <http://definicion.de/informacion/>
- 3.- Mulligan, Shelley; Terapia Ocupacional en pediatría, proceso de evaluación, Ed. Medica Panamericana 2006.
- 4.- Organización Mundial de la Salud. Desarrollo de la primera infancia. Nota descriptiva N°332. Agosto de 2009. Consultado el 4 de febrero 2012. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs332/es/index.html> (OMS)
- 5.- Estimulación Múltiple Temprana. Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Consultado el 10 de febrero 2012. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/Estimulacion_Temprana.pdf
- 6.- Implementación de las Actividades de Estimulación Temprana en las Unidades del Primer Nivel de Atención. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Secretaría de Salud 2007. Consultado el: 18 de febrero 2012. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7706.pdf>
- 7.- Programa de Estimulación Temprana. 1ª. Edición, Junio 2002. ISBN 970-721-061-3. Dirección General de Salud México.
- 8.- Grupo de atención temprana. Libro blanco de la atención temprana. 1a. ed. Madrid. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. 2000.
- 9.- Lester BM, Tronick EZ. “Estimulación del Niño Pretérmino: límites de plasticidad.” En: Clínicas Perinatológicas. 1ª. ed. México, Interamericana McGraw-Hill. 1/1990.

- 10.- Zúñiga C. los programas de estimulación temprana desde la perspectiva del maestro. Liberabit. [online]. 2007, vol. 13, no. 13 [citado 14 abril 2010], p. 19-27. disponible en internet.
- 11.- Figueiras, Amira Consuela; Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIAPI. Washington, D.C: OPS, 2006.
- 12.- UNICEF. Modelo Clínico de Aplicación, Guía para observar y estimular al niño en el hogar. 1969.
- 13.- Jordi S. La Estimulación Precoz en la Educación Especial. Barcelona, Ediciones CEAC. 1989.
- 14.- Benavides GHM, Tesch Knoch SR. "Sistematización de signos de alarma tempranos de daño neurológico para estimulación específica." Salud Pública Mex 27(5):375-382. 1985.
- 15.- Iriundo, M. Póo, P. Ibañez, M. Neonatología, seguimiento del recién nacido de riesgo. An Pediatr. Contin. 2006., 4(6):344-53. Hospital Universitario Sant Joan de Deu. Barcelona España. Consultado el 08 de marzo de 2012. Disponible en: <http://www.neonatos.org/DOCUMENTOS/Seguimiento%20RN%20riesgo.pdf>
- 16.- Crepeau E., Cohn E., Schell B. Terapia Ocupacional. 10ª. ed. Argentina. Edit. Médica Panamericana; 2005.
- 17.- Federación mundial de terapeutas ocupacionales. Consultado el 5 de mayo 2012. Disponible en: <http://www.todoexpertos.com/categorias/salud-y-bienestar/discapacidades/respuestas/1078227/terapia-ocupacional>.
- 18.- Colegio de Terapia Ocupacional. Consultado el 5 de mayo 2012. Disponible en: <http://www.coteoc.org/>
- 19.- Romero D., Moruno P., Terapia Ocupacional Teoría y técnicas, Edit. Masson 2003.

- 20.- Polonio B., Durante P., Noya B. Conceptos fundamentales de terapia ocupacional. 1ª. ed. Edit. Médica Panamericana.
- 21.- Círez I., García A., Barbero S. Terapia Ocupacional. TOG (A Coruña) 2009. Vol. 6 Supl. 4 pág. 28-36.
- 22.- Círez I., Pérez B., López S. Terapia Ocupacional en atención temprana. TOG (A Coruña) 2009. Vol. 6 Supl. 4 pág. 382-390.
- 23.- Polonio L. Castellanos O. Terapia Ocupacional en la infancia teoría y práctica. Edit. Panamericana; Argentina 2008.

XIV. ANEXOS

XIV.1. Anexo I

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL

CUESTIONARIO



CONTEXTO DE INFORMACIÓN SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA, QUE TIENEN LOS PADRES DE NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS, CON ALTO RIESGO NEUROLÓGICO.

La información obtenida en este cuestionario será totalmente confidencial y exclusivamente para el estudio mencionado.

Favor de contestar las siguientes preguntas: Seleccione con una "X" la respuesta que usted considere necesaria en cada pregunta.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN			
DATOS DE SU HIJO			
Edad:	Sexo	Masculino	Femenino
DATOS DE USTED			
Edad:	Sexo	Masculino	Femenino
Escolaridad			
Ninguna	Primaria	Secundaria	Preparatoria
Licenciatura	Posgrado		

Sección 1. Riesgo Neurológico

1.- ¿Sabe usted que es riesgo neurológico?

Si No

2.- ¿Conoce los factores que provocan el riesgo neurológico?

Si No

3.- ¿Sabe cómo evitar complicaciones durante el embarazo?

Si No

4.- ¿Qué edad tenía usted cuando nació su hijo (a) que asiste a terapia?

- Antes de los 18 años
- 18 a 25 años
- 26 a 30 años
- 31 a 38 años
- Más de 38 años

5.- ¿Presento usted alguna complicación durante el embarazo de su hijo (a) que asiste a terapia?

Si No

6.- ¿En qué mes presento la complicación?

1-3 meses 4-6 meses 7-9 meses

7.- ¿Durante el parto presento alguna complicación?

Si No

Sección 2. Información de Estimulación Temprana

8.- ¿Sabe qué es Estimulación Temprana?

Si No

9.- ¿Conoce los beneficios de la Estimulación Temprana?

Si No

10.- ¿A qué edad empezó a recibir tratamiento de Estimulación Temprana su hijo (a)?

1-2 meses	9-10 meses
3-4 meses	11-12 meses
5-6 meses	Después del primer año.
7-8 meses	

11.- ¿Tiene usted hijos anteriores al niño (a) que asiste a terapia?

Si No

12.- ¿Qué lugar ocupa su hijo (a) en su familia que recibe el tratamiento de estimulación temprana?

1º 2º 3º 4º

13.- ¿De acuerdo a su experiencia como madre o padre considera que su hijo (a) lleva un desarrollo normal observando las actividades que realiza?

Si No Desconozco

14.- ¿Quién le informo que su hijo (a) necesitaba tratamiento de estimulación temprana?

El pediatra Usted lo considero El Neonatólogo Otra persona

15.- ¿A través de que medio recibió la información de Estimulación temprana?

- Medios impresos (folletos, revistas, periódicos)
- Medios de comunicación (televisión, radio)
- Orientación verbal por parte del personal de salud (enfermeras, médicos, terapeutas)
- Buscando en Internet

16.- ¿Asiste constantemente a tratamiento al centro de rehabilitación infantil?

Si No En ocasiones

17.- ¿Usted continua en su casa el tratamiento que le fue indicado a su hijo (a) en el Centro de Rehabilitación Infantil?

Si No

18.- ¿Cuántas veces le realiza el tratamiento al día en su casa?

Ninguna Una vez Dos veces Tres veces

19.- ¿Asiste a algún otro lugar donde le realicen la estimulación temprana?

Si No

20.- ¿Qué espera usted del tratamiento de estimulación temprana que recibe su hijo (a)?

Mejor calidad de vida Evitar una discapacidad No lo sé

21.- ¿A su consideración que nivel de importancia cree que tiene la estimulación temprana para su hijo (a)?

Mucha Poca Nada

22.- ¿Cuáles son las razones por las que asiste a la estimulación temprana al centro de rehabilitación?

- Porque me interesa la salud de mi hijo (a)
- Porque me dijeron
- Porque no tengo otra cosa que hacer

23.- ¿Usted se ha interesado en preguntar al personal médico o terapéutico sobre los objetivos de tratamiento que recibe su hijo (a) en estimulación temprana?

Si No A veces

24.- ¿La información que le ha brindado el personal médico o terapéutico sobre la estimulación temprana es entendible?

Si No A veces

25.- ¿Sabe en qué fase de tratamiento se encuentra su hijo (a) de acuerdo al programa de estimulación temprana, que se maneja en el Centro de Rehabilitación Infantil de la Secretaría de la Defensa Nacional?

Si No