

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CARRERA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**



TEMA:

BENEFICIOS DE LA APLICACIÓN DEL MASAJE TERAPÉUTICO Y LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL ÁREA PERCEPTIVA - COGNITIVA EN NIÑOS PREMATUROS DE 0 A 18 MESES DE EDAD ATENDIDOS EN EL ÁREA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA DEL HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE LA CIUDAD DE SAN MIGUEL DURANTE EL PERIODO DE JULIO A SEPTIEMBRE DE 2012.

**TESIS DE GRADO PRESENTADA POR:
ELIDA ALICIDA MONTESINOS RIVERA
KAREN LISSETTE ROBLES TORRES
YOLANDA BERTILAPENADO CRESPO**

**PARA OPTAR AL GRADO DE ACADEMICO DE:
LICENCIATURA EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**

**DOCENTE DIRECTOR:
LICDA. LUZ ESTELÍ GUEVARA DE DÍAZ.**

NOVIEMBRE 2012.

SAN MIGUEL, EL SALVADOR CENTROAMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

**INGENIERO ROBERTO NIETO LOVO
RECTOR**

**MAESTRA ANA MARÍA GLOWER DE ALVARADO
VICERRECTORA ACADEMICA**

**LICENCIADO SALVADOR CASTILLO
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO
(Pendiente de elección)**

**DOCTORARA ANA LETICIA DE AMAYA
SECRETARIA GENERAL**

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES

MAESTRO CRISTOBAL HERNAN RÍOS BENÍTEZ
DECANO

LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ
VICEDECANO

MAESTRO JORJE ALBERTO ORTEZ HERNANDEZ
SECRETARIO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AUTORIDADES

**DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY
JEFE DE DEPARTAMENTO**

**MAESTRA XOCHILT PATRICIA HERRERA CRUZ
COORDINADORA DE LA CARRERA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA
OCUPACIONAL**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO
COORDINADORA GENERAL DEL PROCESO DE GRADUACION**

ASESORES

LICENCIADA LUZ ESTELÍ GUEVARA DE DÍAZ
DOCENTE DIRECTOR

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO
ASESORA DE METODOLOGÍA

AGRADECIMIENTOS.

A Dios Todopoderoso por habernos permitido alcanzar satisfactoriamente la culminación de nuestra carrera.

A los docentes de la carrera de Fisioterapia y Terapia Ocupacional por instruirnos con dedicación y esmero, a lo largo de nuestra carrera.

A la Licda. Luz EstelíGuevara de manera especial por habernos dedicado tiempo en nuestra formación y para la realización de nuestro trabajo de investigación y por habernos transmitido sus conocimientos.

A la Licda. Elba Margarita Berríos por su interés y asesorías brindadas durante el proceso de grado.

Al Dr. Joel Santos jefe del área de Fisioterapia del H.N.S.J.D por habernos permitido realizar nuestra ejecución y brindarlos su ayuda durante el proyecto.

A la Licda. Antonieta de Reyes coordinadora del área de Fisioterapia del H.N.S.J.D por habernos brindado la confianza de trabajar con los pacientes de su área y por sus aportes teóricos y prácticos además de su incondicional amistad.

A los niños y a los padres de familia por haber sido constantes a todas las sesiones de tratamiento, por el interés mostrado hacia la realización de todas las actividades realizadas a lo largo de la ter

ELIDA, KAREN Y YOLANDA

DEDICATORIA.

A Dios.

A ti Dios que me regalaste el don de la vida, gracias por regalarme una familia maravillosa. Haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres.

Que me dieron la vida y han estado conmigo en todo momento, gracias por que me regalaron la mejor herencia, mi formación profesional por creer en mi, por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo

Por los ejemplos de perseverancia y constancia principalmente de fe que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A mis hermanas:

Por su amor, por su apoyo incondicional, mas que mis hermanas mis mejores amigas Evelin y Reyna.

Mis abuelos: Juan de Dios Roque Penado (QEPD), Bertila de Jesús Ulloa, Yolanda Marina Romero.

Quiero agradecer, Especialmente a mi querida amiga y casi hermana Karen robles, Por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales. Agradezco a Elida Montesinos por su paciencia y apoyo cuando me enfrentaba ciertas dificultades.

YOLANDA PENADO

DEDICATORIA.

A DIOS: Por darme la salud, la sabiduría y el entendimiento para poder lograr los objetivos propuestos durante mi carrera como profesional de Fisioterapia y Terapia Ocupacional.

A MIS PADRES: Sara Alejandría Rivera y Guillermo Montesinos, por darme el apoyo necesario en los momentos que más lo he necesitado durante el transcurso de mis estudios.

A MIS HERMANOS: Sara Gabriela, Laura Alejandra, Saúl Rafael, José Guillermo Montesinos Rivera, por ser quienes me incentivaron a seguir con los estudios superiores, dándome su apoyo tanto emocional, como, económico, cuando más lo necesito.

A LOS LICENCIADOS: Por darme todo lo mejor de ellos y brindar sus conocimientos para mi formación y desempeño en el área de Fisioterapia y Terapia Ocupacional.

A MIS COMPAÑERAS DE TESIS: Por permitirme ser parte del grupo y darme su apoyo e incentivar me a seguir adelante, en los momentos más difíciles de nuestro trabajo de investigación.

A LAS PERSONAS MÁS ESPECIALES: Lic.: Mercedes Jiménez, que siempre estuvo para brindarme su apoyo, confianza y motivarme en aquellos momentos que más lo necesite para seguir adelante en la realización del trabajo de investigación y a Marlon Agustín Reyes por ser un pilar importante en mi vida y por haber llegado a dar un sentido a mi vivir siempre te tengo en mi mente y en mi corazón.

ELIDA MONTESINOS.

DEDICATORIA.

A DIOSOMNIPOTENTE: por haberme dado la vida, por estar con migo en todo momento sé que cuidas de mi y te agradezco por brindarme el entendimiento para culminar mi formación académica y profesional por que tu haz guiado mi camino.

A MIS PADRES: por darme el apoyo incondicional en los momentos que más lo he necesitado durante el transcurso de mis estudios, dándome su apoyo tanto emocional, como, económico, cuando más lo necesito.

A MIS HERMANOS: por haber creído en mí y apoyarme en todo momento.

A LOS LICENCIADOS: Por haberme instruido todo y brindarme sus conocimientos para mi formación a lo largo de la carrera.

A MIS COMPAÑERAS DE TESIS: Yolanda y Elida por permitirme ser su amiga darme su apoyo e incentivarne a seguir adelante, a lo largo de la carrera en nuestro trabajo de investigación.

A LAS PERSONAS MÁS ESPECIALES: Licda. Antonieta de Reyes, que siempre estuvo para brindarme su apoyo, confianza y motivarme en a seguir adelante en la realización del trabajo de investigación.

KAREN ROBLES

Í N D I C E

CONTENIDO	PÁGS.
RESUMEN	xv
INTRODUCCIÓN	xvii
CAPITULO I	
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Antecedentes del fenómeno objeto de estudio.....	21
1.2. Enunciado del problema.....	27
1.3. Justificación del estudio.....	28
1.4. Objetivos.....	31
1.4.1. Objetivo general.....	31
1.4.2. Objetivos específicos.....	31
CAPITULO II	
2. MARCO TEÓRICO	34
2.1 Bases teóricas.....	34
2.1.1 Niños prematuros.....	34
2.1.2 Causas que pueden provocar un parto prematuro.....	37
2.1.3 Signos de niño prematuro.....	38
2.1.4 Secuelas y complicaciones.....	39

2.1.5	Desarrollo normal en el área perceptiva cognitiva.....	40
2.1.6	Indicaciones para aplicar el masaje terapéutico.....	47
2.1.7	Estimulación temprana.....	47
	Actividades para la estimulación temprana en el área perceptiva	
	Cognitiva.....	49
2.2	Definición de términos básicos.....	58
2.2.1	Siglas utilizadas.....	60

CAPITULO III

3.	SISTEMA DE HIPOTESIS.....	62
3.1	Hipótesis de trabajo.....	62
3.2	Hipótesis nula.....	62
3.3	Unidad de análisis.....	62
3.4	Variables.....	62
3.5	Operacionalización de las variables.....	63

CAPITULO IV

4.	DISEÑO METODOLOGICO.....	65
4.1	Tipo de investigación.....	65
4.2	Población y muestra.....	66
4.3	Tipo de muestreo.....	66
4.4	Técnicas de recopilación de datos.....	68

4.5 Instrumentos.....	69
4.6 Materiales.....	69
4.7 Procedimiento.....	70
4.8 Riesgos y beneficios.....	71
4.9 Consideraciones éticas.....	72
 CAPITULO V	
5. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	74
5.1 Tabulación, análisis e interpretación de los datos.....	75
5.2 Prueba de hipótesis.....	97
 CAPITULO VI	
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	102
6.1 Conclusiones.....	102
6.2 Recomendaciones.....	103
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	 105

ANEXOS

ANEXO 1 Cronograma de Actividades generales.....	109
ANEXO 2 Cronograma de actividades específicas.....	110
ANEXO 3 Presupuesto y financiamiento.....	114
ANEXO 4 Certificado de consentimiento.....	115
ANEXO 5 Hoja de evaluación dirigida: a niños prematuros.....	116
ANEXO 6 Guía de entrevista dirigida A: Los padres de familia.....	120

FIGURAS

Figura 1 Prematuro límite. A Prematuro moderado B.....	121
Figura 2 Prematuro extremo, A hepatopatía B.....	122
Figura 3 Nefropatías , A infecciones intrauterinas B.....	123
Figura 4 Aplicación del masaje terapéutico A, B, C, D, E.....	124
Figura 5 Valoración perceptiva cognitiva de 0-6 meses A, B.....	127
Figura 6 Valoración perceptiva cognitiva de 7-12 meses A, B.....	128
Figura 7 Valoración preceptiva cognitiva de 13 a 18 meses A, B.....	129
Figura 8 Clausura de la ejecución.....	130

RESUMEN.

La investigación que se llevo a cabo con una población de 9 niños prematuros de ambos sexos entre las edades de 0-18 meses que se encontraron en el área de estimulación temprana del H.N.S.J.D. de S.M. durante el periodo de julio a septiembre de 2012, se les proporciono tratamiento a través del masaje terapéutico y de la estimulación temprana en el área perceptivo-cognitiva, a cada uno de los pacientes cumpliendo así el **Objetivo:** el cual se enfatizo en conocer los beneficios que se obtienen al aplicar masaje terapéutico y estimulación temprana en el área perceptivo-cognitiva en niños prematuros comprendidos entre las edades de 0-18 meses que asisten al área de estimulación temprana del H.N.S.J.D. También los objetivos específicos se fueron cumpliendo durante el desarrollo de la investigación a través de las actividades realizadas durante el proyecto. **Metodología:** el tipo de investigación que se realizo fue de tipo prospectiva, transversal, descriptiva, la muestra estuvo conformada por 9 niños que cumplían con los criterios de inclusión: niños que al nacer pesen menos de 2500gr, que pertenezcan al programa mama canguro, que oscilen entre las edades de 0-18 meses, que asistan al área de estimulación temprana del H.N.S.J.D de la ciudad de S.M. con un muestreo no probabilístico por conveniencia, las técnicas de obtención de información fueron documental y de campo utilizando la guía de entrevista y la hoja de evaluación. **Resultados:** con la intervención del masaje terapéutico y la estimulación temprana en niños prematuros se vio beneficiado el área perceptivo-cognitiva se confirmo que el 99.99% de los pacientes presentaba afecciones perceptuales cognitivas. Posteriormente a las aplicación del tratamiento se observo una notable mejoría en la realización de las

actividades perceptuales cognitivas necesarias para su desarrollo se registro un avance de un 99.99% que no completaban la realización de las actividades a un 99.99% de recuperación en niños en estudio.

PALABRAS CLAVES: Masaje terapéutico, estimulación temprana en el área perceptiva-cognitiva, niños prematuros.

INTRODUCCIÓN.

En presente documento constituye la investigación realizada sobre los **Beneficios de la aplicación del masaje y la estimulación temprana en el área perceptiva- cognitiva en niños de 0 a 18 meses de edad atendidos en el área de estimulación temprana del hospital Nacional San Juan de Dios San Miguel en el período de julio a septiembre de 2012**

El desarrollo de la investigación esta estructurado en seis capítulos los cuales son:

Capítulo I: el Planteamiento del problema, el cual lo conforma los antecedentes del fenómeno objeto de estudio así como causa y efecto del fenómeno a estudiar y antecedentes del lugar donde se realizará la investigación; seguidamente se presenta el Enunciado del Problema en donde el tema se transforma en interrogante la cual se respondió al final de la investigación, según resultados que se lograron obtener, posteriormente se dan a conocer los Objetivos de la Investigación, que se dividen en un objetivo general, el cual sirvió como pauta para llevar a cabo el estudio; posteriormente los objetivos específicos los cuales permiten llevar una secuencia lógica y ordenada en el desarrollo del presente documento.

Capítulo II: esta constituido por el marco teórico donde se abordaron temas importantes para la comprensión de esta investigación, aquí se definirá que es un niño prematuro, las causas que pueden provocar un parto prematuro, los signos de

prematuros, la descripción de masaje, que es la estimulación temprana y las diferentes actividades que se pueden realizar para estimular óptimamente el área perceptiva-cognitiva del infante así como otros aspectos de vital importancia; y para culminar con este apartado se hará la definición de términos básicos dentro de los cuales están Betametasona, Conducta adaptativa, Diabetes, Egocentrismo, Masaje, entre otros: y se procede además a la especificación de las Siglas y Abreviaturas a utilizadas.

Capítulo III: conformado por el sistema de hipótesis, en donde se establece la hipótesis de investigación, y las relaciones entre dos o más variables; y una hipótesis nula que niega lo que se afirma en la hipótesis de investigación. Posteriormente la Operacionalización de las hipótesis en variables, que son las características de estas ya sean cuantitativas o cualitativas que sirvieron como objeto de estudio.

Capítulo IV: Diseño Metodológico se determinaron las estrategias y procedimientos con los que logro la comprobación de las variables planteadas con anterioridad, en este ítem se describe como se realizó esta investigación y está comprendido por los siguientes apartados: Tipo de Investigación, Universo, Muestra, Tipo de Muestreo, Técnicas e instrumentos de Recolección de Datos, materiales y el Procedimiento. Seguidamente presentaron los riesgos y beneficios en el cual se describen si la población que participara en dicha investigación corre algún riesgo o si obtendrá algún beneficio, el siguiente apartado, se detallan las consideraciones étnicas en la cual el equipo investigador debe guardar confidencialmente la información brindada, por la persona que participara en dicha investigación.

Capitulo V: Presentación de los resultados: lo conforman la tabulación, la representación de los gráficos con su respectivo análisis e interpretación de los datos utilizados durante la investigación y la prueba de hipótesis.

Capitulo VI: Lo constituyen las conclusiones y recomendaciones, las cuales enmarcan las causas que influyen en la problemática estudiada y se dan a conocer las posibles soluciones de la misma. Seguidamente se prosigue citan las referencias bibliográficas utilizadas durante el desarrollo de la investigación y para finalizar los anexos en los cuales ilustran el presenta trabajo.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1 ANTECEDENTES DEL FENÓMENO OBJETO DE ESTUDIO

Desde la antigüedad se conoce que el niño está inmerso dentro de una realidad y que sus primeros actos racionales se manifiestan en los contactos que tiene o realiza con los objetos y fenómenos que están a su alrededor que pueden verse afectados por varias circunstancias de etiología prenatales, perinatales y postnatales que se convierten en una amenaza para la salud física y mental del niño.

En Alemania, en el año de 1961, el niño prematuro precisaba de un gran soporte asistencial, no sólo en el periodo neonatal inmediato, sino también a lo largo de su vida, ya que la inmadurez condiciona en algunos casos secuelas que requieren atención, con implicación de múltiples profesionales, uno de los tratamientos utilizados durante década era administrar corticoides a la madre, los cuales tienen como efecto beneficioso, entre otros, favorecer la maduración pulmonar fetal.

Entre 1970 y 1972 Estados Unidos, contaba con respiradores artificiales donde se les conecta a los niños prematuros un respirador o ventilador para ayudarles a respirar ya que sus pulmones no estaban desarrollados completamente y se les alimenta mediante una sonda insertada en una vena o a través de la nariz al estómago.

En México, durante las primeras décadas de siglo XX los tratamientos médicos preventivos implementado por nutriólogos se enfocaban en la nutrición o la buena alimentación de la madre, y así el bebé tener un buen desarrollo gestacional.

El masaje es tan antiguo como el hombre, se encuentran referencias en libros de medicina china que datan de más de 4 mil años y, en occidente se ha utilizado desde los tiempos de Hipócrates (el padre de la medicina), que aplicaba los términos anotados en escritos del siglo VI A.C, probablemente más si se considera fricción, frotación, como técnicas que utilizaban en los animales para después auto tratarse, ante un golpe la persona se frota o fricciona sobre una zona con contusión inconscientemente para disminuir el dolor.

El doctor francés F. Leboyer, después de observar cómo una madre masajeaba a su bebé, quedó fascinado con la fuerza de los movimientos y los beneficios que esa práctica tenía en los bebés y luego decidió importar esas técnicas a Occidente.

En ciertas partes de Asia y África las mujeres han dado masajes a sus bebés durante siglos; en estas culturas los masajes constituyen un aspecto fundamental en el cuidado cotidiano del bebé y los aceites que empleaban para realizar el masaje son el aceite de coco en verano, por sus propiedades enfriantes, y en invierno el aceite de mostaza por el calor que proporciona. En la cultura africana las madres nigerianas utilizaban el aceite de

palma y el de almendras, mientras que en Ghana se usa una mantequilla extraída de un árbol de la zona y sus masajes son en general con movimientos vigorosos.

En el Chaco (Argentina) y en algunas tribus de Latinoamérica, utilizan el masaje para volver a los niños “más bellos”.

En 1976 Vilma SchneiderMcClure, hizo una adaptación de diferentes técnicas de masaje para ser aplicadas, adaptadas y comprendidas en nuestra sociedad, con este fin se creó, en 1981, la Asociación Internacional de Masaje Infantil (IAIM), que llegó a España en 1993 con el nombre de “AEMI”.

En Costa Rica, se llevó a cabo un estudio, en el año 2003, realizado por la enfermera Ruth Ortiz Jiménez, en el cual describe su experiencia en un taller comunal de masaje infantil, impartido a padres y madre cuyas edades oscilaron entre 26 y 30 años y cuya escolaridad mínima predominante fue la secundaria completa.

La tradición de la aplicación del masaje para niños fue relegada por las sociedades modernas, siendo utilizada solamente en las culturas que conservaron más el contacto con la naturaleza humana. Así se ha mantenido latente hasta que se ha podido recuperar para ayudarnos a satisfacer necesidades consideradas básicas que se cubren a través de la piel.

La estimulación temprana se ha utilizado de forma sistemática a partir de 1961, en Inglaterra donde se iniciaron los primeros programas de estimulación, posteriormente se intensifica este servicio en Estados Unidos contribuyendo a la estructuración teórica de esta nueva disciplina.

En Sudamérica las actividades iniciaron en Uruguay en 1963, en trabajos realizados en niños con retardo mental y a partir de 1971 se comienza a utilizar la estimulación temprana con niños de alto riesgo.

En Cuba; se han podido utilizar diversidad de modalidades como estimulación temprana, la Dra. Lidia Coriat (1981) definió una técnica para ayudar a niños con alteraciones en el desarrollo para mejorar trastornos o moderar los efectos de éstos.

En general, en América Latina la estimulación temprana, las estrategias encaminadas a la atención de la niñez, se orientaron en primer lugar en políticas de alimentación, nutrición y salud, desde la primera mitad del siglo XX, con esto se busca crear estrategias de atención integral al niño, combinando aspectos de salud, nutrición, desarrollo motor, afectivo- social incorporando a la familia como agentes de estimulación.

En México, Miriam Rencoco, para obtener su maestría en psicología educativa, realizó un trabajo en la sala de lactantes de una guardería, prestándoles una atención sistemática en cuanto a estimulación.

El Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel fue fundado el 11 de abril de 1824, por Don Juan de Dios Pérez, junto con otras personas como el español Don Juan Camayuno.

Cuando fue fundado el hospital no contaba con un director, puesto que se manejaba por medio de una directiva llamada Junta de la Caridad, quienes eran elegidos cada año y cuyos miembros debían de ser aceptados por el supremo Gobierno de esa época.

“En 1983, se habilita el área de maternidad incluyendo el área de neonato sano y aislado, con una capacidad para 15 niños ingresados”¹ quedando fundada de esta manera el área de neonatos. De igual forma en esa misma década, se crean diferentes programas de ayuda al recién nacido, las autoridades de salud en base a realidad de la prematuridad han implementado medidas para poder contrarrestar ese problema, y se creó el programa de fortalecimiento del paquete “madre-bebe” con instauración del programa Método

¹Mayra Ortiz, Jorge Santa marina, Sandra Amaya, “Intervención de la estimulación temprana en niños y niñas con diagnóstico de prematuros, atendidos en el área de Neonato de Hospital Nacional San Juan de Dios de la ciudad de San Miguel, durante el período de Julio a Septiembre de 2005”

Madre Canguro (MMC) el cual interviene para el manejo y tratamiento del recién nacido prematuro.

El método “Madre Canguro” tubo sus inicios en 1978 en el instituto materno infantil de Santa fe en Bogotá Colombia, en 1994 se constituye la fundación canguro, sin fines de lucro la cual tiene como misión humanizar la neonatología, la técnica madre canguro, tiene un impacto educativo en torno a la familia, facilita los vínculos afectivos padres-hijos y protector contra el abandono y el maltrato infantil. En el año de 2005 se empieza a implementar el programa madre canguro en el área de neonatos del Hospital Nacional San Juan de Dios de la ciudad de San Miguel, además de la aplicación del masaje (carias superficiales), después de realizar el baño del bebe.

El 2 de octubre del año 2010 se refieren niños prematuros del área neonatos que participaron en el programa madre canguro, para darles seguimiento y de esa forma se envían a fisioterapia al área de estimulación temprana, para su respectivo tratamiento tanto físico, como perceptivo-cognitivo, en ese mismo año, se referían prematuros por médicos pediatras con bajo peso al nacer sin complicaciones severas.

De la problemática antes descrita se deriva el problema de investigación el cual se enuncia de la siguiente manera:

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Qué beneficios se obtienen al aplicar el masaje terapéutico y la estimulación temprana en el área perceptivo-cognitiva en niños prematuros entre las edades de 0 meses a 18 meses que asisten al área de estimulación temprana del Hospital Nacional “San Juan de Dios” de la ciudad de San Miguel, departamento de San Miguel?

1.3 JUSTIFICACION DEL ESTUDIO.

La prematuridad es la principal causa de morbilidad y mortalidad neonatal en los países desarrollados, y es responsable de la mayor parte de las muertes de recién nacidos sin malformaciones y de la mitad de las discapacidades neurológicas congénitas.

Una de las alternativas de tratamiento adecuado para beneficiar a niñas y niños prematuros para mejorar su calidad de vida podría ser el masaje terapéutico y estimulación temprana en el área perceptivo cognitiva.

Los beneficios de la aplicación del masaje terapéutico podrían ser, mejorar los hábitos del sueño, ayudar a la digestión, reducir la acumulación de estrés, estimular la circulación, promover un mayor desarrollo motriz y mental y ayudar a mejorar el sistema inmune del bebé. En algunas literaturas se mencionan que al ser cargados, acunados, acariciados, tocados, masajeados, etc., es algo tan indispensable para los niños pequeños como las vitaminas, sales minerales y proteínas es por esta razón que se considera una técnica importante para aplicar a los bebés, especialmente a los prematuros.

La estimulación temprana es una de las técnicas utilizadas para el tratamiento de las áreas del desarrollo normal de los niños, como lo son el área de lenguaje, área social, área motora y área perceptiva-cognitiva ésta última será la que se abordará en este

trabajo. Se dice que proporciona al niño las experiencias que necesita desde el nacimiento, para desarrollar al máximo su potencial intelectual, psicológico, social, sensorial, perceptivo y cognitivo, tomando en cuenta el beneficio que las percepciones traen a la población infantil. La estimulación temprana en el niño podría brindarle la oportunidad de que tenga una estructura cerebral sana y fuerte, por medio de estímulos, utilizando al máximo sus potenciales físicos e intelectuales.

Se conoce la existencia de centros o instituciones que cuentan con servicios de estimulación temprana pero no aplican el masaje terapéutico, a pesar de esto muchos de los niños prematuros no logran recibir un tratamiento adecuado, por diversas razones entre las cuales podrían ser falta de tiempo, falta de interés o problemas económicos por parte de los padres, por lo cual se realizará la investigación con el fin de poder beneficiar a la población en objeto de estudio que asiste al área de estimulación temprana del Hospital Nacional “San Juan de Dios” del departamento San Miguel, ciudad de San Miguel.

Para la realización de este estudio se debe tener en cuenta las diferentes secuelas y complicaciones que el niño prematuro puede llegar a presentar si no se les da un adecuado tratamiento de forma continua, si mejora o no sus capacidades cognitivas y perceptuales.

Considerando que la mejor manera de estimular las percepciones puede ser a través de los sentidos visuales, y táctiles donde el niño aprende de forma diferente sin tener que realizar actividades rutinarias, permitiéndole auto expresión, y una forma de autodescubrimiento, exploración y experimentación, con sensaciones, percepciones y relaciones interpersonales con sus semejantes a través de las cuales llega a conocerse a sí mismo y a formar conceptos sobre el mundo que lo rodea.

Con la realización de esta investigación se verán beneficiados niñas y niños prematuros ya que requieren cuidados y atenciones diferentes y un poco más especializadas en el área perceptivo- cognitiva que un niño a término, estas se pretenderán cubrir con la aplicación del masaje terapéutico y la estimulación temprana en el área perceptivo-cognitiva. El centro o institución ya que cuenta con la población que servirá de objeto de estudio y se le brindarán herramientas útiles para una mejor atención a éstos niños; estudiantes y futuros lectores puesto que servirá para que tengan un mayor nivel de conocimiento sobre las alternativas de tratamiento existentes para los niños prematuros. El investigador ya que ayudará a formular nuevas teorías, poder modificar las existentes, aumentar la capacidad de conocimientos teóricos sobre el tema, observar los diferentes beneficios que la aplicación de estas técnicas pueden brindarle a los niños y niñas prematuros.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Demostrar los beneficios que se obtienen al aplicar masaje terapéutico y la estimulación temprana en el área perceptivo cognitiva en niños(as) prematuros entre las edades de 0 meses a 18 meses, que asisten al área de estimulación temprana del Hospital Regional Nacional San Juan de Dios, Departamento San Miguel, San Miguel.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Confirmar si el masaje terapéutico tiene beneficios en el área perceptivo-cognitiva de los niños prematuros en estudio.
- Identificar la edad perceptivo cognitiva de niños prematuros objeto de estudio.
- Comprobar si la estimulación temprana en el área perceptivo-cognitivo beneficia la percepción visual y auditiva en los niños prematuros en investigación.
- Demostrar si la estimulación temprana en el área perceptivo-cognitiva favorece la prensión voluntaria por el uso del dedo índice en niños prematuros que formaron parte de la muestra.

- Orientar a los padres de familia o a los principales responsables del cuidado del niño, a fin de que se aplique el masaje terapéutico y estimulación temprana en el área perceptivo cognitiva.

- Crear una guía de evaluación para poder estimular el área perceptivo cognitiva en niños prematuros.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 BASE TEÓRICA.

2.1.1 NIÑOS PREMATUROS.

Se considera prematuro a todo recién nacido con un peso inferior a 2.500 gr y nacido antes de las 37 semanas de gestación.

En relación a la edad gestacional se realiza la siguiente clasificación:

Prematuro límite: entre 35 y 37 semanas (**ver fig.1 A**) habitualmente sin complicaciones.

Prematuro moderado: entre 31-35 semanas (**ver fig.1 B**) baja mortalidad.

Prematuro extremo: entre 24-30semanas (**ver fig. 2 A**) complicaciones graves.

El niño prematuro nace con una inmadurez de sus órganos y sistemas (respiración, control de temperatura, digestión, metabolismo, etc.) esto le hace más vulnerable a las enfermedades y más sensible a los agentes externos (luz, ruido, etc.). Es posible que un niño nazca a las 40 semanas con un peso igual al de un niño prematuro de 32 semanas, son los pequeños con relación a su edad gestacional.No todos los niños prematuros van a presentar los mismos problemas. Por debajo de 35 semanas necesitan apoyo adicional para sobrevivir fuera del útero materno, por lo que deberán ingresar en una Sala de

Neonatología. Hay que tener en cuenta que la gravedad de los problemas está en relación a la edad gestacional.

El origen de estos problemas se encuentra en la inmadurez de sus órganos, que al nacer todavía no se han desarrollado del todo. Tendrán que madurar fuera del útero de la madre. La mayoría requiere respiración asistida, alimentación vía parenteral y toda una serie de intervenciones, hasta que su organismo pueda funcionar por sí solo. Aun así, la maduración extrauterina provoca, en mayor o en menor medida, restricciones nutricionales y de aportación de oxígeno.

El recién nacido puede sufrir también hemorragias cerebrales. Si además hubo restricción del crecimiento durante el embarazo, algo que ocurre con el 20% de los prematuros, es decir, que hubo anomalías relacionadas con la placenta que hicieron que el feto recibiese menos nutrientes y oxígeno, puede haberse alterado el desarrollo de funciones básicas. "Si el cerebro detecta que hay una restricción, redistribuye su sangre, priorizando el riego de las áreas que controlan los automatismos fisiológicos, como la respiración, y restringe los aportes a otras áreas superiores relacionadas con tareas cognitivas y emociones"² explica Gratacós. Esta situación repercute en la configuración del cerebro del bebé. "No hay una verdadera lesión, pero sí una reprogramación que influye en las áreas relacionadas con las funciones cognitivas. Si se detecta entre los 6 meses de gestación y los 2 años, como el cerebro del bebé es extraordinariamente

²www.medicinafetalbarcelona.org/.../Dr.-Eduard-Gratacos_E.S.

plástico, se puede estimular y corregir. Los prematuros también pueden ser adultos con un corazón frágil, sobre todo aquellos que durante el embarazo han sufrido además insuficiencia placentaria "tienen un riesgo entre cuatro y cinco veces superior a sufrir problemas cardiovasculares en la edad adulta", afirma Gratacós. "Si hay una restricción de oxígeno y glucosa también se altera el mecanismo de contracción de las células cardíacas. Si éstas trabajan con estrés y el ritmo del latido no es suficientemente relajado, instauran un patrón de funcionamiento que predispone a sufrir insuficiencia cardíaca o hipertensión",³

Los niños que han nacido prematuramente no sólo presentan con más frecuencia problemas motores, psíquicos y sensoriales, también tienen más problemas del crecimiento, más procesos infecciosos intercurrentes y de mayor gravedad, sobre todo infecciones respiratorias. Estas circunstancias determinan que la demanda de los padres sea mayor y que, en ocasiones, requieran intervenciones específicas respecto a la alimentación y a las infecciones de repetición.

³Gratacósobcit

2.1.2 CAUSAS QUE PUEDAN PROVOCAR UN PARTO PREMATURO.

Las causas más comunes se clasifican de la siguiente manera:

Enfermedades maternas entre las cuales están: hepatopatías: se aplica a muchas enfermedades y trastornos que provocan que el hígado funcione inadecuadamente o que deje de funcionar. El dolor abdominal, el color amarillo de la piel o los ojos (ictericia) o los resultados anormales de las pruebas de la función hepática sugieren que se padece una hepatopatía (**ver fig.2 B**), endocrinopatías, cardiopatías engloban a cualquier padecimiento del corazón o del resto del sistema cardiovascular. Habitualmente se refiere a la enfermedad cardíaca producida por asma o colesterol nefropatías (**ver fig.3 A**) o infecciones intrauterinas (**ver fig.3 B**), afecciones obstétricas y ginecológicas: mioma uterino que es un tumor benigno y no canceroso que crece a expensas de la capa muscular del útero o miometrio (capa muscular intermedia (formada por músculo liso), entre la serosa peritoneal y la mucosa glandular (endometrio), que constituye el grueso del espesor de la pared del cuerpo uterino. Fundamental en la contracción del útero en el trabajo de parto. Se caracteriza por ser el tejido más flexible del cuerpo humano, pues es capaz de estirarse lo suficiente como para permitir el crecimiento y desarrollo del embrión durante el embarazo; volviendo tras el parto a su tamaño normal).

Sociales: trabajo físico intenso, drogadicción, tabaquismo, madres solteras, desnutrición en la madre, intoxicación. Fetales: gemelaridad, primogénitos, mal formaciones congénitas Los episodios y afecciones de la madre pueden contribuir a las contracciones prematuras. Los ejemplos son: Diabetes, cardiopatía, infección (como una infección urinaria o de la membrana amniótica) diferentes problemas relacionados con el embarazo incrementan el riesgo de contracciones prematuras: Un cuello uterino "insuficiente" o debilitado, llamado insuficiencia cervicouterina, anomalías congénitas del útero, antecedentes de parto prematuro, mala nutrición poco antes o durante el embarazo, preeclampsia: desarrollo de hipertensión arterial y presencia de proteína en la orina después de la semana 20 del embarazo ruptura prematura de membranas (placenta previa). Otros factores que provocan que las contracciones prematuras y un parto prematuro sean más probables abarcan: Raza afroamericana (no relacionada con el nivel socioeconómico) Edad (menores de 16 y mayores de 35) Falta de cuidados prenatales, nivel socioeconómico bajo consumo de tabaco, cocaína o anfetaminas.

2.1.3SIGNOS DE NIÑO PREMATUROS.

Los órganos de un bebé prematuro no están completamente desarrollados. El bebé necesita cuidados especiales en una sala de recién nacidos hasta que los sistemas orgánicos se hayan desarrollado lo suficiente como para mantenerlo con vida sin soporte médico. Esto puede tomar de semanas a meses. Entre los más comunes están: un bebé prematuro tendrá un peso al nacer más bajo que un bebé a término. Los signos físicos

comunes de prematuridad abarcan: vello corporal (lanugo), patrones respiratorios anormales (pausas irregulares y superficiales en la respiración llamadas apnea), clítoris agrandado (en las niñas), problemas para respirar debido a los pulmones inmaduros (síndrome de dificultad respiratoria neonatal) o neumonía, tono muscular bajo y menor actividad que los bebés a término, problemas para alimentarse debido a la dificultad para succionar o coordinar la deglución y la respiración, menos grasa corporal, escroto pequeño, liso sin pliegues y testículos sin descender (en los niños), cartílago del oído suave y flexible, piel delgada, lisa, brillante, que a menudo es transparente (se pueden ver las venas bajo la piel). No todos los bebés prematuros tendrán estas características.

2.1.4 SECUELAS Y COMPLICACIONES DE NIÑO PREMATURO.

Algunas de las complicaciones a corto plazo que pueden presentar los niños prematuros son anemia, sangrado intracerebral (hemorragia interventricular en neonatos) o daño a la sustancia blanca del cerebro (leucomalacia periventricular), infección o sepsis neonatal, azúcar bajo en la sangre (hipoglucemia), síndrome de dificultad respiratoria neonatal, aire extra en el tejido pulmonar (enfisema intersticial pulmonar), sangrado en los pulmones (hemorragia pulmonar), ictericia del recién nacido, conducto arterial persistente, inflamación intestinal severa (enterocolitis necrósate).

Las posibles complicaciones a largo plazo abarcan, displasia broncopulmonar (DBP) que es una enfermedad pulmonar obstructiva crónica severa que se presenta casi

totalmente en prematuros, principalmente en los menores de 1000g de peso y 28 semanas de edad gestacional, consecutivo a una intervención terapéutica, que desarrolla una insuficiencia respiratoria después de la primera semana de vida, con anormalidades radiológicas pulmonares y necesidad de oxígeno suplementario a los 28 días de edad, o mejor aún, después de las 36 semanas de edad gestacional; otras de las complicaciones pueden ser retraso en crecimiento y desarrollo, retraso o discapacidad mental o física, retinopatía de la prematuridad, pérdida de la visión o ceguera.

2.1.5 DESARROLLO NORMAL EN ÁREA PERCEPTIVA.

“El hecho de tratar la percepción y la cognición se basa en el supuesto de que existe una relación muy estrecha entre las dos. En su sentido más amplio, la expresión “procesos cognitivos” se refiere a aquellos procesos a través de los cuales se adquiere y se mantiene el “conocimiento”. El problema más importante que define el dominio del desarrollo cognitivo se halla en el intento de comprender como un organismo de una clase determinada, a través de sus encuentros con los fenómenos, construye el mundo. Es evidente, partiendo de esta definición del problema, que la cognición debe estar relacionada intrínsecamente con los procesos perceptuales. Los términos sensación, percepción, imaginación, retención, recuerdo, solución de problemas, pensamiento, etcétera, son todos aspectos de la cognición”.

“Durante el periodo en que el bebé todavía no es capaz de proporcionar informes introspectivos verbales, solo nos es posible especular acerca de la índole de su experiencia cognitiva. Tales especulaciones, que deben fundarse en inferencias conductuales, en la plausibilidad lógica y en estimaciones del grado de refinamiento cognitivo existente. Aunque aparentemente el mundo objetivo no tiene ninguna existencia conceptual para el bebé, puede no obstante servir para evocar en forma innata ciertas respuestas organizadas como las de aferrar o seguir con la vista. El curso del desarrollo cognitivo en los bebés también es paralelo al desarrollo inicial del concepto de sí-mismo, a la diferenciación entre el sí-mismo y el ambiente y al surgimiento de emociones e ideas distintivas.

El aprendizaje perceptual es un aumento en la capacidad que tiene un organismo para informarse respecto de su ambiente, como resultado de la práctica o de experiencia. El crecimiento normal de la capacidad perceptual depende del progresivo perfeccionamiento cognitivo derivado de la experiencia acumulada respecto de una amplia gama de estímulos. Si esa experiencia es demasiado restringida, no se producirá el perfeccionamiento cognitivo ni, en consecuencia, el aprendizaje perceptual. Esto se demuestra de manera evidente en la inmadurez perceptual y el desarrollo muy lento de las aptitudes discriminativas que caracterizan a los individuos que adquieren la facultad visual en la edad adulta. Estos individuos necesitan un periodo preliminar de orientación antes de poder organizar su experiencia visual, realizar discriminaciones simples entre figuras geométricas o reconocer los mismos objetos en distintos contextos”.

Desarrollo Cognitivo normal.

0-2 meses: “las actividades de cuidado proporcionan estímulos visuales, táctiles, olfatorios y auditivos, que favorecen el desarrollo cognitivo. Los lactantes se habitúan a los estímulos familiares y prestan más atención cuando cambia el estímulo. Los lactantes pueden diferenciar entre patrones, colores y consonantes. Pueden reconocer las expresiones faciales (sonrisa) como parecidas, aunque aparezcan en caras diferentes.

También pueden emparejar propiedades abstractas de los estímulos, como contorno, intensidad o patrón temporal, a través de distintas modalidades sensoriales. Por ejemplo, los lactantes de 2 meses de edad pueden discriminar los patrones rítmicos del lenguaje nativo, frente al no nativo. Los lactantes parecen buscar activamente los estímulos, como si satisficieran una necesidad innata de dar sentido al mundo. Estos fenómenos representan la integración de los estímulos sensoriales en el sistema nervioso central”⁴.

2-6 meses: “los niños de 4 meses se describen como << recién nacidos >> desde el punto de vista social y se interesan por un mundo cada vez más amplio. Durante la alimentación el lactante ya no solo se centrará solo en la madre, sino que se distrae en otras cosas. En los brazos de su madre, quizás, puede literalmente <<observar los alrededores >> y quizá prefiera mirar hacia afuera.

⁴Nelson: Tratado de pediatría. Elsevier España, SL. Edición 18 Pág. 44

Los lactantes de esta edad también exploran sus propios cuerpos, se miran intencionalmente las manos, vocalizan, balbucean y se tocan las orejas, las mejillas, los genitales. Esas exploraciones representan una fase precoz en la comprensión de la relación causa- efecto, a medida que el lactante aprende que los movimientos musculares voluntarios generan sensaciones táctiles y visuales predecibles. También desempeñan un papel en la emergencia de un sentido del yo, separado de la madre. Esta es la primera fase del desarrollo de la personalidad. Los lactantes llegan a relacionar determinadas sensaciones a través de repetición frecuente. La sensación propioceptiva de mantener la mano levantada y mover los dedos se acompaña siempre de la visión de los dedos moviéndose. Tales sensaciones de <<yo>> están conscientemente relacionadas y son reproducibles a voluntad. En contraste, las sensaciones que se asocian a <<otros>> ocurren con menos regularidad y en combinaciones variables. El sonido, el olor y el tracto de la madre en ocasiones aparecen con rapidez en respuesta al llanto, aunque otras veces no aparecen. La satisfacción que proporciona la madre u otros adultos queridos continúa el proceso de apego.”⁵

6-12 meses: “el lactante de 6 meses de edad ha descubierto sus manos y pronto aprenderá a manipular objetos. Al principio, el niño se lo lleva todo a la boca. Con el paso del tiempo, coge los nuevos objetos, los inspecciona, los pasa de una mano a la otra, los estrecha, los deja caer y después se los lleva a la boca. Cada acción representa una idea no verbal sobre la finalidad de las cosas (en términos de Piaget, un *esquema*).

⁵Nelson. Obcit pag.46.

La complejidad del juego de un lactante, la forma como combina diferentes esquemas, proporciona un índice útil de la complejidad del desarrollo cognitivo a cada edad. El placer, la persistencia y la energía con la que el lactante se enfrenta a esos retos sugieren la existencia de un impulso intrínseco o motivación de maestría. La conducta de maestría ocurre cuando el lactante se siente seguro; aquél con conexiones menos seguras experimentan menos y muestran menos competencia.

Un hito fundamental es la percepción hacia los 9 meses de la **permanencia** (constancia) **del objeto**, la comprensión de que los objetos siguen existiendo aunque no se vean. A los 4-7 meses, los lactantes buscan una bola de hilo que se ha caído, pero la olvidan rápidamente si no la ven. Una vez comprendida la constancia del objeto, el lactante persiste en la búsqueda y es capaz de encontrar objetos ocultos bajo un paño o detrás de la espalda del examinador. El juego de << ¡cucú!>> produce un placer ilimitado, ya que el niño recupera de forma mágica al jugador. Los acontecimientos parecen ocurrir como resultado de las propias actividades del niño”⁶.

12-18 meses: “la exploración del medio ambiente aumenta en paralelo con una mayor destreza (alcance, sujeción y suelta) y movilidad. El aprendizaje sigue los preceptos de la fase sensorio-motora de Piaget. Los niños que comienzan a andar manipulan objetos de formas nuevas para crear efectos interesantes, como el apilamiento de bloques o la

⁶Nelson. Obcit pág. 46.

⁶Ausbel, David P. y Sullivan, Edmund D.: Desarrollo Infantil, 3. Aspectos lingüísticos, cognitivos y físicos. Barcelona, Buenos Aires. 1º edición castellana. Pág. 58

introducción de los mismos en la ranura del reproductor de discos del ordenador. También es probable que use determinados objetos para su finalidad pretendida (peine para el pelo, vaso para beber). La imitación de los padres y los hermanos mayores también proporciona un modo de aprendizaje interesante. Los juegos de simulación (simbólicos) se centran en el propio cuerpo del niño (pretende beber de un vaso vacío)”⁷.

4.1.6 INDICACIONES PARA APLICAR EL MASAJE TERAPÉUTICO

Se debe aplicar en un lugar tranquilo, se debe asegurar que la habitación esté tibia y que se mantenga en la misma temperatura durante el masaje, buscar un lugar cómodo, donde no haya interrupciones, intervenir durante 15 minutos diarios en la valiosa experiencia del masaje.

El momento más apropiado para darle el masaje terapéutico al bebe el niño no debe tener hambre, ni estar lleno, es preferible dar el masaje después del baño, antes o después de la siesta.

⁷Nelson.Lobcit pág. 48.

TECNICA DE APLICACIÓN DEL MASAJE.

Se puede iniciar con una pequeña cantidad de crema sólida para bebé.

Aplicación del masaje terapéutico en pies y piernas: (ver fig. 4 A) aplica una pequeña cantidad de crema en las manos, después con una mano, tomar el pie del bebé y con la otra mano, despacio y suavemente, esparcir la crema desde los muslos hasta los talones (incluyendo rodillas, pies y dedos), hacer lo mismo con la otra pierna. Repetir el movimiento de cuatro a cinco veces

Aplicación del masaje terapéutico en hombros, brazos y manos: (ver fig. 4 B) aplicar una pequeña cantidad de crema sólida sobre las manos, con una mano tomar el brazo del bebé y con la otra mano, despacio y suavemente esparcir la crema desde el hombro hacia la mano (incluyendo los codos, las manos y los dedos hacer lo mismo con el otro brazo). Repetir el movimiento de cuatro a cinco veces.

Aplicación del masaje terapéutico en el pecho: (ver fig. 4 C) aplicar una pequeña cantidad de crema sólida sobre las manos, con ambas manos, esparcir suavemente la crema en el pecho del bebé con movimientos circulares hacia arriba y hacia afuera. Repetir el movimiento de cuatro a cinco veces.

Aplicación del masaje terapéutico en el estómago: (ver fig. 4 D) aplicar una pequeña cantidad de crema solida sobre las manos, poner suavemente una de las manos abiertas en el estómago del bebé, sin ejercer presión, acarícialo siguiendo la misma dirección de las manecillas del reloj, esta es la misma dirección del ritmo de la digestión y del movimiento de la comida través del intestino. Repetir el movimiento de cuatro a cinco veces.

Aplicación del masaje terapéutico en la espalda:(ver fig. 4 E) colocar suavemente al bebé en cubito prono, aplicar una pequeña cantidad de crema solida sobre las manos, acariciar suavemente la espalda del bebé desde los hombros hasta la base de la columna, sin ejercer presión. Repetir el movimiento de cuatro a cinco veces.

Para finalizar no hay nada mejor que un cariñoso abrazo y palabras agradables para el lactante para terminar este momento importante, dedicándole un tiempo y horario específico.

4.1.7 ESTIMULACIÓN TEMPRANA.

La estimulación temprana, estimulación precoz o atención temprana es un grupo de técnicas para el desarrollo de las capacidades de los niños en la primera infancia. Es el grupo de técnicas educativas especiales empleadas en niños entre el nacimiento y los seis años de vida para corregir trastornos reales o potenciales en su desarrollo, o para estimular capacidades compensadoras. Las intervenciones contemplan al niño globalmente y los programas se desarrollan teniendo en cuenta tanto al individuo como a la familia y el entorno.

El objetivo primordial de la estimulación temprana o atención temprana infantil es ayudar en el proceso de formación de la estructura cerebral humana, proporcionando estímulos adecuada y oportunamente, para permitirle al individuo alcanzar un desarrollo con gran variedad de posibilidades.

El cerebro humano es tan dinámico que es muy fácil formar niños llenos de conocimientos o habilidades, pero sin motivación, ni pasión, o niños que al ser estimuladas incorrectamente no son lo que sus estimuladores quisieron que sean (deportistas, músicos, etc.) sino por el contrario serán (anti-deportistas o anti-artistas) lo que realmente sería el producto de la también existente estimulación inadecuada que origina los "sabelotodo" pero incapaces de crear, organizar y gestionar. Sin pasión ni felicidad.

ACTIVIDADES PARA LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL ÁREA PERCEPTIVO-COGNITIVO.

OBJETIVO DE 0 A 6 MESES:

Estimular la Fijación visual, seguimiento visual, seguimiento auditivo y prensión voluntaria del niño

ACTIVIDADES DE 0 A 6 MESES:

Fijación visual.

- a) Colocar figuras en negro, sobre fondo blanco, a ambos lados de la cuna (hasta dos meses).
- b) Con el niño en la cuna y en estado de alerta, mostrarle un objeto claro, brillante y constante como una pelota de color rojo, una campana o una mascada blanca enrollada; viajar con él de manera vertical, horizontal y circular. Colgar móviles en la cuna
- c) Colocar objetos de colores brillantes, preferentemente de colores rojos, amarillos, y naranjas en la cuna a la vista del niño(a partir de los 2 meses).
- d) Mirar directamente a los ojos del niño desde una distancia de 50cms. E ir acercándose hasta chocar los rostros, luego separase lentamente.

- e) Cargarlo y colocarlo a 15 ó 20 cm de la cara de la madre; viéndolo directamente a los ojos, se harán gesticulaciones, como sonreír, fruncir el ceño, girar los
- f) Prender y apagar una linterna o lámpara de bolsillo a una distancia de 15 a 20 cm de los ojos del bebé. ojos, etc.

Seguimiento visual y auditivo (ver fig. 5 A).

- a) Colocar en la muñeca del niño una pulsera cascabelera alternando las manos llamar la atención del niño hablándole o cantándole e ir desplazándole lentamente de lugar, ir amentando la distancia.
- b) Suspender de una cinta, sobre la cabeza del niño, un objeto de colore vivos y moverlos lentamente, desde el centro hacia los lados y decirle “mira” hasta que el niño lo enfoque y lo siga.
- c) Hacer distintos ruidos utilizando una campanilla, sonajero, chinchín, a una distancia de 20cms. De cada oído, fuera del campo de la visión del niño. Amentar la distancia progresivamente.
- d) Hacer rebotar una pelota de ping-pong sobre una mesa, ante la vista del niño.
Elaborar un móvil con juguetes de colores (amarillo, rojo, verde, azul) colocándolas a 20 cm de distancia de su cara y por delante de sus ojo

Prensión voluntaria (ver fig. 5 B).

a) Acaricia los dedos uno a uno dándoles un masaje desde las uñas hacia abajo. De igual modo, pasarle un lápiz entre los dedos, sobre todo el índice y el pulgar.

b) Abrirle y cerrarle las manos, llévalas a la altura de sus ojos y úneselas, pásalas por su rostro por su cabello, y sobre el rostro del adulto.

c) Colocar al niño de costado, de forma que pueda ver sus manos, rosar con un objeto por la parte de fuera del dedo pulgar de la mano que queda libre diciéndole “toma”.

d) De cubito supino, levante la mano del niño hasta su vista y coloca entre sus ojos y sus manos un sonajero diciéndole “agárralo”.

e) Tocar la cara del niño con un sonajero y animarle a agarrarlo.

f) Colocar objetos atractivos al alcance de las manos del niño, en la cuna o su lado y suspendidos por encima de su cabeza. Hacerlo con el niño sentado.

Pasearlo de un lado a otro en su casa para que reconozca objetos, iniciando por el espacio o habitación donde permanece más tiempo.

OBJETIVO DE 7 A 12 MESES:

Estimular a que el niño sostenga y golpee dos objetos, emplee el dedo índice, busque objetos, realice pinza digital, saque objetos de recipientes.

ACTIVIDADES DE 7 A 12 MESES:

Sostener y golpear dos objetos.

- a) Dar al niño un objeto y después darle otro diciéndole “toma” sostenerle la mano donde mantiene un primer objeto para que no lo tire y hacerlo que lo agarre de nuevo. (Ir suprimiendo la ayuda progresivamente.
- b) Darle dos objetos al niño, uno en cada mano y hazle que golpee con ellos en una superficie en sentido vertical.
- c) Darle dos objetos al niño, uno en cada mano y hazle que golpee con ellos en una superficie en sentido horizontal.

Empleo del dedo índice (ver fig. 6 A)

- a) Meter sus dedos índices en todo tipo de espacios pequeños: boca de frascos, sortijas, cerraduras, etc. Teniendo el niño el resto de la mano cerrada.
- b) Cerrarle la mano, hacer que utiliza el dedo índice para apretar timbres y accionar interruptores de la luz y tocar un pianito.
- c) Enseñarle cuentos y dibujos vistosos hacer que señale los dibujos con el índice teniendo el resto de la mano cerrada.
- d) Inducirle a explorar y recorrer con su dedo índice objetos y superficies con orificios e irregularidades.

Búsqueda de objetos (ver fig.6 B)

a) Estando sentado el niño, darle un objeto que produzca bastante ruido al caer, campanilla, cuchara, etc. Cuando la tire, llámele la atención sobre el lugar donde ha quedado el volviéndole la cabeza la cabeza en esa dirección al mismo tiempo que se le dice “mira”.

b) Enseñarle un objeto vistoso y taparlo ante su vista parcialmente, con un pañuelo animarle al niño a que lo saque de donde está.

c) Enseñarle un objeto vistoso y taparlo ante su vista bajo una tasa animarle al niño a sacarlo ayudado por el educador en un principio.

Pinza digital.

a) Dar al niño objetos cilíndricos de forma que tenga que tomarlos con la posición del pulgar.

b) Sentar al niño ante una mesa y hacer que tome los extremos de esta entre los pulgares y los demás dedos.

c) Ofrecer todo tipo de objetos pequeños procurando que los agarre con participación del dedo pulgar.

d) Ofrecer objetos muy pequeños: canicas, botones, etc. haciendo que lo sostenga entre el pulgar y el dedo índice y medio.

e) Ofrecer objetos muy pequeños hacer que los sostenga entre el dedo pulgar y el índice.

f) Colocar encima de una mesa objetos muy pequeños y hacer que el agarre utilizando el pulgar, y el índice.

Sacar objetos de recipientes (ver 7 fig. A).

a) El niño cómodo en su sillita, presentarle un juguete metido en un recipiente ancho y poco profundo. Darle la señal “saca”, y llévele la mano hacia el jubete para que realiza dicha acción.

b) Hacer la misma actividad anterior utilizando recipientes progresivamente más estrechos y profundos.

OBJETIVO DE 13 A 18 MESES.

Lograr que el niño meta objetos en recipientes, ejecute trazos, construya torres de hasta 4 cubos, pase páginas, abra y cierre recipientes, encaje varios recipientes.

ACTIVIDADES DE 13 A 18 MESES:

Meter objetos en recipientes (ver 7 fig. B)

a) Estando el niño sentado en su sillita darle un juguete, dejárselo unos segundos y después presentarle un recipiente ancho y decir “mete”, llevándole la mano para que lo deje en el recipiente.

b) Darle anillas para meter en un soporte al principio colocar este inclinado e ir levantándolo hasta la posición vertical a medida que el niño acierta a meter las anillas. Utilizar las anillas progresivamente más pequeñas.

c) Ofrecerle recipientes progresivamente más pequeños para que meta bolitas, botones, etc. Hasta llegar a frascos de boca estrecha.

d) Darle una alcancía para que meta monedas.

Ejecución de trazos.

a) Ante una pizarra colocada en la pared, animar al niño a hacer garabatos y puntos.

b) Hacer lo mismo estando el niño sentado ante una mesa, proporcionándole papel y lápiz.

Construcción de torres.

- a) Enseñarle a construir con dos cubos grandes. Ayudarle al principio llevándole la mano.
- b) Utilizar cubos pequeños para hacer una torre con dos de ellos. Ir aumentando el número de cubos hasta que el niño llegue a hacer una torre con cuatro cubos.

Pasar páginas.

- a) Proporcionarle cuentos de páginas gruesas para que pase hojas. Ir llevándoles la mano en un principio.
- b) Proporcionarle todo tipo de cuentos y revistas y animarle a pasar hojas, varias de una vez al principio.

Abrir y cerrar recipientes.

- a) Meter dentro de unas cajas transparentes un objeto que le guste al niño, cerrar la caja ante su vista y animarle a abrirla para sacar el juguete.
- b) Proporcionarle todo tipo de cajitas para abrir y cerrar para que meta y saque cosas.
- c) Proporcionarle un frasco de tapa de rosca con algún juguete adentro y enseñarle a abrirlo, desenroscándolo.

Encajar varios recipientes.

a) Juego de cubiletes que encajan unos en otros. Poner sobre la mesa, delante del niño, dos de ellos no correlativos y decir “mete”. El niño debe meter el pequeño en el grande.

b) El mismo material que en el ejercicio anterior. Presentarle los cubiletes y encajarlos correctamente. ayudarle en un principio.

2.2 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

BETAMETASONA: Es un potente esteroide, del grupo de los glucocorticoides que se utiliza en medicina por sus propiedades inmunosupresoras y anti-inflamatorias. Con estos efectos, la betametasona no causa retención de agua. Se administra en forma de cremas, ungüentos, aerosol, loción o gel para el alivio de la picazón, enrojecimiento, sequedad, la formación de costras, despellejamiento, inflamación y el malestar provocados por diversas afecciones a la piel como en casos de eczema.

CONDUCTA ADAPTATIVA: Grupo de habilidades conceptuales, sociales y prácticas, que las personas han aprendido, para funcionar en su vida diaria y que permiten responder a las circunstancias cambiantes de la vida y a las exigencias contextuales.

DIABETES: Es un conjunto de trastornos metabólicos, que afecta a diferentes órganos y tejidos, dura toda la vida y se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa en la sangre, hiperglucemia. La causan varios trastornos, siendo el principal la baja producción de la hormona insulina, secretada por las células β de los Islotes de Langerhans del páncreas endócrino, o por su inadecuado uso por parte del cuerpo, que repercutirá en el metabolismo de los carbohidratos, lípidos y proteínas.

NEFROPATIAS: Se refiere a daño o a la enfermedad del riñón. Una causa de la nefropatía es el uso a largo plazo de analgésicos. Las medicinas para el dolor que pueden causar problemas del riñón incluyen la aspirina, acetaminofén, y los antiinflamatorios no esteroideos. Esta forma de nefropatía es la "nefritis analgésica crónica", un cambio inflamatorio crónico caracterizado por pérdida y atrofia de los túbulos, y fibrosis intersticial e inflamación.

OXITOCINA: Es una hormona relacionada con los patrones sexuales y con la conducta maternal y paternal que actúa también como neurotransmisor en el cerebro. En las mujeres, la oxitocina se libera en grandes cantidades tras la distensión del cérvix uterino y la vagina durante el parto, así como en respuesta a la estimulación del pezón por la succión del bebé, facilitando por tanto el parto y la lactancia.

SEPSIS NEONATAL: Es una infección, por lo general bacteriana, que ocurre en un bebé de menos de 90 días desde su nacimiento. El riesgo es mayor en los varones (2:1) y en los recién nacidos con anomalías congénitas.

TRAQUEOTOMÍA: Procedimiento quirúrgico mediante el cual se hace una incisión en la tráquea para extraer cuerpos extraños, tratar lesiones locales u obtener muestras para biopsias y, a diferencia de otros procedimientos similares, supone el cierre inmediato de la incisión traqueal.

TENSIÓN MUSCULAR: Se refiere a la tensión (contracción parcial) que exhiben los músculos cuando se encuentran en estado de reposo, la cual es mantenida gracias a la acción de las unidades motoras respectivas y gracias al correcto funcionamiento del reflejo. Es la contracción parcial, pasiva y continua de los músculos. Ayuda a mantener la postura y suele decrecer durante la fase REM (remisión) del sueño

2.2.1 SIGLAS Y ABREVIATURAS

CPAP: presión positiva continua en la vía aérea.

DBP: displacia broncopulmonar.

RPPM: rotura prematuro pretermo de las membranas

RPM: rotura de las membranas a término.

CAPÍTULO III
SISTEMA DE HIPOTESIS.

3. SISTEMA DE HIPOTESIS.

3.1 HIPOTESIS DE TRABAJO.

Hi:La aplicación de masaje terapéutico y la estimulación temprana favorece el desarrollo de las estructuras cognitivas necesarias a niños prematuros en edades de 0 a 18 meses que asisten al área de estimulación temprana del Hospital Nacional San Juan de Dios de la ciudad de San Miguel.

3.2 HIPÓTESIS NULA.

Ho:La aplicación de masaje terapéutico y la estimulación temprana no favorece el desarrollo de las estructuras cognitivas necesarias a niños prematuros en edades 0 a 18 meses que asisten al área de estimulación temprana del Hospital Nacional San Juan de Dios de la ciudad de San Miguel.

3.3 UNIDAD DE ANALISIS:

Niños prematuros de 0 a 18 meses de edad.

3.4 VARIABLES:

V₁.masaje terapéutico.

V₂.Estimulación temprana en el área perceptiva-cognitiva.

3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS HIPÓTESIS EN VARIABLES E INDICADORES.

HIPÓTESIS	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
<p>Hi: La aplicación de masaje terapéutico y la estimulación temprana favorece el desarrollo de las estructuras perceptivas cognitivas necesarias a niños prematuros 0 a 18 meses que asisten al área de estimulación temprana del Hospital Nacional San Juan de Dios.</p>	<p>V₁: Desarrollo de las estructuras perceptivas-cognitivas</p>	<p>Áreas del cerebro encargadas de la interpretación de estímulos externos percibidos a través de la vista, el oído y el tacto.</p>	<p>Estructura Perceptiva</p> <p>Estructura Cognitiva</p>	<p>Mediante la aplicación del masaje terapéutico.</p>	<p>Desarrollo psíquico positivo.</p> <p>Estimulación sensitiva y sensorial</p> <p>Fijación visual, estimulación auditiva.</p> <p>Coordinación oculomotriz.</p>

CAPITULO IV
DISEÑO METODOLÓGICO.

4. DISEÑO METODOLÓGICO.

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según el tiempo y ocurrencia de los hechos la investigación fue:

Prospectivo: Porque la información fue registrada según fueron ocurriendo los hechos, ya que este tipo de estudio permitió haber obtenido datos actuales del tema investigación.

Según el periodo y secuencia del estudio la investigación fue:

Transversal: Porque se estructuran el masaje terapéutico, la estimulación temprana en el área perceptiva-cognitiva, niños prematuros en determinado momento haciendo un corte en el tiempo durante el periodo comprendido de julio a septiembre año 2012.

Según el alcance de los resultados de la investigación fue:

Descriptivo: Porque a través de este procedimiento se pudo lograr de manera precisa conocer características de la población, magnitud del problema en estudio, así mismo se establecen los factores asociados al problema.

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.

POBLACIÓN:

La población que sirvió de objeto de estudio fueron 20 niños que asistieron al área de estimulación temprana de Hospital Nacional San Juan de Dios San Miguel en el periodo de julio a septiembre de 2012.

MUESTRA.

La muestra en la investigación fueron los 9 niños prematuros en edades de 0 a 18 meses de asisten al área de estimulación temprana de Hospital Nacional San Juan de Dios, San Miguel durante el periodo de julio a septiembre de año 2012.

4.3 TIPO DE MUESTREO

No Probabilístico: El cual fue utilizado con el propósito haber obtenido la muestra para llevar a cabo el estudio de tal manera que a través de este tipo de muestreo se pudo seleccionar aquellos pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión.

A continuación se dan a conocer los criterios de inclusión y exclusión para la selección de la muestra.

4.3.1 Criterios de inclusión:

- Niños (as) que al nacer pesen menos 2,500 gr.
- Niños (as) que pertenezcan al Programa “Mamá Canguro”.
- Que oscilen entre las edades de 0 a 18 meses.
- Que asistan al área de estimulación temprana de Medicina Física en el Hospital Nacional San Juan de Dios.
- Que estén dispuestos a colaborar con la investigación mediante el consentimiento informado (**ver anexo 4**).

4.3.2 Criterios de exclusión:

- Niños(as) que su domicilio sea fuera del área del departamento de San Miguel.
- Que los padres no den el consentimiento para la participación de sus hijos en el proyecto de investigación.
- Niños que estén ingresados en el área hospitalaria.

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOPIACIÓN DE DATOS.

Documental:

Documental Bibliográfico:

Porque a través de esta fuente se obtuvo información que fue utilizada para ir complementando los datos necesarios para el cumplimiento de cada uno de los objetivos propuestos del trabajo de investigación

De campo:

La observación: se realizó partiendo del conocimiento teórico práctico para evaluar el desarrollo en niños prematuro en el área preceptiva- cognitiva de acuerdo a su edad cronológica.

La entrevista: La cual se realizó con el propósito de obtener información complementaria que sirvió para analizar, interpretar la información, que brindaron los padres de familia de la población de objeto de estudio.

La evaluación: Permitió establecer las etapas del área preceptivo-cognitiva en la cuales se encuentra el niño prematuro después de recibir el respectivo tratamiento.

4.5 INSTRUMENTOS

Documental:

Ficha bibliografía: En el cual se utilizaron Libros, Diccionarios Médicos, Material Fotocopiado, Separatas, Hojas Volantes y consultas en sitios electrónicos.

De Campo:

Hoja de Evaluación: dirigida a niños(as) prematuros. (**Ver anexo 5**)

Guía de Entrevista: dirigida a los padres de familia. (**Ver anexo6**)

4.6 MATERIALES

Para realización el respectivo tratamiento en niños prematuros fue necesario emplear algunos materiales como: colchonetas, juguetes llamativos y educativos canciones infantiles, crema para bebe los cuales se utilizaron para lograr la interacción afectiva con el fisioterapeuta.

4.7 PROCEDIMIENTO

El desarrollo del trabajo se realizó en dos momentos:

Fase de planificación: Inicialmente se eligió el tema de estudio; luego se procedió a la recopilación de la información para la elaboración del perfil, seguidamente a la presentación de borradores del perfil, y a la entrega de este; posteriormente se elaboro el protocolo de investigación y la presentación de los borradores del mismo, se continuo con la entrega final de este.

Fase de ejecución : Se procedió a solicitar autorización del lugar para poder realizar la ejecución de la investigación, ya obtenida esta, se ambiente y decoro el área de trabajo, se selecciono la muestra mediante los criterios de inclusión y exclusión con la que se contara para la ejecución del plan de actividades ; se procedió a dar información a los padres sobre el tratamiento que se le realizara a sus hijos durante dos sesiones a la semana, que corresponden, a los días martes, y jueves seguidamente se aplicó los instrumentos seleccionados para conocer el estado del paciente al inicio del tratamiento, a través de la observación, guía de entrevista y hoja de evaluación. Luego se inicia a la aplicación del tratamiento en el transcurso de doce semanas a la población objeto de estudio; posteriormente se concluye con la despedida con los niños y los padres de familia. Seguidamente la actividad de finalización del trabajo; (**ver figura 8**) se procedió a la tabulación análisis e interpretación de los resultados; luego a establecer conclusiones y recomendaciones para terminar con la entrega del documento final.

4.8 RIESGOS Y BENEFICIOS.

No existen riesgos relacionados directamente, con la participación de dicha investigación.

Beneficios: no obtuvo ningún beneficio, como dinero debido a la participación de dicha investigación. Sin embargo, los resultados obtenidos se recopiló importante información, participar en la investigación no trajo beneficios directos para usted mas sin embargo, tuvo la oportunidad de contribuir al avance científico que benefició a los padres de niños prematuros ya que por medio, de la estimulación temprana, se puede lograr un mayor desarrollo en el área perceptivo-cognitiva de estos niños en objeto de estudio.

4.9 CONSIDERACIONES ETÍCAS.

-El equipo investigador no publicó ningún tipo de información que usted proporcionó y se guardó confidencialmente.

-Se explicó durante las reuniones la importancia de la investigación, se informó a los padres de familia sobre la confidencialidad de los datos proporcionados.

-Se les solicitó su colaboración para responder a las interrogantes y con consentimiento de los padres de familia de niños prematuros para formar parte del estudio.

CAPÍTULO V

PRESENTACION DE LOS RESULTADOS.

5. PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se dan a conocer los resultados obtenidos en la investigación referente a los beneficios que se obtienen al aplicar masaje terapéutico y estimulación temprana en el área perceptivo cognitiva de niños prematuros atendidos en el área de estimulación temprana de Hospital Nacional San Juan de Dios de la ciudad de San Miguel.

Para la tabulación de los datos estadísticos fue necesario el uso de la siguiente fórmula:

$$F = \frac{fr}{N} \times 100$$

Donde F= Frecuencia Absoluta

Fr.= Frecuencia Relativa

N= Total de Pacientes.

X= incógnita que representa el total de pacientes.

La estimulación temprana fue aplicada durante el periodo de julio a septiembre de 2012 a la población objeto de estudio de 5 niños y 4 niñas, por lo que fue necesario la guía de evaluación dirigida a los niños prematuros en edades de 0 a 18 meses tanto al inicio como al final para recopilar los datos en el área perceptivo cognitiva reflejándose estos datos en los siguientes cuadros:

5.1 TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

CUADRO N°1.
POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO.

sexo edad	M	%	F	%	F	%
0 a 6 meses	2	22.22	2	22.22	4	44.44
7 a 12 meses	2	22.22	1	11.11	3	33.33
13 a 18 meses	1	11.11	1	11.11	2	22.22
total	5	55.55	4	44.44	9	99.99

Fuente: Hoja de evaluación.

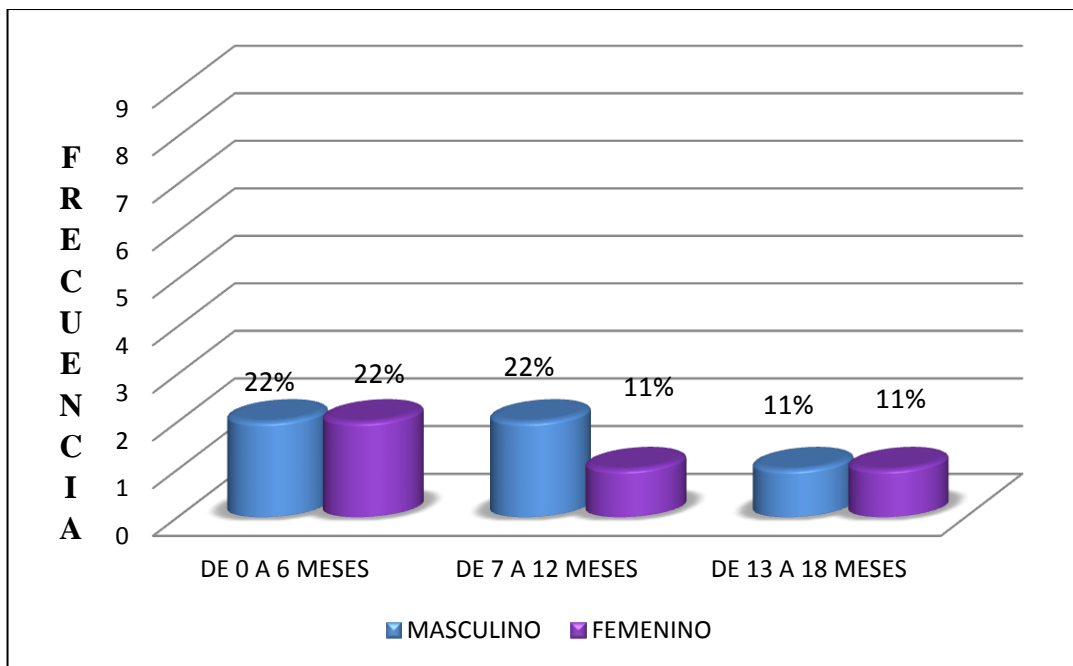
ANÁLISIS

Los datos obtenidos anterior mente representan las edad y sexo de la población en estudio, por lo que el grupo de edades de 0 a 6 meses el porcentaje del género masculino es de 22.22% y femenino de 22.22% ; seguido del grupo de edades de 7 a 12 meses el porcentaje de género masculino es de 22.22% y femenino de un 11.11% ;y para finalizar el grupo de edades 13 a 18 meses donde el porcentaje del género masculino es de 11.11% y femenino de 11.11%.

INTERPRETACIÓN:

De acuerdo a la información obtenida, las afecciones perceptivas cognitivas, se observan en mayor porcentaje en el grupo de edades de 0 a 6 meses por haber presentado complicaciones recientes después del parto, el género predominante fue el masculino.

GRÁFICA N° 1.
POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO.



Fuente: Cuadro N° 1.

CUADRO N° 2.
POBLACIÓN EN EDAD TALLA Y PESO

Evaluación inicial			
Edad	Peso en kg	F	%
0 a 2 meses	1,500 – 2,500 kg.	9	99.99
4 a 9 meses	5,400 – 10,200 kg.	0	0
10 -18 meses	10,3050- 11, 800kg	0	0
		9	99.99

Fuente: Hoja de evaluación.

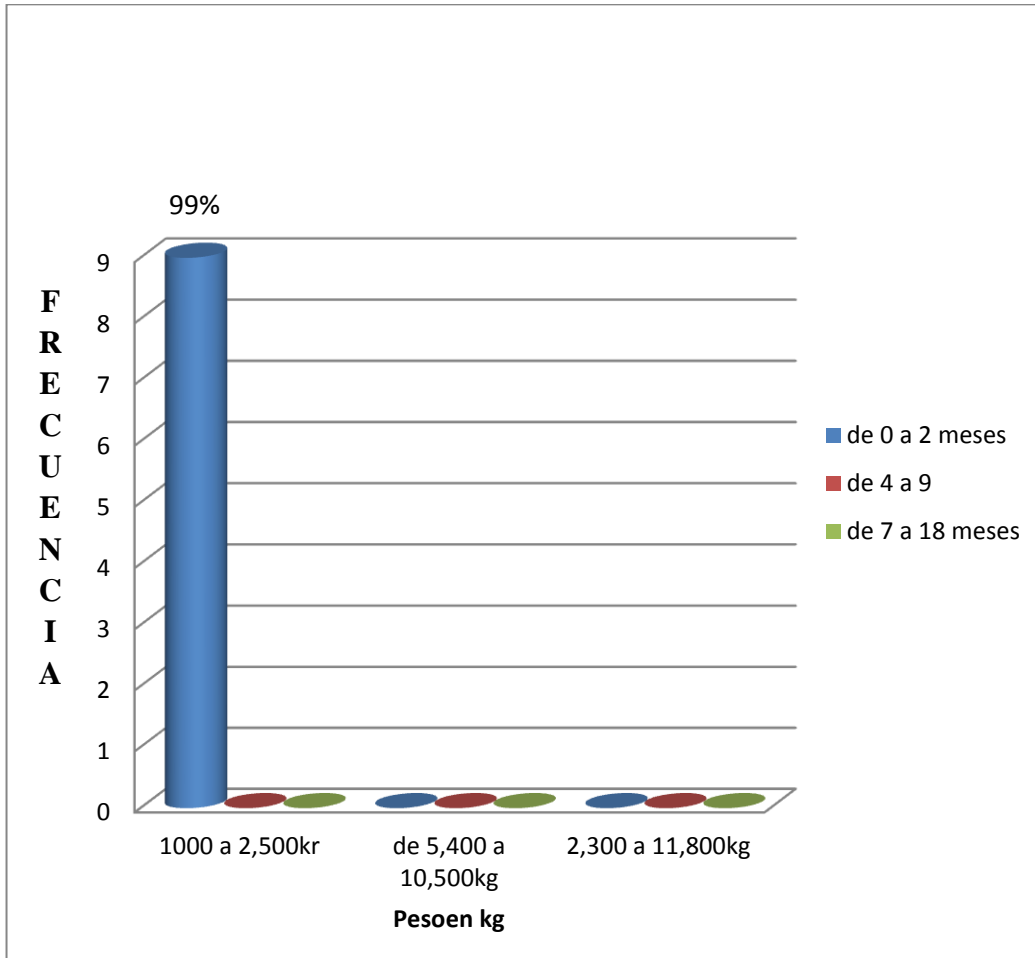
ANÁLISIS:

Los datos anteriores de la evaluación inicial demuestra que un 99.99 por ciento de la población tenía bajo peso al nacer.

INTERPRETACIÓN:

Los resultados anteriores demuestran que toda la población tubo bajo peso al nacer debido a que no se complementaron las 40 semanas de gestación en el vientre materno por consiguiente se demuestra que los niños son prematuros por su peso.

GRÁFICA N° 2 A
POBLACIÓN EN EDAD Y PESO



Fuente: cuadro N° 2.

CUADRO N° 3.
POBLACIÓN EN EDAD Y PESO.

Evaluación final			
Edad	Peso en kg	F	%
0 a 2 meses	1,500 – 2,500 kg.	9	0
4 a 9 meses	5,400 – 10,200 kg.	7	77.77
10 -18 meses	10,3050- 11, 800kg	2	22.22
		9	99.99

Fuente: Hoja de evaluación.

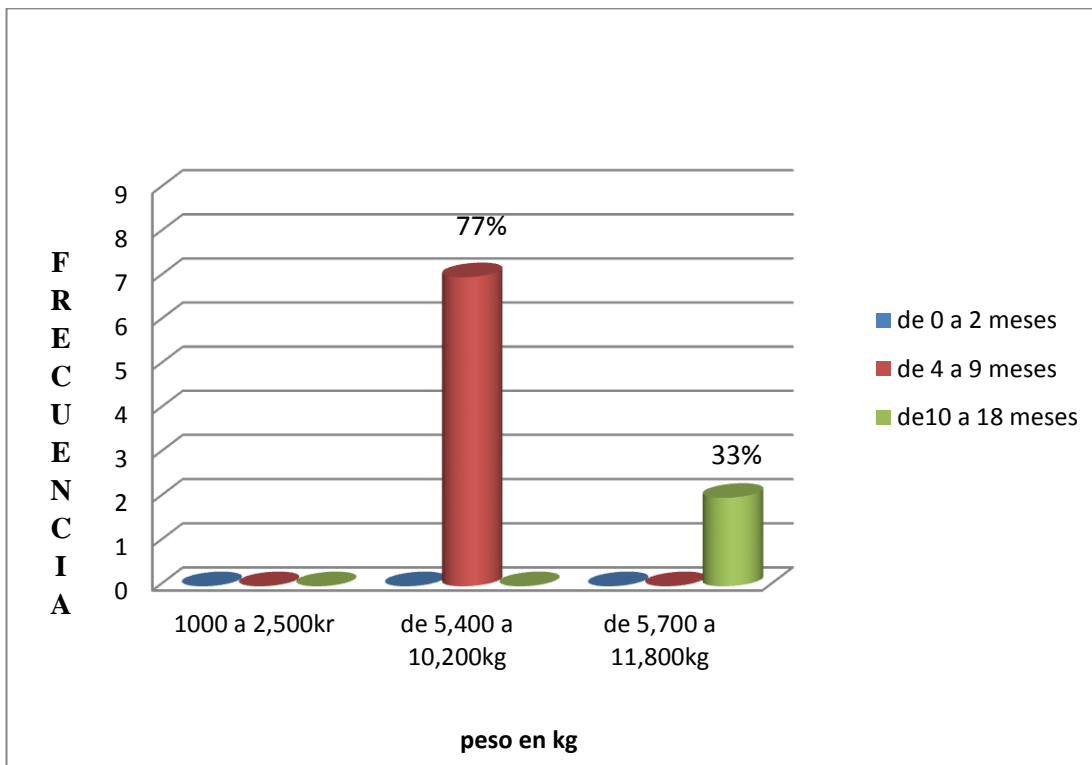
ANÁLISIS:

Los datos de la evaluación final de peso muestran que el grupo de edades de 4 a 9 meses aumentaron de peso 77.77 mientras que el grupo de edades de 10 a 18 mese aumento de peso en un 22.22%.

INTERPRETACIÓN:

De acuerdo con los resultados obtenidos de la tabla anterior se detalla que después de la aplicación de las sesiones de tratamiento de masaje terapéutico y estimulación temprana en el área perceptivo cognitiva se podría creer que los niños prematuros aumentaron en gran porcentaje el peso corporal.

GRÁFICA N° 3 B
POBLACIÓN EN EDAD Y PESO.



Fuente: Cuadro N° 3

CUADRO N° 4.

VALORACIÓN PERCEPTIVO COGNITIVA DE 0 A 6 MESES.

	Evaluación Inicial						Evaluación Final					
	NC	%	PSC	%	CT	%	NC	%	CP	%	CT	%
Identificación de figuras	4	44.44%	-	-	-	-	-	-	1	11.11%	3	33.33%
Sigue objetos con la vista	3	33.33%	1	11.11%	-	-	-	-	1	11.11%	3	33.33%
Mantenimiento de las prensiones	4	44.44%	-	-	-	-	-	-	2	22.22%	2	22.22%
TOTAL	3	33.33%	1	11.11%	-	-	-	-	2	22.22%	2	22.22%

Fuente: Hoja de evaluación.

Parámetros: NC= No Cumple, PSC= Parcialmente Se Cumple, CT= Cumple Totalmente.

ANÁLISIS:

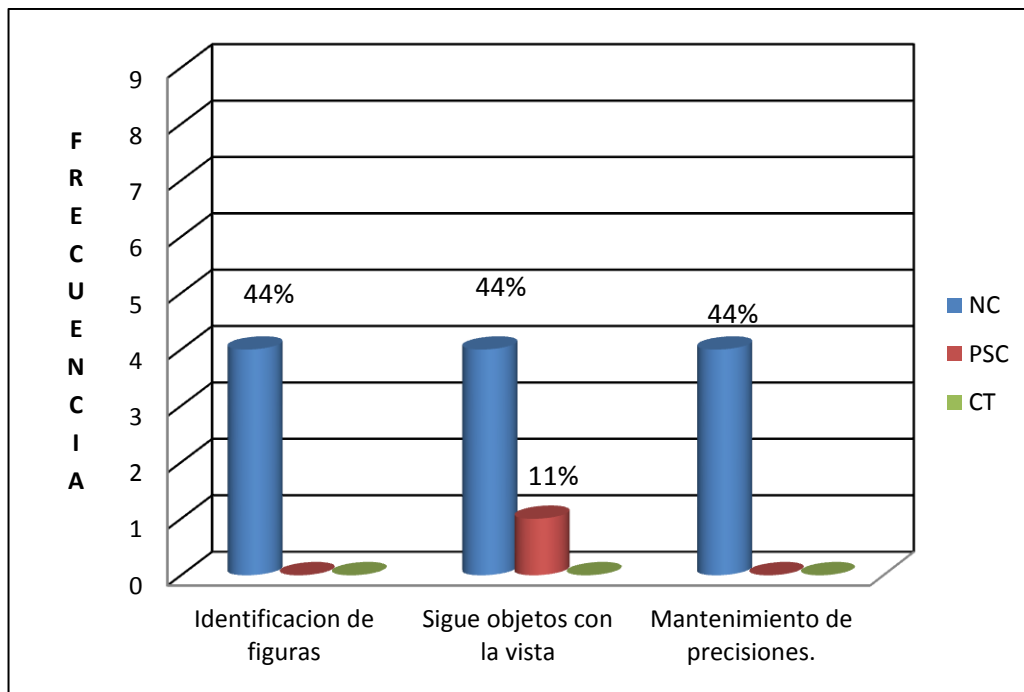
La evaluación inicial de los parámetros que afectan el área perceptivo-cognitiva demuestra que el 44.44% no identifican figuras, ni tienen mantenimiento de las presiones, seguido de un 33.33% que no sigue objetos con la visión. En la segunda evaluación los parámetros de identificación de figuras y seguir objetos con la vista se logra que se completen totalmente en un 33.33% y parcialmente se cumple en un 11.11%, en el mantenimiento de las presiones un 22.22% lo completa totalmente y un 22.22% parcialmente.

INTERPRETACIÓN:

Según los datos anteriores de la evaluación inicial del área perceptivo-cognitiva en los niños prematuros entre las edades de 0-6 meses se ven afectados en un mayor porcentaje la Identificación de figuras y el mantenimiento de presiones en comparación de el seguimiento de objetos debido a la falta de estímulos por parte de los padres .Después de haber aplicado el masaje terapéutico y los principios de estimulación temprana en el área perceptivo-cognitiva se logra que completaran parcial y totalmente los parámetros contemplados en dicha área gracias a la colaboración de los padres de familia.

GRÁFICA N° 4 A

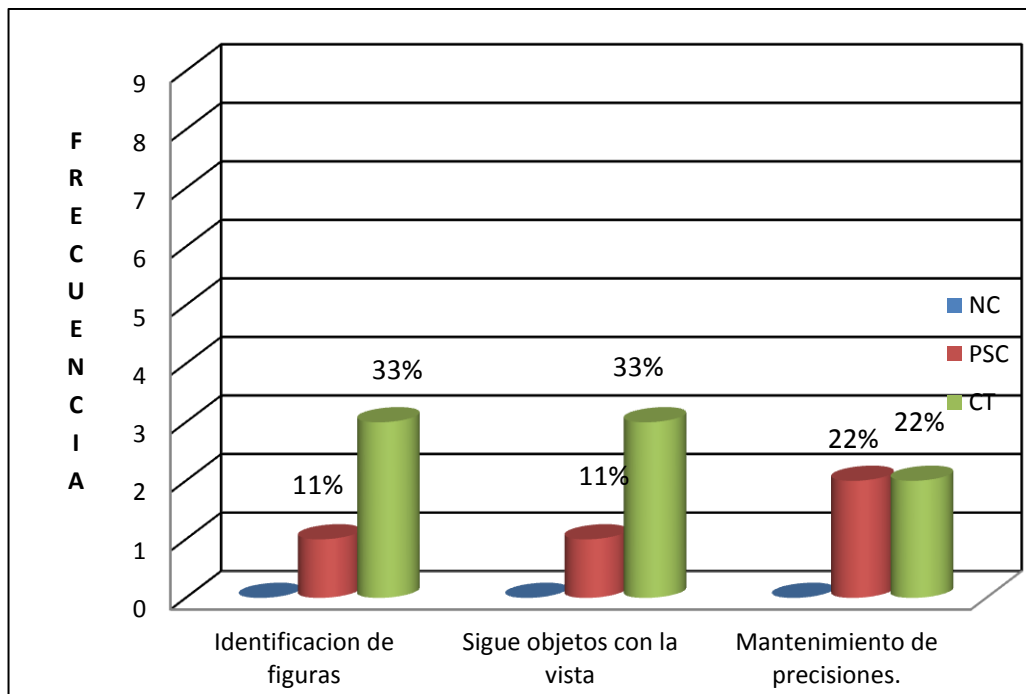
VALORACIÓN PERCEPTIVO COGNITIVA DE 0 A 6 MESES (EVALUACIÓN INICIAL)



Fuente: cuadro N°4

GRÁFICA N° 4 B.

VALORACIÓN PERCEPTIVO COGNITIVA DE 0 A 6 MESES (EVALUACIÓN FINAL)



Fuente: cuadro N° 4

CUADRO N° 5.

VALORACIÓN PERCEPTIVO COGNITIVA DE 7 A 12 MESES

Parámetros	Evaluación Inicial						Evaluación Final.					
	NC	%	PSC	%	CT	%	NC	%	CP	%	CT	%
Sostiene 2 objetos sin dejarlos caer	2	22.22	1	11.11	-	-	-	-	-	-	3	33.33
Sostiene y golpea 2 juguetes	3	33.33	-	-	-	-	-	-	1	11.11	2	22.22
Usa el dedo índice	3	33.33	-	-	-	-	-	-	2	22.22	1	11.11
Busca objetos con la vista	3	33.33	-	-	-	-	-	-	-	-	3	33.33
Realiza pinza cilíndrica	3	33.33	-	-	-	-	-	-	-	-	3	33.33
Realiza pinza trípode	3	33.33	-	-	-	-	-	-	1	11.11	2	22.22
Realiza pinza bidigital	3	33.33	-	-	-	-	-	-	2	22.22	1	11.11
Saca y mete objetos de recipientes	3	33.33	-	-	-	-	-	-	1	11.11	2	22.22
Total:	2	22.22	1	11.11	-	-	-	-	1	11.11	2	22.22

Fuente: hoja de evaluación.

Parámetros: NC= No Cumple, PSC= Parcialmente Se Cumple, CT= Cumple Totalmente.

ANÁLISIS:

En el presente cuadro está reflejada el 33.33% de la población en estudio la cual en la evaluación inicial presentaba un retraso en el área perceptivo cognitiva, después de la

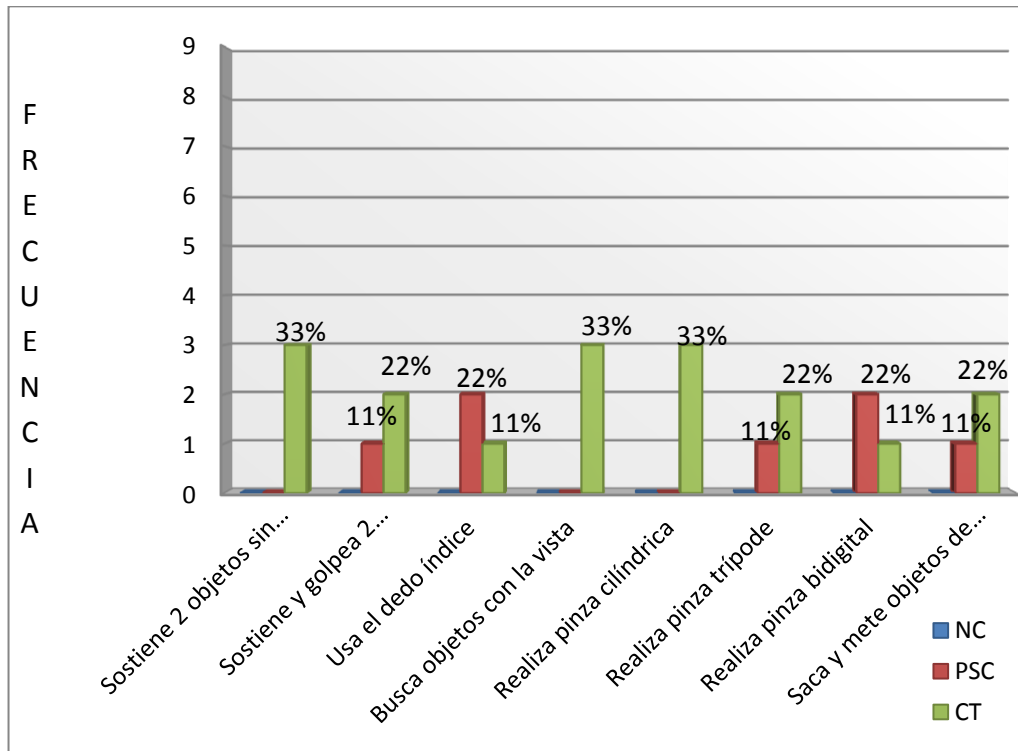
aplicación de las sesiones correspondientes se observó una mejoría considerable en el 22.22%.

INTERPRETACIÓN:

Los datos de la evaluación inicial demuestran que la población en estudio presentó en mayor porcentaje deficiencias en la realización de las actividades perceptivas cognitivas; al culminar con las sesiones de masaje y estimulación temprana en el área perceptivo cognitiva se realizó una evaluación final en la cual se observó una mejoría en la realización de las actividades perceptivo cognitivas de manera total y parcial de acuerdo a su edad.

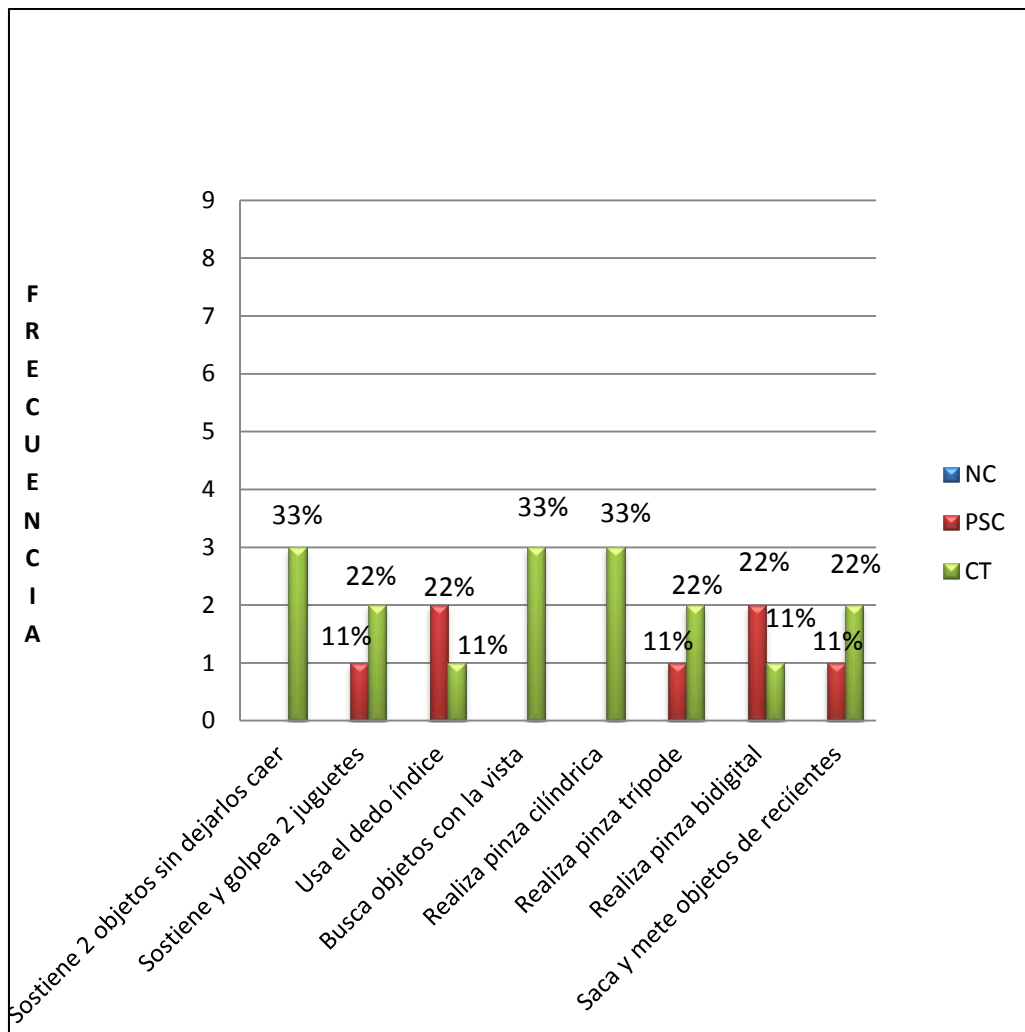
GRÁFICA 5 A.

VALORACIÓN PERCEPTIVA- COGNITIVA DE 7 A12 MESES (EVALUACIÓN INICIAL)



Fuente: cuadro N°5

GRÁFICA 5 B.
VALORACIÓN PERCEPTIVA- COGNITIVA DE 7 A12 MESES
(EVALUACIÓN FINAL)



Fuente: cuadro N° 5

CUADRO N° 6.
VALORACIÓN PERCEPTIVO COGNITIVA DE 13 A 18 MESES

De 13 a 18 meses												
Parámetros	Evaluación inicial						Evaluación final					
	NC	%	CP	%	CT	%	NC	%	CP	%	CT	%
Mete objetos en recipientes de diferentes tamaños.	2	22.22	-	-	-	-	-	-	1	11.11	1	11.11
Ejecuta trazos horizontales.	2	22.22	-	-	-	-	2	22.22	-	-	-	-
Ejecuta trazos verticales.	2	22.22	-	-	-	-	2	22.22	-	-	-	-
Construye torres con cubos	2	22.22	-	-	-	-	1	11.11	-	-	1	11.11
Pasa pág. De libros de diferente tamaños.	2	22.22	-	-	-	-	-	-	1	11.11	1	11.11
Abre y cierra recipientes para sacar objetos.	2	22.22	-	-	-	-	-	-	-	-	2	22.22
Encaja recipientes en orden de creciente	2	22.22	-	-	-	-	-	-	-	-	2	22.22

Fuente: Hoja de evaluación.

Parámetros: NC= No Cumple, PSC= Parcialmente Se Cumple, CT= Cumple Totalmente.

ANÁLISIS:

En los resultados del cuadro se detallan los parámetros de la evaluación inicial, cuales nos dan como resultado que un 22.22% no completa ninguna de las actividades

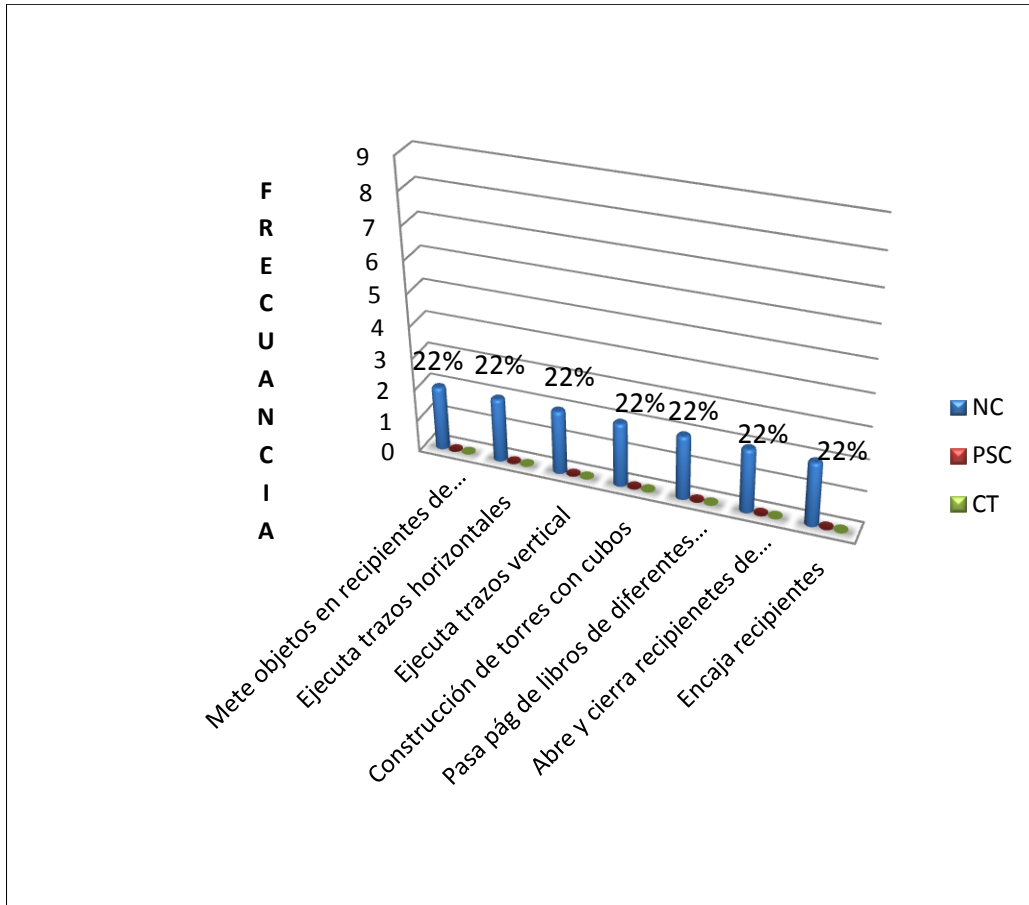
perceptivas cognitivas, posteriormente a la evaluación final nos da como resultado que un 11.11% parcialmente cumplen, el meter objetos en recipientes de distintos tamaños, un 11.11% lo completo en su totalidad; seguido de la ejecución de trazos en forma horizontal y vertical mantiene los mismos resultados que la evaluación inicial, el cuarto parámetro que consiste en la construcción de torres con cubos nos da un porcentaje 11.11% que parcialmente se cumple un 11.11% en forma total seguidamente el parámetro pasar pág. de libros de diferentes grosores que parcialmente se cumple en un 11.11% y de forma total en un 11.11%; los parámetros abrir recipientes, encajar recipientes se cumplen totalmente en un porcentaje de 22.22%.

INTERPRETACIÓN:

Los datos de la evaluación inicial demuestran que la población atendida en su totalidad presentaba deficiencias en la realización de las actividades perceptivas cognitivas. Posteriormente en la evaluación final después de aplicación de las secciones correspondientes de masaje terapéutico y estimulación temprana se obtuvo una mejoría en la realización de las actividades de forma parcial y totalmente acuerdo a su edad. En un mínimo porcentaje mantuvieron los mismos resultados que la evaluación inicial ya que la motricidad fina de la pinza trípode exige madures total de año 6 meses

GRÁFICA N° 6 A

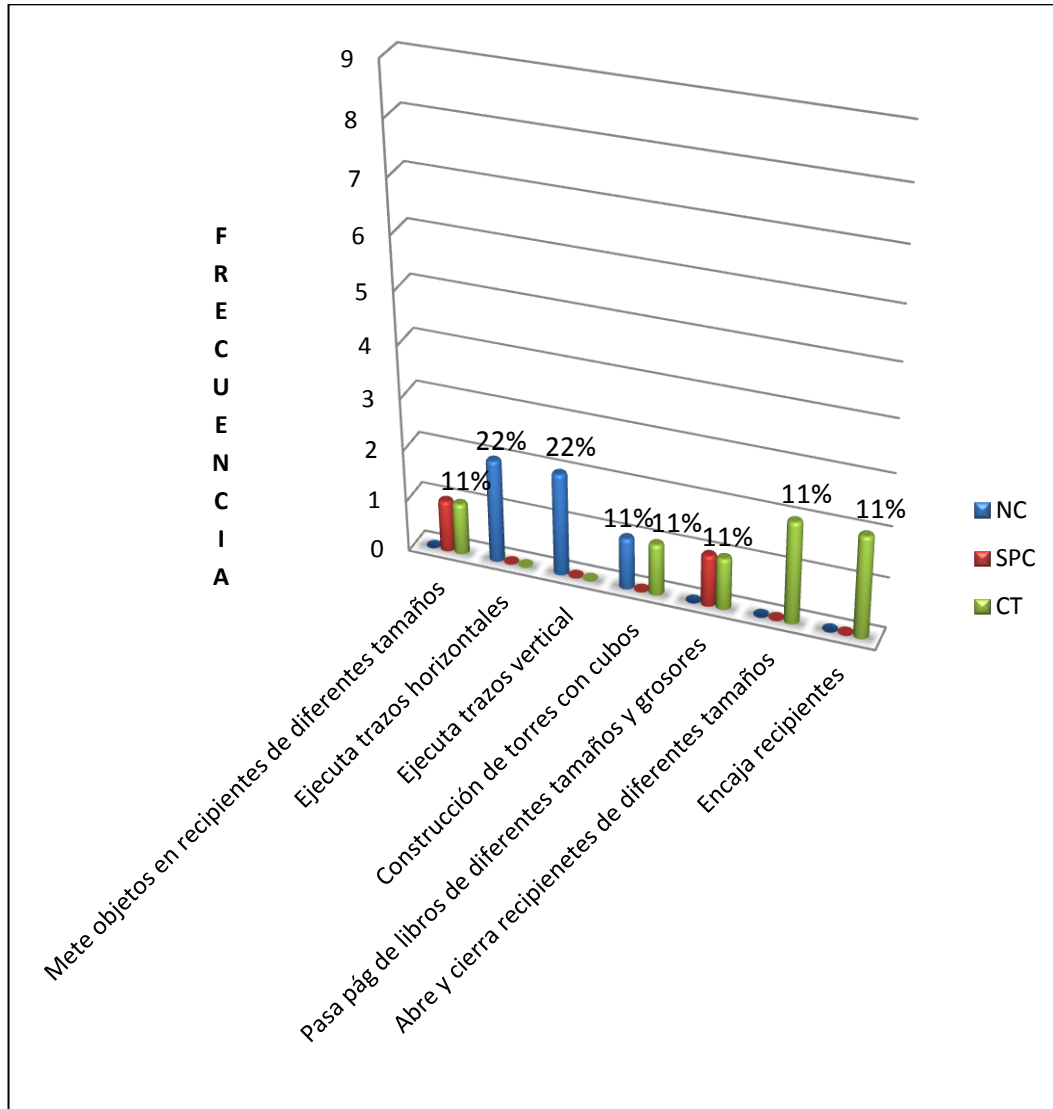
VALORACIÓN PERCEPTIVO COGNITIVA DE 13 A 18 MESES (EVALUACIÓN INICIAL).



Fuente: cuadro N° 6

GRÁFICA N° 6 B.

**VALORACIÓN PERCEPTIVO COGNITIVA DE 13 A 18 MESES
(EVALUACIÓN FINAL).**



Fuente: cuadro N° 6

CUADRO N° 7.
GUÍA DE ENTREVISTA DE LA APLICACIÓN DE MASAJE TERAPÉUTICO Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL ÁREA PERCEPTIVO COGNITIVA.

Preguntas	Entrevista inicial				Entrevista final			
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%
Sabe usted en qué consiste el masaje terapéutico?	0	0	9	99.99	9	99.99	0	0
Conoce usted en qué consiste el desarrollo normal del área perceptiva cognitiva?	0	0	9	99.99	9	99.99	0	0

Fuente: Guía de entrevista.

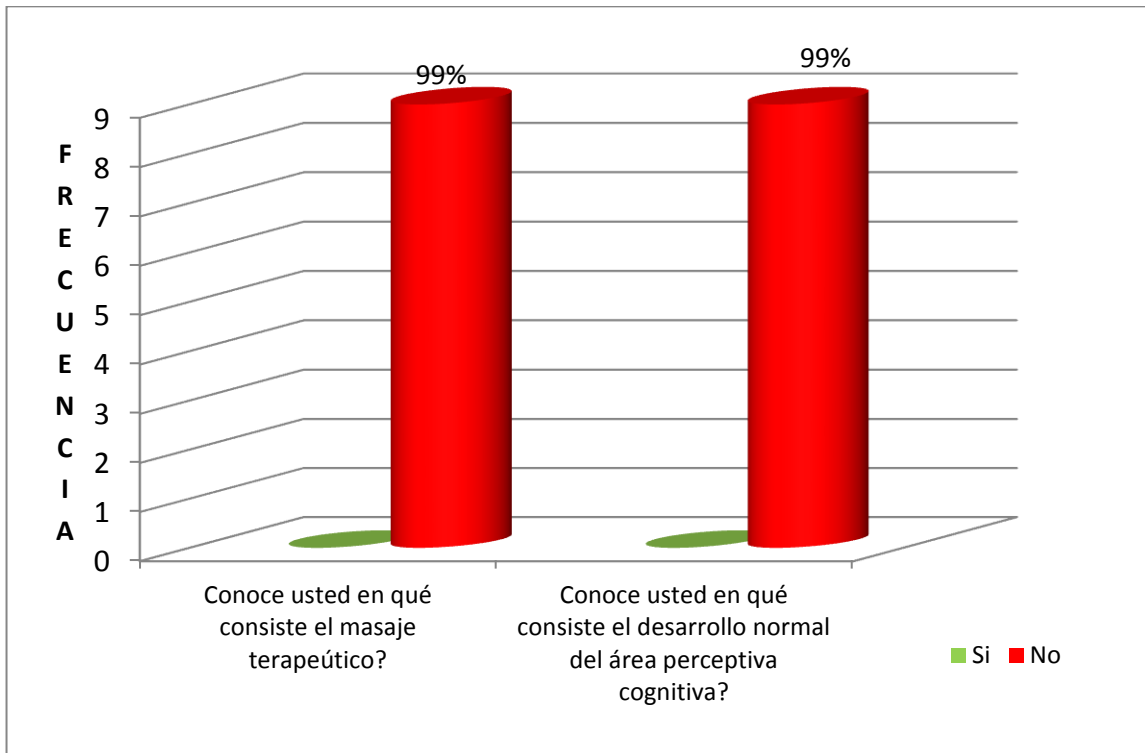
ANÁLISIS:

La información muestra que en la evaluación inicial el 99.99% de las madres de familia no tiene conocimiento acerca de masaje terapéutico y del desarrollo normal del área perceptivo cognitiva del niño. Posteriormente a la entrevista final se obtuvo un 99.99% de mejoría en el conocimiento por parte de las madres de familia.

INTERPRETACIÓN:

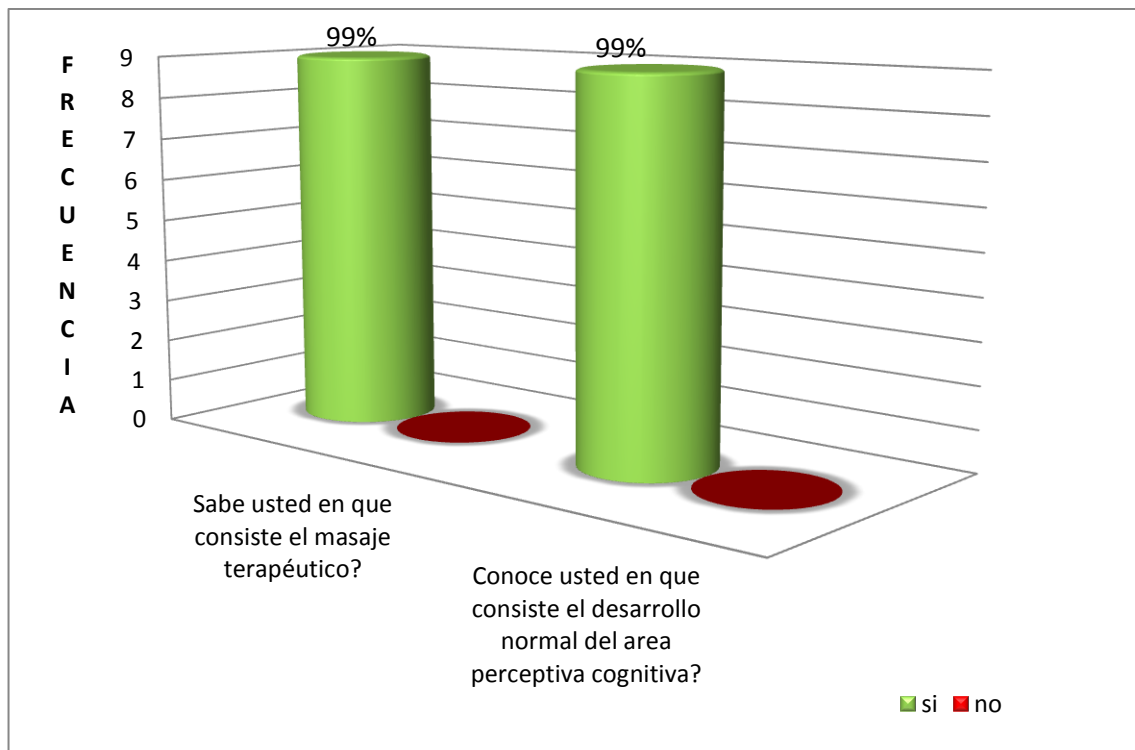
En la valoración perceptiva –cognitiva de 0 a 6 meses se observó que de tres niños prematuros evaluados en el parámetro En la valoración perceptiva –cognitiva de 0 a 6 meses se observó que de tres niños prematuros evaluados en el parámetro según los resultados obtenidos de la entrevista inicial se identificó que en gran porcentaje las madres de familia de la población de objeto de estudio no tenían conocimiento de masaje terapéutico ni del desarrollo normal del área perceptivo cognitiva del niño prematuro. Posteriormente a la entrevista final se obtuvo un completo porcentaje de madres de familia que adquirieron conocimientos de cómo aplicar el masaje terapéutico, así como también de las actividades, y juguetes educativos idóneos para poder estimular a las áreas perceptivas cognitivas sus hijos.

GRÁFICA N° 7 A.
GUÍA DE ENTREVISTA DE LA APLICACIÓN DE MASAJE TERAPÉUTICO Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL ÁREA PERCEPTIVO COGNITIVA (EVALUACIÓN INICIAL).



Fuente: cuadro N° 7

GRÁFICA N° 7 B.
GUÍA DE ENTREVISTA DE LA APLICACIÓN DE MASAJE TERAPÉUTICO Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL ÁREA PERCEPTIVO COGNITIVA (EVALUACIÓN FINAL).



Fuente: cuadro N° 7

5.2 PRUEBA DE HIPÓTESIS.

HIPÓTESIS DE TRABAJO:

Hi: La aplicación de masaje terapéutico y la estimulación temprana favorece las estructuras cognitivas necesarias en los niños prematuros de 0 a 18 meses de edad que asisten al área de estimulación temprana del Hospital Nacional San Juan de Dios de la ciudad de San Miguel.

La hipótesis planteada se **acepta** de acuerdo a los siguientes datos:

En el cuadro N° 4 correspondiente a la valoración perceptiva –cognitiva de 0 a 6 meses se observó que de 4 niños prematuros evaluados en el parámetro identificación de figuras 4 de ellos no lo completaban, posterior al tratamiento se observó que los 4 niños prematuros cumplieron totalmente la actividad.

Seguidamente el parámetro sigue objetos con la vista de 4 niños prematuros que no completaban dicha actividad, y 1 niño que lo realizaba de forma parcial, se observó un cambio en la evaluación final ya que los 4 niños cumplen totalmente la actividad.

En el mantenimiento de las prensiones de los 4 niños evaluados inicialmente no cumplían con dicha actividad y para finalizar los 4 niños completaban totalmente la actividad.

El cuadro N° 5 correspondiente a la valoración perceptiva –cognitiva de 7 a 12 meses se observó que de 3 niños prematuros evaluados inicialmente en el parámetro sostiene 2 objetos sin dejarlos caer de los 3 niños evaluados no completaban dicha actividad, posterior a la evaluación final 1 niño completaban parcialmente dicha actividad y 2 que cumplían totalmente.

En parámetro sostiene y golpea 2 objetos sin dejarlos caer en la evaluación inicial, dio como resultados que 3 niños no completan dicha actividad, posteriormente a la evaluación final, 1 niño lo realizó de forma parcial y 2 de ellos de forma total.

En el uso del dedo índice en la evaluación inicial, dio como resultados que 3 niños no completan dicha actividad posteriormente a la evaluación final, 2 niños lo realizaron de forma parcial y 1 de ellos de forma total.

En el parámetro búsqueda de objetos, y la realización de la pinza cilíndrica dio como resultado que en la evaluación inicial, 3 niños no completan dicha actividad, posteriormente a la evaluación final, 3 niños lo realizaron de forma total.

En el parámetro realización de la pinza trípode, dio como resultado en la evaluación inicial que 3 niños no completa dicha actividad, posteriormente a la evaluación final, 1 niño lo realizo de forma parcialy 2 niños de forma total.

En el parámetro realización de la pinza bidigital, dio como resultado que en la evaluación inicial, 3 niños no completan dicha actividad, posteriormente a la evaluación final, 2 niños lo realizaron de forma parcial y 1 niño de forma total.

En el parámetro sacar y meter objetos de resientes, dio como resultado que en la evaluación inicial, 3 niños no completan dicha actividad, posteriormente a la evaluación final, 2 niño lo realizaron de forma parcial y 2 niños de forma total.

El cuadro N° 6 correspondiente a la valoración perceptiva–cognitiva de 13 a 18 meses se observó que de 2 niños prematuros evaluados en el parámetro meter objetos en resientes de diferentes tamaños no completaban dicha actividad posterior a la evaluación final, 1 niños lo realizaba de forma parcial y 1 niño que cumplían totalmente.

En el parámetro ejecución de trazos de forma horizontal y vertical en la evaluación inicial 2 de los niños no cumplían la actividad, posterior al evaluación final mantiene los mismo resultados debido a que la realización y ejecución de la pinza trípode exige madures total de año 6 meses.

En el parámetro construcción de torres con cubos en la evaluación inicial 2 de los niños no cumplían la actividad, posterior al evaluación final 1 de los niños lo realiza de manera parcial y el otro lo completa totalmente.

En el parámetro pasar pág. De libros de diferentes tamaños. En la evaluación inicial 2 de los niños no cumplían la actividad, posterior al evaluación final 1 de los niños lo realiza de manera parcial y el otro lo completa totalmente.

En el parámetro abrir y cerrar resientes, y encajar objetos en forma de creciente en la evaluación inicial 2 de los niños no cumplía con dichas actividades, posterior al evaluación final 2 niños realizan las actividades de forma total.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

6.1 CONCLUSIONES.

De acuerdo a los objetivos específicos se llegó a las siguientes conclusiones:

Con la aplicación de masaje terapéutico y estimulación temprana en niños prematuros de 0 a 18 meses se obtuvieron beneficios dentro de los cuales se encuentra: La recuperación de las etapas de desarrollo ausentes en el área perceptiva cognitiva, por lo cual se concluye que la hipótesis de trabajo es aceptable.

Con la evaluación se identificaron las edades perceptiva- cognitiva y motriz de los niños prematuros que participaron en la investigación.

Antes de la realización de las actividades de estimulación temprana en el área perceptiva- cognitiva un 4% de los niños prematuros presentaban deficiencia en la percepción visual y seguimiento auditivo, posteriormente al concluir con la sesiones de terapia se logró una mejoría en el 4% en dichas actividades.

Se determino que un 3% de la población no realizaban las prensiones ni empleaban el uso del dedo índice, posteriormente a la aplicación de estimulación temprana en área

perceptiva cognitiva se concluye que un 3% realizaron el empleo del dedo índice de forma parcial y completaron las prensiones.

Las madres de familia aprendieron a aplicar masaje terapéutico y estimulación temprana en el área perceptiva- cognitiva en niños prematuros.

6.2 RECOMENDACIONES

A los médicos generales y pediatras que llevan un control del niño sano a no pasar por inadvertida las repercusiones futuras que pueden provocar un retraso Psicomotor en niños prematuros y que por ende puedan referir a los pacientes a fisioterapia por leve que sea el retraso que presenten.

A las madres de familia que le den la debida importancia a la asistencia de los controles durante el embarazo.

A los padres de familia que tomen las medidas preventivas asistiendo al control del niño sano para evitar enfermedades que interfieren en el desarrollo normal del niño.

A los responsables del área de Estimulación Temprana del Hospital Nacional San Juan de Dios de la ciudad de San Miguel para que continúen implementando el masaje

terapéutico y la estimulación temprana en las áreas perceptiva cognitiva en nuevos casos de niños prematuros.

A los centros de rehabilitación del área de estimulación temprana que no se limiten al área motriz ya que los niños prematuros pueden presentar deficiencia en las demás áreas y que estos centros cuenten con juguetes interactivos para poder mejorar las capacidades perceptuales cognitivas de estos niños.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

LIBROS.

AUSBEL, David P., SULLIVAN, Edmund V., El desarrollo infantil, tomo 3. Aspectos lingüísticos, cognitivos y físicos, Barcelona- Buenos Aires 1° edición castellana, 219 págs. (Consultada el 03/04/2012)

FRITZ, Sandy, fundamentos del masaje terapéutico, elzevir, España 3 edición 2004, 754 pág. (Consultada el 10/08/2011)

KLIEGMAN, Robert M. y Otros. Nelson Tratado de Pediatría 18ª Edición, Barcelona, España. Editorial Elzevir Saunders. 2009, 2999 páginas.(Consultada el 12/08/2011)

LARROSA Mariela, GIACOVE Gisela, Masajes para bebés y niños: shantala, alas de mariposa y otras técnicas, editorial LEA, S.A. de C.V. Buenos Aires Argentina, 3 edición 2005 128 pág.(Consultada el 20/02/2011)

RUBINSTEIN, J.L. Principios de psicología general. Editorial Grijalbo. México (1982). 167 pág.(Consultada el 02/09/2012)

VÁZQUEZ VILA María Asunción, S. VAZQUEZ Collado, Fisioterapia en neonatología: Tratamiento fisioterápico y orientaciones a los padres, Editorial Dykinson, S.L, Madrid España 1 edición 2007 186 pág.(Consultada el 10/08/2011)

TESIS.

GONZALEZ Blanca; VÁSQUEZ lidia. “Beneficios al aplicar la técnica de locomoción refleja (vojta) en niños (as) con diagnóstico de retraso psicomotor en edades de 0 a 18 meses atendidos en el área de lactantes del centro de fortalecimiento de la aldea infantil S.O.S, san miguel en el periodo comprendido de julio a septiembre de 2008”. Tesis. Facultad Multidisciplinaria Oriental. Universidad de El Salvador, Mayo 2008.(Consultada el 06/07/2011).

TESIS.

DELGADO Ileana; ESTRADA Stephanie; ESTRADA Vilma; “beneficios del método PECS sistema de comunicación por intercambio de figuras, en niños de 3 a 6 años con problemas sociocomunicativos que asisten al centro de rehabilitación integral de Oriente de San Miguel durante el periodo de julio a septiembre del 2010”Tesis. Facultad Multidisciplinaria Oriental. Universidad de El Salvador, Noviembre 2010.(Consultada el 30/10/2011)

DIRECCIONES ELECTRÓNICAS.

[http://bebe.elembarazo.net/categorias/bebe-prematuro.](http://bebe.elembarazo.net/categorias/bebe-prematuro) (Consultada el martes 18 y jueves 20 de octubre 20011)

[http://www.espaciologopedico.com.](http://www.espaciologopedico.com)(Consultada el 07/07/2011)

<http://www.elpais.com/articulo/sociedad/ninos/prematuros/salvan/hay/secuelas/elpepi>
[so_1/Tes.](#)(Consultada el 07/07/2011)

A N E X O S

ANEXO N°1

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES GENERALES

Semanas	1 2 3 4				1 2 3 4				1 2 3 4				1 2 3 4				1 2 3 4				1 2 3 4				1 2 3 4																			
	MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE							
1. Reuniones generales con la coordinación del proceso de graduación.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X												
2. Inscripción del proceso de graduación.				X																																								
3. Elaboración del perfil de investigación.				X	X	X	X	X																																				
4. Entrega del perfil de investigación.					27 de abril de 2012																																							
5. Elaboración del protocolo de investigación.									X	X	X	X	X	X	X	X																												
6. Entrega del protocolo de investigación.													29 de junio de 2012																															
7. Ejecución de la investigación.													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																
8. Tabulación, análisis e interpretación de los datos.																													X	X														
9. Redacción del informe final.																																	X	X										
10. Entrega del informe final.																																	X	X										
11. Exposición de resultados.																																					X	X	X					

ANEXO 2
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ESPECIFICAS

ACTIVIDADES	OBJETIVOS	FECHA Y HORA	MATERIALES	RESPONSABLES
Permiso para realizar la ejecución.	Conseguir el permiso por parte de la institución.	03/07/2012. 8:00am. A 10:00am.	Hoja de permiso de ejecución.	- Elida Montesinos. - Karen Robles. - Yolanda Penado
Reunión con el jefe de área de fisioterapia.	Fomentar la estimulación temprana en el área perceptiva cognitiva.	05/07/2012. 1:00pm. A 1:40pm.		- Elida Montesinos. - Karen Robles. - Yolanda Penado.
Ambientación del área de trabajo.	Crear un espacio agradable y confortable para los niños que formaran parte dela muestra.	10/07/2012. 8:00am. A 10:00am.	Foamy, ojitos decorativos cartulina lustre, silicón líquido, paletas de colores, plumones, lápiz, moldes, calcomanías.	- Elida Montesinos. - Karen Robles. - Yolanda Penado.
Recolección de los niños que formaran parte de la muestra.	Conocer que niños cuentan con los criterios de inclusión y exclusión para formar parte de muestra.	12/07/2012. 8:00am. A 10:00am.	Hoja de entrevista.	- Elida Montesinos. - Karen Robles. - Yolanda Penado.
Reunión general con los padres de familia.	Informar y explicar en que consisten las actividades de la investigación sus objetivos y lograr la	16/07/2012. 8:00am. A 10:00am.	Salón de reuniones, sillas mesa, copias de certificado de consentimiento.	- Elida Montesinos. - Karen Robles. - Yolanda Penado.

	aprobación por parte de los padres.			
Evaluación inicial con los niños seleccionados.	Conocer el nivel de desarrollo del área perceptivo cognitiva y la edad cronológica del niño prematuro.	19/07/2012. 8:00am. A 10:00am.	Hoja de evaluación inicial.	- Elida Montesinos. - Karen Robles. - Yolanda Penado
Aplicación de masaje terapéutico.	Logar un vínculo afectivo entre el niño y la fisioterapeuta.	23/07/2012. 8:00am. A 10:00am.	Crema humectante lubriderm, 2 colchonetas y 2 sabanas	- Elida Montesinos. - Karen Robles. - Yolanda Penado.
Coordinación visual y auditiva. De 0 a 6 meses.	Estimular al niño por medio de los sentidos de la visión y la audición.	23/07/2012. 8:00am. A 10:00am.	Chinchines, figuras de foamy en fondo blanco y negro, cajita musical.	- Elida Montesinos.
Prensiones voluntarias. De 0-6 meses	Estimular al niño Atraves del tacto.	26/07/2012. 8:00am. A 10:00am.	Objetos cilíndricos. Chinchines, juguetes suspendidos de un cordel.	- Elida Montesinos.
Sostener y golpear 2 objetos. De 6-12 meses.	Lograr que el niño pueda sostener objetos uno en cada mano sin soltarlos.	23/07/2012. 8:00am. A 10:00am.	Carritos pequeños, legos cubos plásticos.	- Yolanda Penado.

Empleo del dedo índice. De 6-12 meses.	Especificar los materiales y las actividades, para que el niño utilice su dedo índice.	02/08/2012. 8:00am. A 10:00am.	Al cancelas interruptores, canicas y piano musical.	- Yolanda Penado.
Pinza digital. 6-12 meses	Estimular en el niño las prensiones globales y las pinzas digitales.	07/08/2012. 8:00am. A 10:00am.	Canicas, pulseras cascabeleras, pelota de ping-pong, anillas con soporte.	- Yolanda Penado.
Conducta del cordel. De 6 a12 meses.	Incentivar al niño para que pueda tirar de la cuerda el carrito.	09/08/2012. 8:00am. A 10:00am.	Carrito de juguete, cordel.	- Yolanda Penado.
Meter objetos en recipientes. De 12 a 18 meses.	Lograr que el niños, escoja un objeto lo tome y lo deposite dentro de un recipiente ancho ayudarlo si es necesario.	14/08/2012. 8:00am. A 10:00am.	Recipientes transparentes de distintos tamaños, canicas, botones.	- Karen Robles.
Ejecución de trazos. De12 a 18 meses.	Estimular la capacidad intelectual del niño para que realice puntos y rallas sobre una hoja de papel.	16/08/2012. 8:00am. A 10:00am. 21/08/2012. 8:00am. A 10:00am.	Lápices de colores, papel bond.	- Karen Robles.
Construcción de torres De12 a 18 meses.	Enseñar al niño a construir torres de dos cubos dirigiendo sus manos al principio.	23/08/2012. 8:00am. A 10:00am.	Juegos de cubos, y juguetes de ensambles.	- Karen Robles.

Pasar páginas. De 12 a 18 meses.	Proporcionar al niño cuentos de páginas gruesas.	27/08/2012. 8:00am. A 10:00am.	Libros de cuentos de pág. Gruesas, revistas.	- Karen Robles.
Abrir y cerrar recipientes. De 12 a 18 meses.	Estimular al niño para que pueda destapar recipientes y cajas pequeñas.	30/08/2012. 8:00am. A 10:00am.	Recipientes con tapaderas de diferentes tamaños formas y colores, cajas de cartón pequeñas y grandes.	- Karen Robles.
Encajar varios recipientes. De 12 a 18 meses.	Lograr que le niño pueda encajar y armar figuras.	04/08/2012. 8:00am. A 10:00am.	Juegos de legos para armar.	- Karen Robles.
Evaluación final de los niños seleccionados	Haber logrado que el niño completara actividades que antes no realizaba de acuerdo a su edad y desarrollo cognitivo perceptual	20/09/2012. 8:00am. A 10:00am.	Hoja de evaluación final.	- Elida Montesinos. - Karen Robles. - Yolanda Penado.
Despedía con los niños y padres de familia	Crear un ambiente agradable y de convivencia social entre los padres de familia, niños y fisioterapeutas.	27/09/2012. 8:00am. A 10:00am.	Globos, C.D musical infantil, radio grabadora, dulces, refrigerio.	- Elida Montesinos. - Karen Robles. - Yolanda Penado.

ANEXO 3
PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.

CANTIDAD	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
25	Hojas de foamy.	\$0.25.	\$6.50.
1	Radiograbadora.	\$45.00.	\$45.00.
3	Chinchines.	\$1.50.	\$4.50.
3	Linternas pequeñas.	\$2.00.	\$2.00.
3	Pelotas pequeñas.	\$1.00.	\$3.00.
5	Juegos (carritos, piano musical).	\$2.00.	\$10.00.
3	Rompecabezas.	\$1.00.	\$3.00.
3	Puzzles.	\$3.00.	\$9.00.
3	Juegos de cubos.	\$5.00.	\$15.00.
3	Libros de cuentos de páginas gruesas.	\$5.00.	\$15.00.
3	Tijeras.	\$3.00.	\$9.00.
1	Bote grande de pegamento.	\$7.00.	\$7.00.
3	Resmas de papel bon.	\$4.50.	\$13.50
3	Juegos de ensambles	\$6.00.	\$18.00.
6	Recipientes plásticos	\$1.00.	\$6.00.
6	Cajas de catón.	\$0.50.	\$1.50.
3	Cajas de colores.	\$1.00.	\$3.00.
3	Plumones	\$1.00.	\$3.00.
3	Cartuchos de tinta negra	\$13.50.	\$40.50.
3	Cartuchos tinta color	\$21.50.	\$64.50.
	Impresión de documentos	\$12.00.	\$12.00.
2	Impresión de documentos finales	\$11.00.	\$22.00.
4	Ejemplares	\$15.00	\$60.00
4	CD's	\$6.00	\$24.00
	Defensa final	\$215.00	\$215.00
10% de imprevistos			TOTAL: \$67.75
TOTAL			\$667.50

La investigación fué financiada por el grupo investigador.

ANEXO N° 4

CERTIFICADO DE CONCENTIMIENTO.

Yo he sido elegido(a) para participar en la investigación llamada: **Beneficios del masaje terapéutico y la estimulación temprana en el área perceptivo-cognitiva de niños prematuros de 0a 24 mese que asisten al área de estimulación temprana de Hospital Nacional San Juan De Dios de la ciudad De San Miguel**, se me ha explicado en que consiste la investigación y he tenido la oportunidad de hacer preguntas y estoy satisfecho(a) con las respuestas brindada por los investigadores, consiento voluntariamente a participar en dicha investigación.

Nombre del niño (en letra de molde)

Firma o huella dactilar de las madres de familia.

Fecha de hoy:

(Día, /mes/año)

Anexo N° 5

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
SECCIÓN DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA LICENCIATURA EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL



LUGAR: Área de estimulación temprana del Hospital San Juan de Dios, San Miguel.

Hoja de evaluación dirigida: a niños (as) prematuros.

OBJETIVO: Establecer el desarrollo normal perceptivo cognitivo en niño (a) prematuro (a).

Nombre del niño (a): _____

Sexo: F_____ M_____ peso al nacer: _____ talla al nacer: _____

Nombre de la madre y del padre: _____ peso actual: _____ talla actual: _____

Edad Cronológica: _____ Edad motriz _____

Edad Cognitiva: _____ Fecha de nacimiento: _____

Diagnóstico: _____

HISTORIA CLÍNICA

Tipo Parto:

Hospitalario: _____

Domiciliar _____

Cesárea: _____

Vaginal : _____

Cefálico: _____

Podálico: _____

Estado del niño al nacer:

Lloro al nacer: SI _____ NO _____

Cianosis: SI _____ NO _____

Ictericia: SI _____ NO _____

Apgar: SI _____ NO _____

PERÍMETRO CEFALICO: _____

CONTROL DEL NIÑO SANO: _____

EVALUACIÓN DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL AREA PRCEPTIVA COGNITIVA.

De 0 a 6 meses						
Parámetros	Evaluación inicial			Evaluación final		
	NC	PSC	CT	NC	PSC	CT
Identificar figuras						
Sigue objetos con la visión						
Mantenimiento de las prensiones						

Observaciones: _____

De 6 a 12 meses						
parámetros	Evaluación inicial			Evaluación final		
	NC	PSC	CT	NC	PSC	CT
Sostiene dos objetos sin dejarlos caer.						
Sostiene y golpea dos juguetes						
Empleo del dedo índice						
Búsqueda de objetos con la visión.						
Realiza pinza cilíndrica.						
Realiza pinza trípode.						
Realiza pinza digital.						
Saca y mete objetos de recipientes						

Observaciones: _____

De 12 a 18 meses						
Parámetros	Evaluación inicial			Evaluación final		
	NC	PSC	CT	NC	PSC	CT
Mete objetos en recipientes de diferentes tamaños.						
Ejecuta trazos horizontales.						
Ejecuta trazos verticales.						
Construye torres con cubos						
Pasa pág. De libros de diferente tamaños. Abre y cierra recipientes para sacar objetos.						
Encaja recipientes en orden de creciente						

Observaciones:

Nombre de la terapeuta: _____

Firma: _____

ANEXO N° 6

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

SECCIÓN DE TECNOLOGÍA MÉDICA

CARRERA LICENCIATURA EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL



LUGAR: Área de estimulación temprana del Hospital Nacional San Juan de Dios, de la ciudad de San Miguel.

GUÍA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A: Los padres de familia

OBJETIVO: Indagar si los padres o responsables de los niños(as) conocen acerca de los efectos que se obtienen al aplicar masaje terapéutico y la estimulación perceptivo-cognitiva en niños prematuros.

1) ¿Conoce usted en qué consiste el desarrollo normal en área perceptivo-cognitiva del niño prematuro. ?

SI _____ NO _____

2) ¿Sabe en qué consiste masaje terapéutico?

SI _____ NO _____

FIGURA N° 1

Prematuro límite: entré 35 y 37 semanas Fig. A



Prematuro moderado: entre 31-35 semanas Fig. B



FIGURA N° 2

Prematuro extremo: entre 24-30 semanas Fig. A



Hepatopatías. Fig. B.

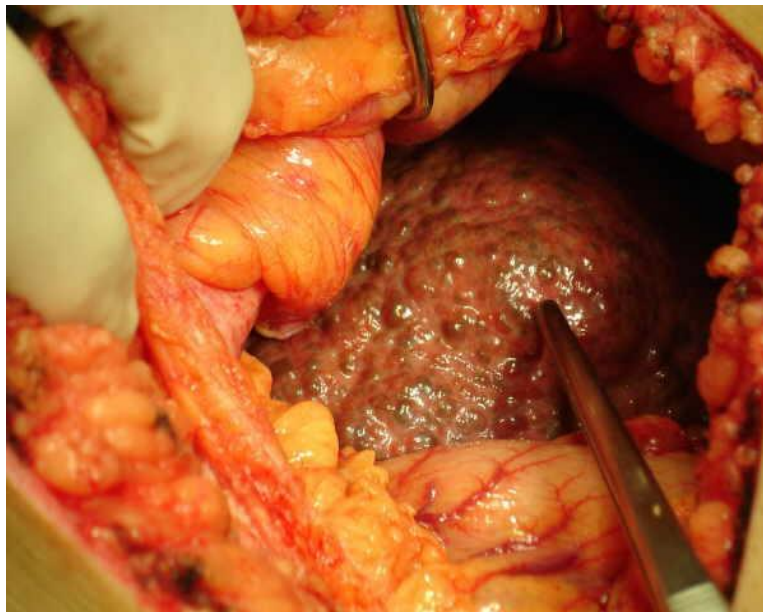
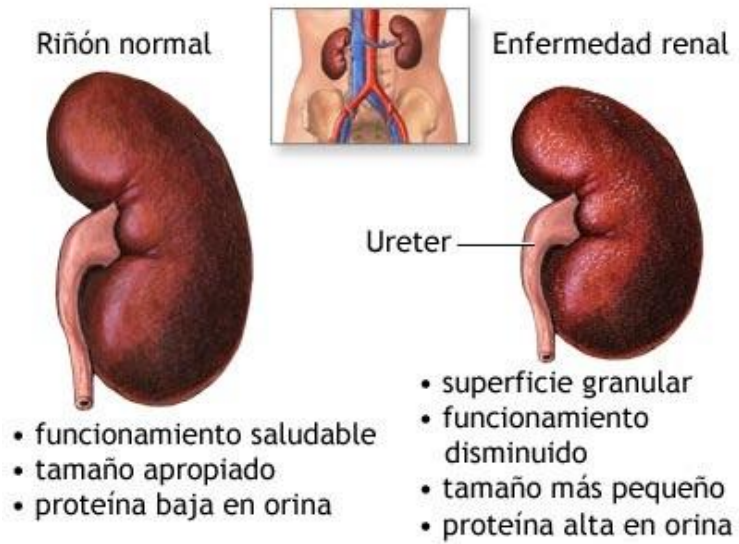


FIGURA N° 3

Nefropatías. Fig. A.



Infecciones intrauterinas. Fig. B

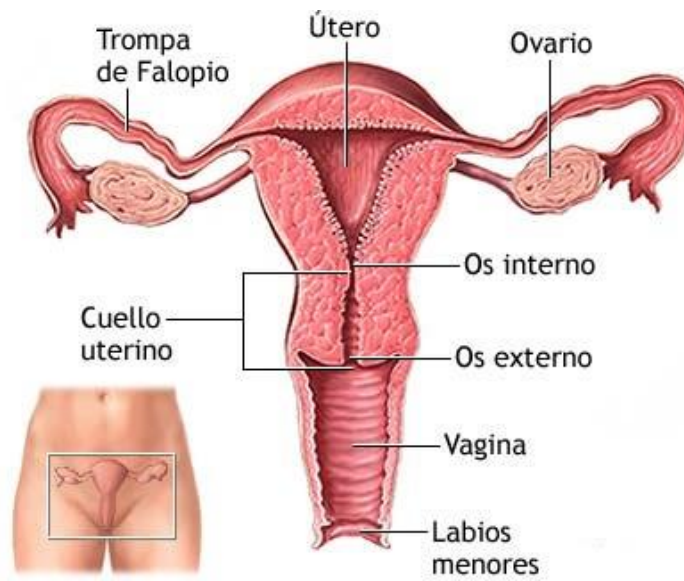


FIGURA N° 4

Masaje terapéutico para bebe.

Aplicación de masaje en pies y piernas fig. A



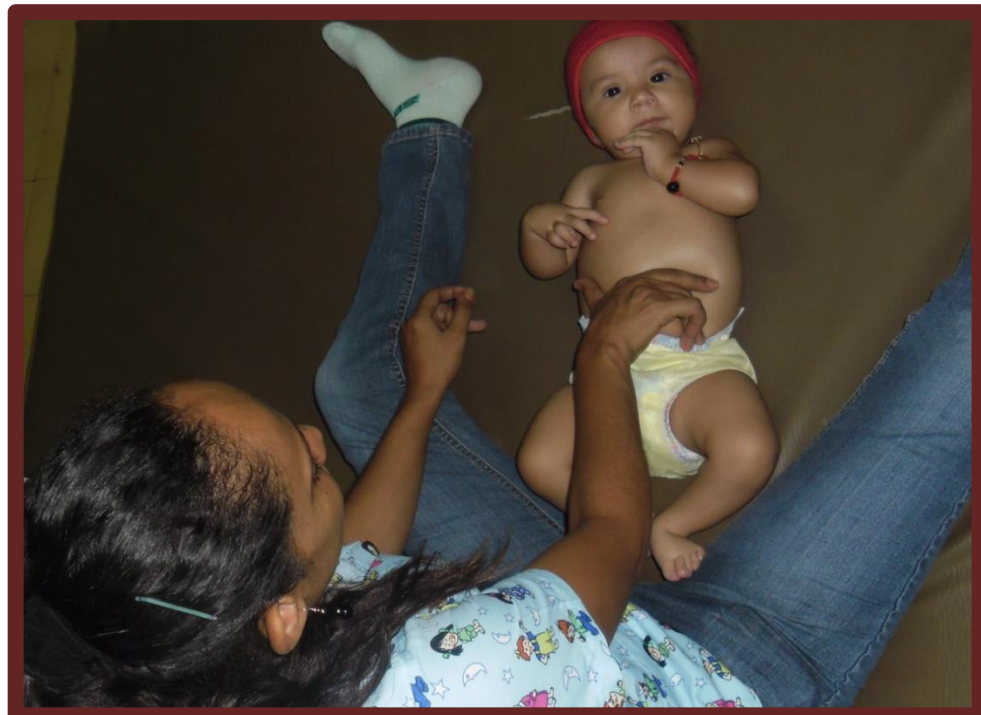
Aplicación de masaje en hombros brazos y manos. Fig. B



Aplicación de masaje en pecho fig. C



Aplicación de masaje terapéutico en estomago fig. D.

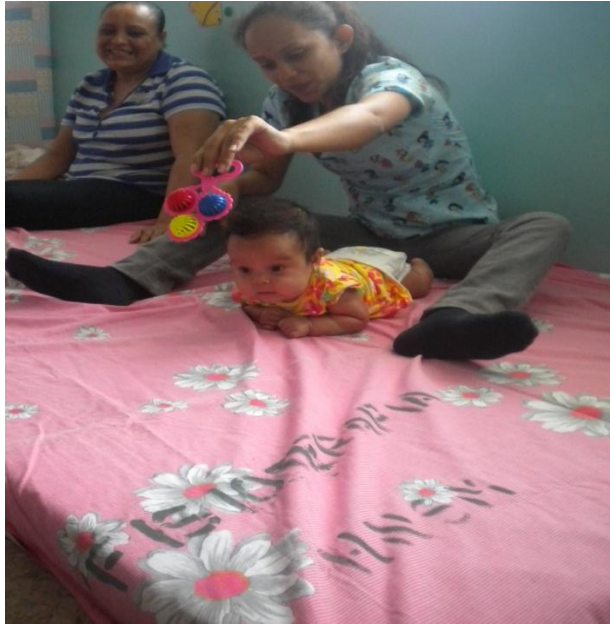


Aplicación de masaje en espalda fig. F.



FIGURA N° 5
VALORACION PRECEPTIVA COGNITIVA DE 0 A 6 MESES.

Estimulación del seguimiento visual y aditivo fig. A.



Estimulación de la presión global fig. B.



FIGURA N ° 6
VALORACION PRECEPTIVA COGNITIVA DE 7 A 12MESES.

Estimulación de empleo del dedo índice fig. A.



Estimulación de meter y sacar objetos de recipientes.



FIGURA N ° 7

VALORACION PRECEPTIVA COGNITIVA DE 13 A 18 MESES.

Estimulación de la actividad sacar objetos de recipiente fig. A



Estimulación de la actividad sacar objetos en recipientes fig. B.



FIGURA N° 8

CLAUSURA DE LA EJECUCION.

Con las madres de familia y nuestra asesora de tesis Lic. Luz Estelí de Díaz

