



ESCUELA DE ENFERMERIA PADRE LUIS TEZZA
Afiliada a la Universidad Ricardo Palma



EVOLUCIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR
EN NIÑOS ABANDONADOS MENORES DE
4 AÑOS EN APARENTE RETRASO
CASA HOGAR VILLA
SALVADOR.

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería

Marica Bussi (Sor)

Lima-Perú

2012

EVOLUCIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR
EN NIÑOS ABANDONADOS MENORES DE
4 AÑOS EN APARENTE RETRASO
CASA HOGAR VILLA SALVADOR

Asesora: Dra. Kattia Ochoa Vigo

Docente de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza
Afiliada a la Universidad Ricardo Palma

Lima-Perú

2012

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a todos los niños abandonados del mundo, de manera especial a todos aquellos que Dios puso en mi camino en estos años de Misión aquí en Perú y con los cuales he podido compartir lindos momentos de mi vida aprendiendo mucho de lo que es confianza, sencillez, perdón, Amor, sonrisa, alegría!

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por bendecir mi camino, darme paciencia, perseverancia y ayudarme en todo momento.

A la Virgen María, mi madre, amiga, compañera y maestra de Amor, Caridad, Esperanza.

A la Universidad Ricardo Palma, a la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza, para formarme profesionalmente y enseñarme a "cuidar al enfermo como si fuera mi único hijo enfermo", por apoyarme en todo momento como una familia.

A la Dra. Kattia Ochoa Vigo, por su apoyo, paciencia y experiencia profesional.

A mi familia, a mi Comunidad Cenáculo, a todas las Hermanas Misioneras de la Resurrección en el mundo, a Madre E/vira e a todos los niños, Misioneros e Misioneras, por sus oraciones, presencia, confianza e amistad que me han brindado en estos años.

INDICE

RESUMEN.....	7
SUMMARY.....	8
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPITULO I: LANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.1 Planteamiento y Delimitación del Problema.....	11
1.2 Formulación del Problema.....	16
1.3 Delimitación de los objetivos.....	16
1.3.1. Objetivo General.....	16
1.3.2. Objetivos Específicos.....	16
1.4 Importancia y Justificación.....	16
1.5 Limitación del estudio.....	17
CAPITULO II:MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.....	20
2.1 Investigaciones Relacionadas con el Tema.....	20
2.2 Estructura Teórica y Científica que sustenta el estudio.....	22
2.2.1 Niños abandonados.....	22
2.2.2 Abandono y maltrato físico y psicológico.....	23
2.2.3 Causas de abandono y factores de riesgo.....	24
2.2.4 Manifestaciones del abandono físico.....	27
2.2.5 Manifestaciones del abandono psicológico y emocional.....	28
2.2.6 Crecimiento y desarrollo.....	29
2.2.7 Desarrollo psicomotor.....	32
2.2.8. Escala EEDP de desarrollo psicomotor de 0-24 meses.....	34
2.2.9 Escala TEPSI de desarrollo psicomotor 2-5 años.....	31
2.2.10 A nivel internacional: Escala Bailey y el test de Denver.....	33
2.2.11 Retraso psicomotor.....	34
2.2.12 Estimulación Temprana.....	41
2.3 Definición de términos básicos.....	42
2.4 Relación de Variables.....	43
2.4.1 Operacionalización de variables (Anexo A).....	43

CAPITULO III :METODOLOGÍA DEL ESTUDIO	44
3.1 Tipo y Diseño de investigación	44
3.2 Área del estudio	44
3.3 Población y Muestra	44
3.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos.....	45
3.5 Procedimiento de Recolección de Datos	46
3.6 Análisis de Datos	46
3.7 Aspectos éticos.....	47
CAPITULO IV:RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	48
4.1 Resultados.....	48
Tabla 1: Comparación de la evaluación basal y final del desarrollo psicomotor de los niños en condición de abandonados de la Casa Hogar Villa El Salvador. Julio-diciembre 2011	50
Grafico 1: Distribución de la evaluación basal y final del área de lenguaje (EEDP y TEPSI) en los niños en condición de abandonados de la Casa Hogar de Villa el Salvador. Julio-diciembre 2011.....	51
Gráfico 2: Distribución de la evaluación basal y final del área social en los niños en condición de abandonados de la Casa Hogar de Villa el Salvador según EEDP, Julio-diciembre 2011.....	52
Gráfico 3: Distribución de la evaluación basal y final del área motora en los niños en condición de abandonados de la Casa Hogar de Villa el Salvador según EEDP y TEPSI, julio-diciembre 2011.	50
Grafico 4: Distribución de la evaluación basal y final del área de coordinación en los niños en condición de abandonados de la Casa Hogar de Villa el Salvador según EEDP y TEPSI, julio-diciembre 2011.	51
Tabla 2. Distribución de la evaluación del Desarrollo psicomotor basal y final en los niños en condición de abandonados de la Casa Hogar de Villa el Salvador según EEDP / TEPSI, 2011.....	52
4.2 Discusión	53
CAPITULO V : CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	62
5.1 Conclusiones	62
5.2 Recomendaciones	62

RESUMEN

Introducción El abandono es una forma de maltrato y negligencia infantil, considerado actualmente una problemática mundial presente en todos los grupos étnicos y diferentes niveles socioeconómicos, cuyas consecuencias tienen repercusiones importantes sobre el normal desarrollo de esos niños conllevándolos a problemas de retraso psicomotor. **Objetivo:** Describir la evolución del desarrollo psicomotor en niños abandonados menores de 4 años, en aparente retraso residentes en la Casa Hogar de Villa el Salvador. **Metodología:** Estudio cuantitativo, método observacional, tipo descriptivo longitudinal de corte prospectivo, realizado en la Casa Hogar de Villa el Salvador; la población fue constituida por 20 niños residentes en la Casa Hogar. Los datos fueron recolectados entre julio-diciembre 2011 utilizando como instrumentos una ficha de registro para los datos socio demográficos, observación participante del investigador, escala de evaluación del desarrollo psicomotor (EEDP) y el test TEPSI, éstos últimos aplicados mensualmente hasta finalizar el estudio. Los niños reciben en la Casa Hogar asistencia integral por un equipo multidisciplinario que estimula el desarrollo psicomotor, afectivo y espiritual. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del INSN. Para analizar los datos se ha utilizado la estadística descriptiva. **Resultados:** El desarrollo psicomotor de los niños tuvo mejoría, siendo que al iniciar el estudio el 40% de niños era normal, 35% en riesgo y 25% en retraso. Al finalizar el estudio un 83,3% era normal y solo 16,7% estaba en riesgo. Según áreas, hubo mejoría en el área motora (50% vs 77,8%), $p=0,0049$ y lenguaje (49,8% vs 61,1%) $p=0,0016$, coordinación (50% vs 94,4%) y social (50% vs 77,8%) **Conclusiones:** el desarrollo psicomotor de los niños tuvo mejoría en todas las áreas con destaque en las de lenguaje y motora, reconociéndose la labor del equipo multidisciplinario en el desarrollo integral del niño.

PALABRAS CLAVE: desarrollo psicomotor, retraso psicomotor, niños abandonados, enfermería.

SUMMARY

Introduction: Abandonment is a form of abuse and child negligence which is considered today a worldwide problem present in all ethnic groups and different social-economic levels, whose consequences have important repercussions over the normal development of those children thus producing psychomotor retardation. **Objective:** To describe the evolution of the psychomotor development in abandoned children under the age of four in apparent retardation in the Children's Home of Villa el Salvador. **Methodology:** A quantitative study, an observational method, a type of longitudinal descriptive of short perspective, actualized in the Children's Home of Villa el Salvador, the population consisted of 20 resident children in the Children's Home. The data was collected from July to December 2011 utilizing as an instrument a chart-register for the social demographics, observation from the participation of the investigator, a scale of evaluation of the psychomotor development (EEDP) and the test (TEPSI), the respective applied monthly until the end of the study. In the Children's Home the children receive integral assistance through a multi-disciplinary team that stimulates the psychomotor, affective and spiritual development. The project was approved by the Ethic and Investigation Committee of the INSN. The descriptive statistic method was utilized to analyze the data. **Results:** The psychomotor development of the children improved; at the beginning of the study 40% of the children were normal, 35% were at-risk and 25% were retarded. At the end of the study 83.3% were normal and only 16.7% were at-risk. According to the areas, there was an improvement in the area of motor skills (50% vs 77.8%), $p < 0.0049$ and language (49.8% vs 61.1%) $p < 0.0016$, coordination (50% vs 94.4%) and social (50% vs 77.8%). **Conclusions:** the psychomotor development of the children improved in all of the areas especially in the areas of language and motor skills, recognizing the work of the multi-disciplinary team in the integral development of the child.

Key words: psychomotor development, psychomotor retardation, abandoned children, nursing.

INTRODUCCIÓN

El control del Desarrollo Psicomotor en los niños menores de cinco años, sobre todo en aquellos que han sufrido algún tipo de indiferencia en la sociedad Peruana trae consigo la necesidad de ser constantes y persuasivos para que estos niños puedan tener la capacidad de valerse por sí mismos en todas sus facultades, sobre todo su facultad física dependerá de un diagnóstico temprano e de la Terapia que se debe seguir de acuerdo a los parámetros que estipula las diferentes escalas de evaluación del Desarrollo Psicomotor validadas por el país.

La Enfermera encargada de este programa tiene la obligación profesional y moral para tener en cuenta este punto neurálgico en la niñez peruana, que trae consigo alguna discapacidad que afecte su desarrollo en el futuro, y por lo tanto contribuir en la Salud Publica de un país en vías de desarrollo.

En el capítulo I: se expone el planteamiento y formulación del problema, se define los objetivos, importancia y limitaciones de la investigación.

En el capítulo II, se presenta la revisión de la literatura investigaciones precedidas, además de las bases teóricas que lo sustentan, la definición de términos y las variables de la investigación. En el capítulo III, se escribe el tipo y método de investigación, así como el área donde se llevó a cabo la investigación, se describe la población con los criterios de inclusión y exclusión, la técnica, e instrumentos de recolección de datos, se evidencia el nivel de validez y confiabilidad del instrumento, el análisis y procesamiento de los datos.

En el capítulo IV, se presentan los resultados obtenidos en la investigación con el análisis e interpretaciones de datos presentados en cuadros, describiendo los principales hallazgos del estudio, y la discusión que enriquece este trabajo de investigación debido a que se confronta con la literatura y otras investigaciones realizadas, a nivel internacional y nacional.

En el capítulo V, se describe las conclusiones finales de la investigación y el aporte para enfermería, con las recomendaciones pertinentes sobre el tema.

Finalmente, este trabajo de investigación contiene información que permitirá el mejoramiento del cuidado de enfermería para este grupo etario, complementando con las referencias bibliográficas que ayudaron a la ejecución de esta. Se espera que las conclusiones de la investigación proporcionen información útil al proceso de mejoramiento en el cuidado de enfermería comunitaria.

CAPITULO I: LANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento y Delimitación del Problema

Actualmente vivimos sumergidos en un mundo y una sociedad llena de violencia, una problemática mundial, una situación de la cual desafortunadamente los niños no escapan. El abandono es una forma de maltrato infantil y ha llegado a ser una problemática universal alarmante y siempre en continuo incremento.

Es una situación de negligencia infantil, en la cual el grado es extremo y cuyas consecuencias físicas en el niño son muy elevadas.¹

Refiriéndose a estadísticas de Estados Unidos,² se estima que en 1998, hubo como 900.000 niños maltratados, una incidencia de 12,9 por cada 1000 niños, y que mueren un total de 1200 niños anualmente por alguna forma de maltrato, entre las cuales 53,7% por abandono, 22% por maltrato físico, 11,5% abuso sexual, 6% maltrato psicológico y un 6% por abandono de cuidados médicos. La mayor incidencia se evidencia entre los más pequeños, siendo el 78% de los niños menores de 3 años y el 38% menor de 1 año.

En el Perú, un artículo del Ministerio de Salud³ del 2009, sobre el Instituto Nacional de Salud del Niño, registró que cerca de un 40% de los casos de maltrato infantil, físico y psicológico, habían sido ocasionados por las madres y dentro del hogar. El instituto a la fecha ha tratado más de 200 casos, de los cuales el 31% corresponde a negligencia o abandono, 11% a maltrato físico y 12 % a maltrato psicológico.

El sistema de información Estadística de la Fiscalía de la Nación²⁷ reportó que en el 2002 los departamentos con mayores casos de denuncia por maltrato infantil fueron: Lima 18,2%, Ancash 12%, Apurímac 10%, Lambayeque 9.9%, Chosica 7% y Callao 7%.

El Perú tiene una población total de niños, niñas, jóvenes y adolescentes de 10 millones 67mil personas, representando el 30,5% de la población según estadísticas INEI del 2007.²⁷ La niñez es considerado el grupo más vulnerable, para vivir en situaciones de riesgo, abandono, y condición de pobreza el 38% y el 13,7% de extrema pobreza.

La OMS²⁶ estima que el 10% de la población de cualquier país está constituida por personas con algún tipo de discapacidad permanente, física o mental, que limita una o más actividades de la vida diaria.

No es conocido en la actualidad el número de niños peruanos que tienen retraso en el desarrollo mental, motor, social y emocional como deficiente estado de salud y nutrición y ambiente físico desfavorable que rodea los primeros años de vida. Sin embargo, según la última encuesta ENDES ²⁶ en 2011, se sabe que el 17,9% de los menores de cinco años presentan desnutrición crónica y el 50.3% de los niños entre 6 y 36 meses presentan anemia nutricional. Estos datos son suficientes para asumir que esta proporción de niños tendrá deficiencias en su desarrollo, puesto que el retardo en el crecimiento físico y la presencia de anemia son dos marcadores importantes de ambiente desfavorable para el crecimiento y desarrollo. No obstante no hay datos precisos de la magnitud del problema, sin embargo es un hecho evidente conocerlo y difundirlo para identificarlo y optar por acciones de prevención; de manera que disminuyan las consecuencias y efectos negativos sobre el desarrollo del ser humano, con mayor incidencia en los niños debido que el desarrollo y crecimiento realizado de manera integral es fundamental para el desarrollo humano y la construcción del capital social²⁶.

La Convención de Derechos del Niño (1990), define al maltrato infantil como: “toda forma de violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación mientras que el niño se encuentra bajo custodia de sus padres, de un tutor, o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.”⁴

El abandono es una forma de maltrato infantil, dividiéndose en: abandono material o físico y abandono emocional o moral. El abandono material o físico es un tipo de maltrato infantil pasivo, una situación en que las necesidades físicas básicas de alimentación, vestido, protección y vigilancia, en situaciones peligrosas o en relación a los cuidados del menor, no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro adulto del grupo que convive con él. En referencia al abandono emocional o moral, también puede expresarse como pasivo, significando que el niño no recibe afecto, apoyo, ni la valoración necesaria para crecer y desarrollarse psicológicamente sano. Existe una clara falta de respuestas a las necesidades de contacto afectivo del niño, situación que repercute negativamente en su formación humana.⁵

Existen diversas causas de abandono, pero comúnmente se dividen en sociales, económicas, culturales, biológicas, emocionales y familiares. Entre las causas sociales se consideran la prostitución, la drogadicción, el alcoholismo, la inestabilidad emocional, la falta de planificación familiar, las conductas irresponsables que conllevan a embarazos indeseados, por consiguiente, al abandono.⁶

Entre las causas económicas, se incluye el caso de las familias pobres y extremadamente pobres, quienes no tienen acceso a servicios de salud, vivienda, vestido y por lo general, se encuentran en condición de desempleo. Ya entre las causas culturales, hay la falta de criterio para educar a los hijos, debido a la irresponsabilidad y a la orientación inadecuada.⁵

Las causas biológicas, inciden en niños con limitaciones físicas, trastornos neurológicos o malformaciones, los cuales son rechazados por la sociedad. Entre las causas emocionales se encuentran la incapacidad de los padres para enfrentar los problemas, por su inmadurez emocional, baja autoestima, falta de expectativas, inseguridad extrema. Situación que puede ser muy alarmante en un país como el Perú, donde el 50% es pobre y aproximadamente el 25% pobre extremo.⁵

Entre las causas familiares, hay problemas de desintegración y separación de los padres (familia disfuncional), por falta de comunicación, destacándose el caso de las madres solteras que abandonan a sus hijos por falta de apoyo y material.⁵

Las consecuencias emocionales del abandono, a corto y largo plazo, pueden ser más debilitantes que los efectos físicos, el abandono afectivo, sobre todo por parte de la madre puede tener consecuencias devastadoras.⁶ Situación que influye enormemente sobre el normal crecimiento y desarrollo del niño, conllevando en muchos casos a algún grado de retraso psicomotor, por deterioro de las facultades mentales y principalmente del área cognitiva.⁶

Deonna, citado por Verdú y Alcaraz⁷, define que el retraso psicomotor (RPM) es la lentitud y/o anormalidad de las adquisiciones de los primeros hitos de desarrollo (primeros 36 meses de vida), generalmente resulta de una agresión al sistema nervioso central (SNC), o determinado genéticamente, debido frecuentemente a parálisis cerebrales, retraso mental,

trastornos específicos del desarrollo, pobre estimulación ambiental, enfermedades crónicas, entre otras.

Vale señalar el estudio realizado por Moreno Manso¹, en instituciones municipales que albergan niños en abandono físico menores de 1 año. Sus resultados demuestran que esos niños carecían de estimulación, lo cual repercutía en su desarrollo produciendo muchas veces retraso psicomotor infantil. La muestra objeto de análisis fueron 57 familias y 168 menores en clara situación de abandono, quienes presentaron indicadores precisos de integridad física y psíquica en serio peligro. El autor resalta que en el 10% de casos hay manifestaciones de serio maltrato emocional antes de abandono físico y que el 73% de las familias tienen hábitos de crianza negativos que repercuten sobre el crecimiento y desarrollo del niño como la alimentación inadecuada, las condiciones de la vivienda inadecuadas, empleo inestable de ambos progenitores, familias conflictivas con falta de concienciación sobre las necesidades afectivas del niño.

Otro estudio realizado por Ruiz y Gallardo⁸ para reconocer a que nivel, leve o grave, una negligencia o un tipo de maltrato pueden impactar negativamente sobre el normal desarrollo evolutivo en un grupo de 67 niñas y niños en edad comprendida entre 8 y 13 años, a través de varias pruebas auto informadas (como inteligencia, ansiedad, temor, emoción, dureza, sinceridad, antisocial) y que se pueden evidenciar por medio de problemas conductuales y sociales. En el estudio se observa que los niños que sufrieron una negligencia familiar más grave, presentaron diferencias más marcadas en el temor, la sinceridad y la conducta antisocial presentando menor capacidad para adaptarse, aprendiendo menos en el trabajo y fueron menos felices comportándose de manera inapropiada; los afectados por negligencia leve, vivían más alejados de la realidad, no sabiendo cómo enfrentarse a los demás para obtener su aceptación. Los autores concluyen afirmando que los niños víctimas de una negligencia llevaban asociados una serie de resultados bastante negativos e impactantes sobre su desarrollo en general.

Estas investigaciones demuestran la importancia del desarrollo en la primera infancia, con respecto a la formación de la inteligencia, personalidad y comportamiento social; realmente si las niñas y niños que en el curso de sus años formativos, no reciben la atención y el cuidado que necesitan, las consecuencias son acumulativas y prolongadas.

Por eso brindar apoyo a los niños para que tengan un crecimiento y desarrollo adecuado es una de las prioridades de la familia, los gobiernos, organizaciones y comunidad en general.²⁶

Frente a esta realidad y la repercusión que tiene el abandono físico y emocional en los niños menores y la oportunidad de convivir con niños en esta situación, surge la motivación de realizar esta investigación, que tiene como propósito describir la evolución el desarrollo psicomotor de los niños abandonados menores de 4 años en aparente retraso de la Casa Hogar de Villa el Salvador, que siguen un programa de apoyo, contando con el apoyo de una terapeuta física, pediatra, psicólogo, asistente social, enfermera, misioneras que cuidan a los niños en la casa para detectar de forma temprana problemas de retraso psico-motor. Los niños de la Casa Hogar provienen de diferentes situaciones de abandono, son niños heridos emocionalmente y a veces físicamente, las religiosas y misioneras en la casa se encargan de su asistencia integral, necesidades básicas, terapias físicas, salud, educación, y especialmente educación a la fe, desde muy pequeños a un encuentro personal con Jesucristo, enseñándoles la oración en cada momento del día, tratando de donar a los niños el calor de una familia para que puedan sentirse amados y aceptados según el derecho de toda persona humana implícitamente digna; el objetivo que se quiere alcanzar en la Casa Hogar viviendo desde largo tiempo con los niños, es poder apoyarlos manteniendo un seguimiento constante para su bien y su futuro.

Considerando que el desarrollo de los niños en los primeros tres años de vida es fundamental, la Asociación Religiosa que conforma parte de la Iglesia Católica, expresa su carisma al acoger a los niños abandonados y brindarles lo que necesitan para vivir, crecer, desarrollarse y tener un futuro digno. De eso modo y reconociendo la problemática de estos niños, siendo los profesionales de Enfermería el equipo comprometido en velar el control del crecimiento y desarrollo del niño sano se plantea la siguiente pregunta.

1.2 Formulación del Problema

¿Cuál es la evolución del desarrollo psicomotor en los niños abandonados de 0-4 años en aparente retraso, albergados en la Casa Hogar de Villa el Salvador?

1.3 Delimitación de los objetivos

1.3.1. Objetivo General

Describir la evolución del desarrollo psicomotor en los niños abandonados de 0-4 años de edad en aparente retraso, albergados en la Casa Hogar de Villa el Salvador.

1.3.2. Objetivos Específicos

Evaluar el grado de desarrollo psicomotor en los niños según las escalas de EEDP o TEPSI, conforme las aéreas: motora, lenguaje, socio-emocional, coordinación, considerándose un basal y final.

Diagnosticar el grado de desarrollo psicomotor en los niños entre el basal y el final.

Comparar el coeficiente de desarrollo psicomotor de los niños entre la evaluación basal y final.

1.4 Importancia y Justificación

Se ha demostrado que los malos tratos y el abandono físico y psíquico acarrear alteraciones en el desarrollo físico y psíquico, entre los cuales los trastornos más frecuentes son el retraso intelectual, cognitivo, alteraciones conductuales.¹¹Dichos trastornos se observan aparentemente en los niños de la Casa Hogar de Villa El Salvador los cuales presentan alteraciones para sus respectivas edades tales como: no caminar a los dos años de edad, no gatear hasta el año de edad, retrasos en la forma de comunicarse y del lenguaje. Para que el desarrollo progrese de forma normal, el niño debe ser estimulado correctamente y rodeado de un ambiente adecuado. Es importante destacar la labor de enfermería en la cual inserta su perspectiva del cuidado contribuye a través de la evaluación permanente del desarrollo psicomotor acorde a la edad del niño, reconocer

oportunamente signos de alarma de niños en aparente retraso, de modo que se reduzcan o se eviten alteraciones mayores en su desarrollo y con ello la incidencia de problemas de retraso psicomotor en el futuro.

1.5 Limitación del estudio

Entre las limitaciones que tiene el estudio se consideran la posibilidad de que algún niño sea adoptado en el transcurso del estudio, disminuyendo el número de participantes. Además, existen escasos estudios descriptivos a nivel nacional sobre el desarrollo psicomotor en niños abandonados o con presencia de retraso psicomotor.

CAPITULO II:MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1 Investigaciones Relacionadas con el Tema

Estudio descriptivo, de corte transversal realizado en el Hogar “Conin” en Valdivia, región de los Ríos, año 2009, que atiende a niños desnutridos y en riesgo social, que cuenta con profesionales capacitados en el manejo y control de menores, enfatizando la estimulación del desarrollo psicomotor. El objetivo del estudio es verificar el efecto que tiene la estimulación temprana en el desarrollo psicomotor de los niños; cuenta con una población de 20 niños menores de 3 años, pertenecientes a la Institución, excluyendo los menores de un mes; utilizando como instrumentos fichas clínicas de recopilación de información y elaboración del perfil de los menores. Los resultados obtenidos muestran que un 30% de los padres de estos niños eran adolescentes, y que un 10% consumían drogas; un 55% estaba con escolaridad básica incompleta, en cuanto pertenecen al sector rural, y un 35% eran casos sociales relacionados a retraso en el desarrollo psicomotor. En relación a los antecedentes perinatales, se describe que el 50% corresponde a cesáreas, el 20% a sufrimiento fetal, el 10% a partos normales. Un 50% de los menores presenta desnutrición confirmada, leve, moderada o severa y un 75% presenta diagnóstico de retraso del desarrollo psicomotor al ingresar al Hogar. Los últimos controles demostraron que el 55% se quedó con el mismo diagnóstico, el 70% presenta retraso mixto, 25% retraso en el lenguaje y el 5% retraso en el área motora. Las evaluaciones del Desarrollo psicomotor eran 70% cada mes y 20% cada dos meses. Concluyendo que la realización del trabajo integral con los niños, y las evaluaciones constantes recuperan al 100% el aspecto nutricional, mejorando el aspecto del desarrollo psicomotor, demostrando esencialmente la importancia y necesidad de un ambiente adecuado para el normal desarrollo del infante.²⁸

Un estudio cualitativo y cuantitativo, realizado en la provincia de Santiago de Cuba, durante un periodo de julio 2007 a abril 2008 cuyo objetivo fue conocer los factores que afectan la adecuada atención en los niños con problemas de discapacidad para identificarlos y así aplicar nuevas acciones para contrarrestarlos. La población estuvo conformada por 276 padres de niños con discapacidad menores de 15 años y 136

profesionales en la atención primaria del paciente. Al comienzo se procedió a identificar a los niños y niñas con discapacidad, a través varias fuentes de información como la sala de rehabilitación, la escuela, la municipalidad, los consultorios médicos y las organizaciones de discapacidades. El estudio tuvo dos etapas, una vez localizada la población infantil, se realizó una encuesta a los padres o personas encargadas a través preguntas abiertas; luego una serie de 8 preguntas cerradas a los profesionales de atención primaria que atienden a los niños y niñas con discapacidad. Una vez identificadas las carencias en la calidad de la atención, se procedió a formular un nuevo diseño de acciones. Los resultados, muestran que había 311 niñas y niños con discapacidad, de los cuales 54% presentaba algún tipo de retraso mental, seguido luego de enfermedades crónicas y discapacidades sensoriales visuales y auditivas, 20% con trastorno de la comunicación, y 29% con deficiencias fisicomotoras. La encuesta aplicada a los padres, revela que la mayor dificultad de atención sanitaria estaba relacionada a: falta de información sobre la discapacidad de hijo de parte del personal de salud (69%) no se les visita en el hogar, (37%) nunca se le ha indicado tratamiento de rehabilitación (47%). Mientras que los profesionales de salud responden que no hay información científica actualizada sobre el tema (74%), que no existe detección precoz de la discapacidad (58%), que no hay trabajo en equipo consolidado y falta de organización (100%).⁹ Llegando a la conclusión que se implementaron escuelas de padres con hijos discapacitados, se crearon cursos de capacitación sobre atención integral a niños discapacitados, y la creación de una consulta municipal para la atención temprana.

Otro estudio analítico en la Habana Vieja, tuvo como objetivo, evidenciar cual era el impacto de un proyecto comunitario de estimulación temprana a niños en retardo en su neurodesarrollo y en riesgo por su situación biopsicosocial; estuvo constituido por 374 niños con factores de riesgo que entraron en el programa entre los años 1998-2000 debiendo permanecer 5 años en el programa hasta los años 2003-2006. Esta investigación, con la presencia de un equipo interdisciplinario, seguía el programa trimestralmente aplicando estimulación semanal en el gimnasio a los niños que mostraban pequeños trastornos motores y/o mentales. La evaluación se hizo utilizando diferentes métodos de escalas validadas por ese país, de desempeño mental, motor, lenguaje, área social y escalas psicomotrices. Se evaluó también el estado nutricional mediante las tablas vigentes, y en cada consulta se le enseñaba a la familia como realizar la estimulación en el hogar. Para evaluar la efectividad de la intervención se aplicaron los instrumentos al inicio (3 meses) y al final (4 años), analizando las diferencias

significativas positivas y negativas en la escala motora y mental. Los resultados evidenciaron que entre los factores de riesgo de retraso el 35% era por hipoxia y bajo peso al nacer, que el sexo masculino 52% tuvo el mayor número de trastornos, como la hipotonía 46% que fue el más observado. La aplicación de la estimulación más utilizada fue la fisiátrica en 120 niños, la psíquica en 120 niños, y logopedia en 142 niños, mientras que la estimulación preventiva en el hogar fue realizada por 260 casos, con el programa establecido. Se clasificó la evolución del programa en los resultados como: agravada, estática, favorable, superada, traslado. La evolución fue satisfactoria, favorable y superada, especialmente por los que siguieron constantemente el programa (64%), fue significativa y novedosa la estimulación en el hogar mientras que en un pequeño porcentaje (15%) se consideró agravada debido a que estos eran pacientes son portadores de patologías, las cuales conllevan a un daño progresivo en el tiempo.¹⁰

Un estudio descriptivo que se realizó en el Perú²⁹, en el año 1996, en Lima Metropolitana, intentó querer mejorar la comprensión del Desarrollo Psicomotor infantil, a través una muestra de 1039 niños entre 12 y 35 meses, considerando tres estratos socioeconómicos, y cuatro grupos etarios. El Desarrollo psicomotor fue medido a través de la prueba de Brunet-Lezine, y los valores de talla-peso mediante antropometría, aplicándose además una entrevista estructurada. Las prevalencias de deficiencias en el DPM, resultaron máximas en el área del lenguaje, particularmente en los estratos socioeconómicos bajos; el diseño del estudio permitió hacer inferencias a nivel poblacional, considerándose tres estados socioeconómicos y cuatro grupos etario. Explorando la relación entre el estado nutricional y las variables, se encontró que el nivel educativo de los padres era importante en los estratos superiores y medios, mientras que otros indicadores socioeconómicos, tales como el material de piso y la vivienda lo eran más en el estado bajo; los indicadores antropométricos se asociaron débilmente a los niveles de DPM. Los resultados demostraron que la asociación entre el DPM y las variables investigadas, mostro dependencia del nivel socioeconómico.

2.2 Estructura Teórica y Científica que sustenta el estudio

2.2.1 Niños abandonados

En la actualidad el abandono de niños constituye un problema de salud pública, por sus consecuencias en el desarrollo físico y psicológico. Los niños en

abandono son los que más sufren algún tipo de maltrato, el cual repercute a corto, medio y largo plazo dándole problemas en su comportamiento, aprendizaje, crecimiento y desarrollo.¹¹ El abandono lo realizan los adultos de toda clase social y de todo tipo, con distintos grados de educación, y solo un pequeño porcentaje se refiere a personas que presentan un trastorno mental. El maltrato puede abarcar desde la violencia física a psicológica, entre el niño y sus padres o sus cuidadores. Es un hecho que se evidencia en todas las culturas y grupos sociales, constituyendo efectivamente una problemática mundial de salud.¹¹

2.2.2 Abandono y maltrato físico y psicológico.

El abandono físico se define como una negligencia caracterizada por la falta de cuidados de carácter crónico, donde el menor ha padecido lesiones o daños físicos por parte de sus padres o cuidadores, como fracturas, golpes, quemaduras, laceraciones, hinchazón, daño de órgano, administración de medicamentos tóxicos, falta de protección, alimentación incorrecta o insuficiente, déficit de educación.⁶

Arruabarrena y Paul¹⁹ lo definen como aquella situación donde las necesidades físicas, (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, educación y / o cuidados médicos) y cognitivas básicas del niño, no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño.

El comportamiento de los padres a corto y largo plazo, proporciona en los niños un importante grado de retraso en su desarrollo físico, psicológico y social. Del mismo modo, el abandono psicológico, es una conducta destructiva e intencional en los niños, lo cual deteriora enormemente el desarrollo psicológico, social e intelectual de los niños.¹¹ Los malos tratos psicológicos pueden consistir en actos u omisiones verbales o de conducta, donde los cuidadores o padres rechazan al niño, los insultan, corrompen, explotan, aíslan, critican, aterrorizan, amenazan de abandono o se burlan de él.⁶

Abandono emocional

Se considera al abandono emocional o afectivo, como la carencia afectiva de los cuidados básicos psicoafectivos necesarios que un niño tiene el derecho de tener y debería de recibir de parte de sus padres o cuidadores, como atención,

abrazos, cariño y satisfacción, que permiten el buen desarrollo de su autoestima y seguridad personal, comenzando desde temprana edad, la carencia afecta su desarrollo físico, emocional y intelectual, el cual a medio y largo plazo tiene importantes repercusiones.⁶ Las agresiones psicológicas están del mismo modo dirigidas a dañar la integridad emocional del niño y se manifiestan en todo tipo de actitudes y gestos que humillen y degraden el niño.⁵

Abandono social

Los niños en abandono social, muchas veces provienen de poblaciones sin hogar o pueden haber sido abandonados por los padres debido a que presentan algún tipo de trastorno mental neurológico u otras enfermedades y malformaciones. Estos niños ingresan a los hospitales por recibir maltratos, y allí son abandonados, entrando en un proceso judicial de abandono social.⁶

La población de niños en abandono social ha incrementado a consecuencia también del incremento de familias pobres y la reducción de programas de asistencia; estos niños están en riesgo de padecer más enfermedades, como infecciones, trastornos de conducta, fracasos en el aprendizaje, retraso en el desarrollo, depresión grave; las familias de estos niños tienden a desagregarse y separarse, muchas veces por problemas económicos, de alcohol, drogas así que muchos ingresan en hogares de acogida.

2.2.3 Causas de abandono y factores de riesgo

Los factores de riesgo se asocian a padres provenientes de todos los grupos étnicos, geográficos, religiosos, educacionales, laborales y socioeconómicos. Comúnmente se dividen en causas de tipo social, económicas, culturales, biológicas, emocionales y familiares.

Los que viven en situaciones de pobreza pueden tener un número mayor de casos de maltrato, debido a las crisis que sufren en sus vidas (desempleo o hacinamiento), falta de recursos económicos, falta de apoyo social, aumento de la violencia en los lugares donde viven, madres adolescentes entre otras. Aquí también se citan aquellos que consumen sustancias tóxicas, alcohol y drogas.⁶

La mayoría de progenitores que han abandonado a sus hijos no tienen personalidad criminal ni psicótica, pero suelen ser personas solitarias, coléricas, infelices o jóvenes adolescentes que no planifican el embarazo o personas que tienen un conocimiento escaso sobre el desarrollo del niño. Los niños con retraso mental tienen mayor riesgo de sufrir abandono.⁶

Los padres que no reciben apoyo pueden maltratarlos, herirlos y dañarlos a causa de la falta de aceptación de su conducta relacionada a su minusvalía. Entre el 10 y el 40% de padres que maltratan o abandonan a sus hijos han recibido lo mismo en su infancia.⁶

Los que viven en situaciones de pobreza, pueden tener un mayor número de casos de malos tratos hacia sus hijos debido al mayor número de crisis que sufren en sus vidas, como desempleo o hacinamiento, además a las menores posibilidades para acceder a los recursos económicos o sociales de apoyo durante los periodos de crisis, el aumento de la violencia en las comunidades donde viven, a la asociación de la pobreza con otros factores de riesgo, como la adolescencia, tener un solo progenitor o el consumo de sustancias tóxicas. Además las conductas anormales, como llorar, orinarse, ensuciarse o derramar algo, puede hacer que el padre pierda el control, y haga daño al niño.

Causas sociales

Entre las causas sociales se encuentran; la prostitución, que implica la falta de atención hacia el hijo debido a que no es deseado, la drogadicción del padre, madre o ambos, debido a su inestabilidad emocional, por lo cual se opta por conductas irresponsables, obteniendo como resultados embarazos no deseados que conllevan posteriormente al abandono debido a un embarazo no planificado. El alcoholismo de uno o ambos padres conlleva al conflicto, descuido, abandono y maltrato de los hijos.⁵

La falta de educación sexual, la orientación y el desinterés por parte de la familia, autoridades y sociedad; en general conlleva al adolescente a no tener responsabilidad por sus actos además de no contar con una pareja que asuma la paternidad.¹

Causas económicas

Las causas económicas comprenden las familias pobres y extremadamente pobres que no poseen los ingresos suficientes para cubrir mínimamente la canasta familiar básica, aquellos que no cuentan con los servicios elementales; a limitado acceso a los sistemas de salud, vivienda, vestido y educación necesaria para desarrollarse lo que conlleva a una familia donde existe la desintegración y abandono de los hijos.

Otra de las causas es el desempleo; en donde las familias con poco o ningún poder adquisitivo son en su mayoría desempleados, o están en busca de empleo; por lo cual descuidan a los hijos, por la misma razón de no poder cumplir con el adecuada formación, y que esta induce a la desesperación que los conlleva al abandono.⁶

Causas biológicas

Se trata del daño causado a los menores que tienen limitaciones físicas, trastornos neurológicos o malformaciones. Por sus mismas limitaciones, estos niños son rechazados por la sociedad y por consiguiente sus padres o tutores los abandonan o aceptan con lastima. En estas circunstancias, el daño que se ocasiona a los menores con discapacidad es mayor, pues arremete a un ser indefenso que no puede responder en forma alguna.¹

Causas familiares

Dentro de estas causas lo constituyen las familias desintegradas, disfuncionales debido a la falta de comunicación originando el abandono de los hijos y la falta de planificación familiar.

La separación de los padres que se ocupan más de sus propios problemas dejando de lado el cuidado de los infantes conduciendo al abandono de sus hijos.

Los niños quedan al cuidado de los abuelos por circunstancias diversas perdiendo así el contacto diario con sus progenitores, es donde comienza a

desdibujarse la relación original. El rechazo, abandono a los hijos por parte del padrastro o madrastra. El no reconocimiento de los hijos por parte de los progenitores.⁶

Causas emocionales

La incapacidad de los padres para enfrentar los problemas, su inmadurez emocional, su baja autoestima, su falta de expectativas y su inseguridad extrema, conflictos entre madre y padre motivan que desquiten su frustración en los hijos y nos les proporcionen los requerimientos básicos para su formación y pleno desarrollo.

Causas culturales

Se incluyen las familias o tutores que siendo responsables de los niños, no cuentan con una orientación y educación adecuada acerca de la paternidad, considerando a los hijos como propiedad.

La sociedad ha desarrollado una cultura en la cual el padre es considerado la máxima autoridad, con la facultad de sancionar al resto de la familia, utilizando el castigo como forma de corrección a quien trasgrede las reglas; por tal motivo no se conocen otros métodos de educación de los hijos, los cuales al ser adultos aplican las mismas forma de educación pensando sea la única y la correcta.¹

2.2.4 Manifestaciones del abandono físico.

Las manifestaciones más evidentes del abandono físico es cuando las necesidades básicas del niño no están debidamente cubiertas por ningún adulto. Los indicadores más importantes y más evidentes, son el retraso en el crecimiento y desarrollo, la falta de higiene, la alteración de la nutrición, las caries, alteraciones psicomotoras, trastornos de conducta y de comportamiento como apatía, agresividad, hiperactividad. La negligencia puede existir ya desde el periodo de gestación de la madre, lo que implica subsecuentemente riesgos para el feto. ⁶

Los riesgos pueden ser mayores cuando la madre consume alcohol, drogas, tabaco, o sufrió algún tipo de infección que no han sido detectadas precozmente o tratada como sífilis, VIH, hepatitis B, C u otras.¹¹

Martínez ¹⁴ recuerda que es de suma importancia recordar que el niño recién nacido, tiene miles de millones de células cerebrales o neuronas al nacer, las cuales establecen entre ellas conexiones, llamadas sinapsis, y que estas se multiplican rápidamente, cuando el neonato entra en contacto con la estimulación externa, incrementando su número; estas sinapsis construyen las estructuras funcionales del cerebro y la base para el aprendizaje. Además el recién nacido posee más neuronas que cuando alcanza su tercer año de vida, y tiene el doble de las que tendrá cuando será adulto. Sabemos que la neurona cuando muere se pierde completamente y que la estimulación inapropiada o la falta de estimulación, no solamente impiden la proliferación y multiplicación de las células nerviosas, sino que hace que su número decrezca progresivamente.

De esta manera se destaca que la falta de estimulación puede tener efectos permanentes o irreversibles en el desarrollo del cerebro, así como la nutrición inadecuada en el primer año de vida puede, repercutir negativamente con daño irreparables en el desarrollo físico y mental, dando como resultado disminución de peso y talla, y una propensión mayor a las enfermedades. La estimulación entonces es de suma importancia en los primeros años de vida.

2.2.5 Manifestaciones del abandono psicológico y emocional.

El abandono psicológico y emocional en el niño se evidencia también en la falta de cuidados de las necesidades básicas, adicionándose la hostilidad verbal de parte de los adultos como amenazas y burlas. Esta presente también cuando hay ausencia de los padres o tutores, cuando el niño llora o sonríe, cuando exprese necesidad de afecto y seguridad. Toda esta atención provoca en los niños sentimientos negativos hacia su propia autoestima, inseguridad que limita consecuentemente sus iniciativas.¹¹

En el niño que tiene menos de 3 años, aparece como un síndrome de carencia afectiva, retraso en su crecimiento y desarrollo, aspecto desnutrido por su delgadez, piel pálida y fría seguida por trastornos de conducta frecuentes, retraso del desarrollo intelectual, inhibición al juego, pasividad, agresividad, hiperactividad. En los niños mayores de 3 años el retraso del crecimiento es de causa no orgánica, evidenciándose un retraso de la psicomotricidad, y perturbación en su comportamiento y en el lenguaje.¹¹

2.2.6 Crecimiento y desarrollo.

El crecimiento y desarrollo son dos procesos complejos y unidos, en los cuales se evidencian los numerosos cambios que avienen en el transcurso de la vida de un individuo. Son procesos dinámicos que comprenden varias dimensiones y componentes:

Crecimiento: es considerado como el aumento de las células en tamaño (hipertrofia) y número (hiperplasia) que al dividirse sintetizan nuevas proteínas. Es un proceso que está regulado por factores nutricionales, socioeconómicos, culturales, emocionales, genéticos, y neuroendocrinos.²⁶

Hay tipos de crecimiento y desarrollo que son claros y progresivos, denominados como tendencias que tienen una dirección una secuencia y un ritmo, que cada ser humano alcanza y desarrolla en modo único y en una forma e momento exclusivo para él. Las tendencias direccionales se relacionan a la maduración física de las funciones neuromusculares. La primera dirección, es la céfalo-caudal o de la cabeza a cola. Significa que primero se desarrolla la cabeza en forma amplia, mientras se observa que la parte inferior del cuerpo es más pequeño y toma forma en un periodo posterior. Este proceso se observa muy claramente en el periodo previo al parto, pero también en el desarrollo postnatal. Por ese motivo los lactantes controlan primero la cabeza antes de controlar el tronco, las extremidades sostienen la espalda antes de ponerse de pie usan los ojos antes de las manos. La segunda tendencia es la próximo-distal, la que va de la línea media del organismo a la periférica, por eso el niño usa primero toda la mano y luego los dedos, y el SNC, se desarrolla más rápidamente que el

periférico. La tercera tendencia es la diferenciación, que consiste en el desarrollo de un organismo muy complejo, formado por células, tejidos, órganos muy especializados; a partir de operaciones sencillas, de actividades y funciones más complejas. Todas las áreas del desarrollo (física, mental, social y emocional), avanzan en esa dirección. Por eso antes del control muscular fino, hay control del motor grueso.¹³

El crecimiento avviene según un orden, que no siempre avanza al mismo ritmo y velocidad. Hay un crecimiento rápido en la fase anterior y posterior al nacimiento, avanzando con lentitud durante la infancia media, aumentando notablemente en la adolescencia y equilibrándose en la etapa adulta. El crecimiento se evalúa a través la antropometría, donde se miden el peso, la talla y el perímetro cefálico.

El crecimiento es diferente para cada niño, hay una secuencia predecible, pero hay variación en la edad en que los niños alcanzan los hitos del desarrollo; algunos crecen rápidamente, otros con moderación, algunos despacio. El sexo es un factor influyente, al parecer las niñas son más avanzadas en el crecimiento fisiológico, a todas las edades.¹³

Desarrollo: es un proceso dinámico, integral, continuo de organización de las funciones biológicas, psicológicas y sociales que ayudan al niño a adquirir nuevas conductas y a generar nuevos comportamientos según la etapa en que se encuentra.⁷ En el desarrollo los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas, a través de fenómenos de maduración, diferenciación e integración de sus funciones, en el aspecto biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, sexual, ecológico, cultural, ético y social. La evaluación del desarrollo psicomotriz, valora los logros o habilidades que el niño alcanza y permite detectar alteraciones en el tiempo.

Recién nacido

Comprende los niños desde su nacimiento hasta los 28 días, el tiempo en que comienza la adaptación de la vida extrauterina, los ajustes circulatorios y

respiratorios, la termorregulación y eliminación; el recién nacido tiene un peso promedio de 3200Kg a las 40 semanas de gestación, que varía entre 2500Kg y 4000Kg.

El lactante presenta extremidades cortas, cabeza y tronco ocupan la mayor proporción del cuerpo; se aprecia abundante tejido adiposo principalmente en las extremidades.⁷

Lactante

Los lactantes se dividen en lactante menor: de 28 días a 11 meses, 29 días y lactante mayor: 1 año hasta 11 meses 29 días. El primer año de vida el lactante tiene un crecimiento rápido en talla y peso, vive una etapa de dependencia; al terminar el primer año se observan tres grandes logros: la marcha donde se siente más independiente, el lenguaje porque comienza a comunicarse, y la dentición. Al fin de los dos años, la cabeza y el tronco presentan un mayor crecimiento, empezando a desarrollarse el tejido muscular y a disminuir el adiposo.¹¹

Pre-escolar

Niños de 2-5 años de edad; en el segundo año de edad, los niños, tienen un progreso en funciones motoras y sociales; esta etapa se caracteriza por un acelerado crecimiento y maduración de los principales sistemas del organismo, al desarrollo de habilidades y perfeccionamiento de las capacidades motoras gruesas y finas.

Hay una lentitud en la etapa de crecimiento, pero si un perfeccionamiento de las actividades motoras, intelectuales y sociales. Es importante el paso desde el egocentrismo a la socialización, acompañado por el deseo del niño de describir las cosas, inventar, ser curioso. En estos años especialmente desarrolla su personalidad, que le permite enfrentarse con los adultos, preparándolo a un cambio radical para la entrada al colegio.¹³ En los preescolares se aprecia una contextura más esbelta, se alargan las extremidades del tronco, existe mayor proporción entre la cabeza y el cuerpo, hay mayor desarrollo del tejido muscular y esquelético.

2.2.7 Desarrollo psicomotor

El desarrollo psicomotor, constituye un aspecto evolutivo del ser humano; es la adquisición progresiva de habilidades, conocimientos y experiencias del niño, la manifestación externa de la maduración del SNC. El desarrollo psicomotriz adecuado, depende de la dotación genética del individuo, su nivel de maduración, la oportunidad de entrenamiento o aprendizaje en el momento oportuno, que será facilitado por un entorno adecuado.⁷

En el desarrollo psicomotriz se considera la evaluación de cuatro áreas: motricidad gruesa, motricidad fina (coordinación viso motriz, la coordinación óculo-motor), sociabilidad y lenguaje. En el examen al niño se deben corroborar todas las habilidades y destrezas que deben estar presente según su edad cronológica, incluyendo los reflejos arcaicos, las reacciones posturales, de equilibrio, de defensa, de enderezamiento y el tono muscular.⁶

Entre los factores que favorecen el óptimo desarrollo psicomotriz se consideran: un sólido vínculo madre-hijo, una estimulación sensorial oportuna y una buena alimentación.

Factores de riesgo para trastorno del Desarrollo Psicomotor

Es la probabilidad que tiene una niña o niño por sus antecedentes pre, peri, o postnatales, condiciones del medio ambiente o de su entorno, de presentar en los primeros años de vida, problemas de desarrollo, cognoscitivos, motores, sensoriales o de comportamiento, pudiendo estos ser transitorios o definitivos.²⁶

Pudiendo considerarse también los de índole biológica como hipoxia neonatal, prematuridad, hiperbilirunemia y síndromes convulsivos; hasta los de origen ambiental como la ausencia del vínculo madre-hijo y un entorno hipo estimulante.¹⁹

El desarrollo psicomotor se divide en cuatro áreas¹⁶:

El desarrollo cognoscitivo se refiere a la adquisición y uso de conocimientos del mundo, que se supone que el niño aprenda a través las fuentes de estimulación

externas del ambiente que lo rodea; coincide con el biológico, el motriz, el del lenguaje y con los logros personales-sociales.

El desarrollo motor se divide en “motricidad grosera”, la cual se relaciona a los movimientos, a las reacciones posturales, la locomoción, el equilibrio de la cabeza, darse la vuelta acostada, sentarse, arrastrarse, mantenerse de pie y caminar, la coordinación del cuerpo en general; la “motricidad fina”, incluye el uso de las manos y de los dedos en la presión de un objeto.¹³

El desarrollo del lenguaje está relacionado a las conductas comunicativas del niño, a la expresión y comprensión del lenguaje.

El desarrollo socio-emocional, incluye las reacciones personales del niño cuando se encuentra frente de otros estímulos o personas, como su adaptación a grupos sociales y a las normas de la comunidad.

Hay también teorías psicológicas que nos describen el desarrollo a través de este enfoque¹⁵

ERIKSON	PIAGET	FREUD
<p>Identifica el desarrollo de la personalidad sana en contraste con la patológica, usando los conceptos biológicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Confianza básica Vs. Desconfianza (0-12,18 meses) - Autonomía Vs. Vergüenza y duda (12 o 18m-3 años) - Iniciativa Vs. Culpa (3-6 años) - Inteligencia o destreza Vs. inferioridad (6-12 años) 	<p>Trata del desarrollo del conocimiento y pensamiento infantil, como conjunto de cambios relacionados a la edad, para adaptarse al ambiente.</p> <p>Desarrollo intelectual:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sensorio-motor (0-2años) -Pre operacional(2-7años) -Operaciones concretas(7-12 años) -Operaciones formales (mayor de 12 años) 	<p>Describe que toda persona nace con una energía relacionada con la libido.</p> <p>Desarrollo psicosexual:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Oral (0-1 año) -Anal(1-2años) -Fálica(2-5años) -Lactancia(5-12años) -Genital(12-madurez)

años)		
- Identidad Vs. Confusión de identidad(adolescencia)		

V. Isabel Calderón Estimulación temprana. Guía para el desarrollo integral del niño. 2001 España

En el Perú, el Ministerio de Salud, ha normado la evaluación del desarrollo psicomotor en niños menores de 5 años, periodo de mayor vulnerabilidad, a través herramientas como: la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) que evalúa a niños desde los 0 a 24 meses (Rodríguez et al 1973); Test del Desarrollo Psicomotor (TEPSI) (Heussler IM, Marchant T 2003), para los niños entre 2 y 5 años, y la Pauta Breve (PB) ¹⁵, que se incorporan en el año 1979 en el Programa Nacional de Salud del niño. Posteriormente en el año 1993 en adelante, este aspecto del Programa se orientará hacia una pesquisa temprana de los trastornos más severos y a la concentración de los esfuerzos en la enseñanza de técnicas sencillas de estimulación según edades y a una disminución de los hitos de evaluación.

La actividad psicomotriz, constituye un componente importante del juego en todas las edades y es la forma predominante durante la primera infancia. El juego activo es esencial para desarrollar los músculos, y es útil para liberar el exceso de energía, a través de esto los niños descubren y exploran la naturaleza del mundo físico. Los lactantes se perciben a sí mismos y su entorno a través de estímulos táctiles, auditivos, visuales. Los pequeños, que empiezan a andar y los preescolares, disfrutan con el movimiento corporal y conforme aumenta la madurez el juego se vuelve más complejo. Los niños pequeños corren por el placer de correr, mientras que los más grandes corren ya con más coordinación en juego, carreras, bicicleta. ¹³

2.2.8. Escala EEDP de desarrollo psicomotor de 0-24 meses

La escala de evaluación del Desarrollo Psicomotor EEDP ¹⁷, mide el coeficiente de desarrollo psicomotor del niño de 0 a 24 meses, a través la

evaluación del rendimiento del niño frente a situaciones que para resolverlas requieren un determinado grado de desarrollo. Es el primer instrumento de medición del desarrollo de funciones psicológicas orientada a conocer las condiciones del desarrollo psicológico del niño. La escala contiene 75 ítems, 5 por cada edad, donde existe solo una única respuesta, éxito o fracaso. La edad de 0 a 24 meses suele ser la más significativa, en el sentido que el niño adquiere nuevas conductas en su desarrollo psicomotor.

Se observan las conductas del niño frente a ciertas situaciones específicas provocadas por la examinadora.

Dentro del proceso del desarrollo psicomotor se evalúan cuatro áreas:

Lenguaje (L): incluye el lenguaje verbal, no verbal; reacciones al sonido, vocalizaciones y emisiones verbales.

Social (S): se refiere a la habilidad del niño para reaccionar frente a las personas y aprender por medio de la imitación.

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

Motora (M): se refiere al control de la postura y motricidad.

La escala se mide en base a dos técnicas:

Observación, que observa conductas del niño frente a situaciones provocadas por el examinador.

Preguntas, donde se interroga a la madre o al acompañante del niño, sobre conductas de este ante situaciones específicas que el examinador no puede observar directamente durante el desarrollo de la prueba.

El todo se evaluara con materiales estandarizados y requeridos por la prueba que tiene como objetivo detectar oportunamente las alteraciones del desarrollo en las destrezas y habilidades del niño.

2.2.9 Escala TEPSI de desarrollo psicomotor 2-5 años

La escala de Desarrollo Psicomotor 2-5 años TEPSI, ¹⁸ evalúa el desarrollo psíquico infantil en tres áreas: coordinación, lenguaje y motricidad, mediante la observación de la conducta del niño frente a situaciones propuestas por el examinador. El Tepsi es una evaluación gruesa que permite conocer el nivel de rendimiento en cuanto a desarrollo psicomotor de niños entre 2-5 años, en relación a una norma estadística por grupo de edad y determinar si este rendimiento es normal, o está bajo lo esperado.

El test viene proporcionado en forma individual, y puede aplicarse a cualquier niño cuya edad varía entre 2 años, o meses, o días y 5 años, 0 meses, 0 días. Está compuesto de 52 ítems organizados en tres subtests: coordinación, lenguaje, motricidad.

La coordinación se evalúa en 16 ítems la habilidad del niño para coger y manipular objetos para dibujar, a través de conductas como construir torres con cubos, enhebrar una aguja, reconocer y copiar figuras geométricas, dibujar una figura humana.

El subtest de lenguaje, se evalúa en 24 ítems, mide el lenguaje expresivo y comprensivo, la capacidad de comprender y ejecutar ordenes, aspectos como definir palabras, verbalizar acciones, describir escenas representadas en láminas.

El subtest de motricidad se evalúa en 12 ítems la habilidad del niño para manejar su propio cuerpo con movimientos breves o largos, secuencias de acciones y equilibrio como por ejemplo coger la pelota, saltar en un pie, caminar en punta de pies, pararse en un cierto tiempo.¹⁸

Motor grueso

La motricidad permite al niño relacionarse con su entorno y la independencia de la integridad del sistema piramidal, extra piramidal, del los pares craneales que rigen los movimientos de cabeza y cuello, y de los nervios espinales que controlan el movimiento de extremidades y tronco. En el primer trimestre se observa en el

niño el control cefálico, en el segundo el control del tronco, en el tercer la bipedestación, y en el cuarto la marcha.¹⁴ Se considera motricidad gruesa también el equilibrio, la coordinación, el tono muscular, la capacidad de arrastrarse, de gatear, de ponerse de pie y caminar, de subir y bajar escaleras de correr y saltar.⁶

Motor fino

Se observa generalmente al tercer mes, cuando el lactante fija su mirada en un objeto generando una imagen y luego un impulso motor, que se manifiesta al agitar los brazos por querer cogerlo.

El desarrollo motor fino implica cuatro etapas: localización visual, aproximación, prensión, exploración. La aproximación puede ser lateral, intermedia, directa. La prensión, cubito palmar, pinza fina, pinza inferior, prensión rascada, aflojamiento voluntario, escribir, pintar, cortar.¹³

Área psico-social

En esta área se pretende fomentar los lazos familiares del niño, y su interacción con el entorno a través de actividades adaptadas para su edad; por ejemplo mostrarle un álbum de fotos, explicándoles los personajes presentes, si es que tiene familia o de todas maneras mostrarles imágenes de una familia y sus componentes. Ayudar al niño a manifestar cuando tiene hambre para que sea capaz de resolver pequeños problemas. Enseñarle a arreglar sus juguetes, para que tenga un sentido de orden y equilibrio. Ayudarle a que cuente sus experiencias con sus propias palabras.⁶

Área de lenguaje

El área de desarrollo del lenguaje implica muchos aspectos, entre los cuales¹⁴:

cognitivo, a nivel de la corteza cerebral, donde se recibe, se procesa y elabora la información y se ponen en marcha procesos como la atención y la memoria, concentración, agarrar objetos, tirar objetos,

social-afectivo, porque el lenguaje implica comunicar con las demás persona.

auditivo, para percibir y comprender el mensaje, procesa y elabora la información.

motor, para la articulación de los sonido y adecuada expresión verbal.¹⁴

2.2.10 A nivel internacional: Escala Bailey y el test de Denver

Las escalas de Bayley¹² siguen el modelo nativista, permiten desglosar diferentes aéreas (postural-motriz, cognitiva, comunicativa) y destacar las posibles desarmonías entre ellas. Es una escala de evaluación del desarrollo mental y psicomotor en la edad temprana. Se aplica individualmente en sujetos comprendidos entre un mes y dos años. Evalúa tres aspectos:

Mental (MDI) 163 ítems: desarrollo cognitivo y capacidad de comunicación, agudeza sensorio-perceptual, memoria, aprendizaje, capacidad para resolver problemas, vocalización.

Psicomotricidad (PDI) 81 ítems: evalúa el grado de coordinación corporal de los grandes músculos y habilidades motrices finas de dedos y manos.

Comportamental (IBR) (conducta): analiza la naturaleza de la orientación social hacia el entorno, actitudes, emociones, intereses, energía, actividad, tendencia a alejarse o acercarse a los estímulos; relación con la madre, o el tutor, o con un extraño.

La OMS recomienda que en los países donde no existe una escala propia se utilice la prueba Denver “Screening de Desarrollo” que fue diseñada por primera vez en 1967 y utilizada en una población de Denver (USA), para ayudar a los proveedores de salud a detectar los principales problemas en los niños pequeños utilizando siempre la evaluación de las cuatro aéreas de desarrollo: motor fino, motor grueso, personal-social, lenguaje. Esta prueba es como la escala más aceptable por los niños de 3 meses a cuatro años. Es fácil de realizar y rápida, su aplicación puede identificar una serie de derivaciones, de las cuales 14% debidas a motricidad gruesa, 39% a motricidad fina y área personal-social, 47% al lenguaje. Los materiales a utilizar incluyen la pelota de lana roja, la caja

de razonamiento, sonajero con mango, botella pequeña, campana, pelota de tenis, 8 bloques. En una herramienta útil para evaluar el comportamiento del niño aparentemente sano, confirmando su desarrollo normal o detectando problemas. El test se considera anormal cuando existen dos o más fallos en dos o más aéreas. Dudoso si existe un fallo en varias aéreas, o dos en una sola. Irrealizable si hay tantos rechazos al test que impide su realización. Se considera fallo cuando un ítem no es realizado a la edad en la que debería hacerlo como el 90% de los niños que muestran esta referencia.¹²

2.2.11 Retraso psicomotor

Es considerado como la lentitud y/o anormalidad de las adquisiciones de los primeros hitos del desarrollo, en los primeros 36 meses de vida, resultado de alguna agresión al sistema nervioso, o parálisis cerebrales, retraso mental, trastornos del desarrollo, pobre estimulación ambiental y en el hogar, enfermedades crónicas.⁷

Es bueno distinguir el retraso psicomotor global, considerado el más frecuente clínicamente que afecta no solo la motricidad, sino también la aparición de las habilidades del niño para jugar, comunicarse, resolver problemas apropiados a su edad, el cual puede afectar en el futuro también el adecuado desarrollo mental; en otros casos está presente solamente en aéreas específicas, como en las adquisiciones posturales, que la mayor parte de las veces son acompañadas de anomalías del tono muscular, en el lenguaje o en las habilidades sociales.¹⁹

El retraso del desarrollo del lenguaje permite encuadrar el niño en uno de los siguientes grupos:

Autismo, considerado como el desorden del desarrollo del cerebro, puede comenzar en niños por trastornos de la comunicación no verbal y alteraciones de la conducta, causando un comportamiento repetitivo. Se puede clasificar de diferentes formas: desorden del desarrollo neurológico o desorden psíquico; no se

puede curar, pero un cuidado apropiado puede promover un desarrollo relativamente normal.²⁰

Retraso mental, es un nivel de inteligencia inferior a lo normal y puede ser asociado a causas genéticas.

Trastorno específico del desarrollo del lenguaje, donde se observa alteración del desarrollo en uno o varios aspectos del lenguaje.

Síndromes epilépticos, el cual produce una afectación grave del lenguaje, y es más presente en niños con epilepsia precoz.⁷

El retraso motor es asociado a hipotonía y alteraciones del movimiento, que puede derivar de enfermedades neuromusculares, encefalopatías estáticas con afectación motriz que alteran el tono muscular (hipotonía o hipertonía), ataxias congénitas y retraso motor simple, que se considera como una variación normal del desarrollo.

Característica evolutiva según alerta en el retraso

Los signos de alerta representan la desviación de un patrón normal del desarrollo, no suponen necesariamente una patología, pero su detección obliga a realizar un seguimiento riguroso.

Signos de alerta niños entre 0-2 años

En los dos primeros años, los niños completan su desarrollo psicomotor, consiguiendo hitos en el área motor grueso, el perfeccionamiento de la motricidad fina, la coordinación manual, el lenguaje de comprensión y expresión y las habilidades sociales. Las alteraciones en este periodo, se manifiesta como retardo en las adquisiciones de todas las áreas de desarrollo “retraso psicomotor”.²⁴

Entre los signos de alerta en el desarrollo motor, se encuentran: la falta de control cefálico a los 4 meses, la no sedestación a los 9 meses, la ausencia de la marcha autónoma a los 16-18 meses, la ausencia de desplazamiento autónomo a los 10 meses, el trastorno del tono muscular (hipotonía, hipertonía), la asimetría

en la postura o en la actividad de las manos, el no coger un objeto a los 5 meses, movimientos anormales como temblor, distonía, disimetría.²¹

Signos morfológicos de alerta

Pueden describirse como anomalías congénitas, alteraciones cutáneas, anomalías en el crecimiento, anomalías de la pigmentación, crecimiento anormal del perímetro craneal, fontanelas tensas, anomalías en sus suturas, anomalías en las extremidades.²¹

Signos de alerta en el desarrollo visual y auditivo

Los niños con mayor riesgo de deficiencia visual son los prematuros, niños con anomalías oculares o con sospechas infecciones congénitas. Son también signos de alerta los movimientos oculares anormales, el escaso interés por otra persona u objeto, la escasa o nula reacción a la voz o sonidos, el retraso en el lenguaje, la ausencia de seguimiento visual.²²

Signos de alerta en el desarrollo del lenguaje

Se incluyen aquí las dificultades en el desarrollo de las capacidades comunicativas y verbales, tanto como comprensión del lenguaje y las capacidades de articulación y expresión. Un retraso en la aparición de las primeras palabras, puede indicar un problema auditivo; cuando se acompaña a una falta de interés comunicativo, puede indicar retraso mental o ser un signo de alerta de un trastorno generalizado del desarrollo (autismo). La ausencia de vocalización en los primeros meses, la escasa reacción a la voz materna, no gira la cabeza al sonido, la no comprensión de órdenes sencillos a los 18 meses.²³

La utilización de “Screening de Desarrollo” como las escalas de evaluación, aplicados a los niños en riesgo, ayudan a mejorar el conocimiento del desarrollo normal y la detección precoz de los trastornos de conducta. Por eso es muy importante la detección temprana de de los trastornos psicomotores, porque cuanto más antes se actué sobre un problema de desarrollo, mayores serán las posibilidades terapéuticas y la prevención secundaria de los defectos.

Los niños con sospecha de trastorno del desarrollo deben someterse a una valoración más específica y confirmado el trastorno, iniciar una intervención terapéutica.²¹

La finalidad no es que el niño posea múltiples habilidades, sino que con las que posee, sea capaz de interrelacionarse con su entorno de la forma más efectiva y gratificante para él y los que lo rodean.

2.2.12 Estimulación Temprana

También es denominada Atención temprana, Intervención temprana, son términos que se utilizan y hacen referencia a técnicas educativas y/o rehabilitación que se aplican durante los tres primeros años de vida a todos aquellos niños que por sus características específicas, necesiten de un tratamiento o intervención, con el fin de evitar que se desarrollen deficiencias en las ya establecidas, incidan en menor medida en la evolución o maduración del desarrollo.²⁴

La estimulación temprana aprovecha la capacidad de aprendizaje y adaptación del cerebro en los primeros años proporcionando estímulos (visión, audición y tacto) por medio de ejercicios a manera de juegos que se realizan de forma repetitiva logrando incrementar y potenciar las funciones cerebrales en los aspectos físicos, sensorial y social que le serán útiles para su vida. Es un proceso dinámico y constructivo que requiere de dedicación acorde a las necesidades de los niños. Todo el estímulo externos, el afecto que el niño recibe en los primeros años será fundamental para su futuro, y lo más importante siempre será el afecto que recibe de la familia, el sentido de pertenencia. Las actividades que se trabajan, abarcan siempre las áreas de lenguaje, de los sentidos, de los movimientos e social.

En el lenguaje se centra el atención en actividades de tipo visual, auditivas, manipulativas, como para formar conceptos, clasificar objetos, de la vida cotidiana; reconocer el significado de las cosas, personas, acciones, interpretación verbal, comprensión y expresión, utilizando los cuentos, música, sonidos, cantos, dinámicas para niños, juegos creativos de grupo. Utilizo de videos, para ayudar en la capacidad de atención. Reforzar la habilidad de conversación, repitiendo palabras básicas.

En lo multisensorial la manera de comunicarse, estimulación auditiva y táctil a través del juego, experiencias y exploraciones de las cosas y objetos.

En lo que es el movimiento y la coordinación, se trabajan las habilidades de la vida cotidiana, el control del movimiento de todo el cuerpo, haciendo hincapié se hay miembros afectado; además fisioterapia y relajación. Ejercicios activos y pasivos con los miembros inferiores y superiores. Masajes dirigidos en zonas de rigidez del cuerpo: miembros inferiores y superiores. Estimulación para: control cefálico, agarre, gateo, arrastre, caminar, levantarse, sentarse, subir y bajar escaleras con ayuda de rodetes, circuitos, juegos, pelotas grandes. Actividad para reforzar el área motora fina: pintar, rasgar, cortar, colorear, escribir, enhebrar, agarrar objetos finos como lápiz y objetos más gruesos. Ejercicios de equilibrio con escaleras de un circuito. Manipulación de juegos, rompecabezas, botellas para rellenar. Ejercicio de mejora de la postura, de pie y sentado, cuando juega y cuando come.

En el área social, se ayuda al niño a comunicarse con su entorno, a tomar conciencia, a fijar su interés en las cosas y personas que lo rodean, es un factor decisivo en los primeros años. El Utilizo del espejo para reconocerse a uno mismo. Actividades en grupo, contacto afectivo, abrazos, premios, dinámicas que desarrollen su autoestima y personalidad. Enseñarle a ponerse su ropa, control de esfínteres, alimentarse solo, pedir en sus necesidades personales y sociales con los demás niños y adultos que lo rodean.

2.3 Definición de términos básicos.

Psicomotricidad: psico es relativo a la actividad psíquica con sus componentes afectivos y cognitivos. Motricidad se manifiesta a través del movimiento, para lo que el cuerpo dispone de toda una base y organización neurológica.

Retraso psicomotor: aparición lenta o alterada de los logros de desarrollo del niño (motricidad gruesa, motricidad fina, aptitudes sensoriales, cognitivas e interactivas), a lo largo de los primeros 30-36 meses de vida.

Niños abandonados: situación de desprotección donde las necesidades básicas del niño, alimentación, higiene, vestido, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas , educación e cuidados médicos), no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro de la unidad donde convive el menor.¹

Atención temprana: conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno, que tiene por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar al niño en su globalidad, deben ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación multidisciplinar.

Evolución: la evolución en este caso psicomotriz, depende fundamentalmente de la maduración neurológica que pasa de una fase de automatismo en los primeros meses, a una fase receptiva en el segundo trimestre, que coincide con una capacidad mayor de los órganos de los sentidos, y sigue una fase de adquisición de conocimiento y habilidades que se van desarrollando a lo largo de la vida. La valoración de la evolución, se hace observando las conductas motrices, adaptativas, del lenguaje y de la conducta personal-social.

2.4 Relación de Variables

Variable Independiente: Desarrollo psicomotor de los niños de 0-4 años en aparente retraso.

Variables Intervinientes:

Severidad del retraso: el grado de severidad se mide a través de la evaluación con las escalas de EEDP y TEPSI.

Patologías concomitantes: la presencia de enfermedades prevalentes (IRAS, EDAS etc.) será evaluada a través la consulta del Pediatra y la prescripción de exámenes de laboratorio.

Estado nutricional presente en el niño.

2.4.1 Operacionalización de variables (Anexo A)

CAPITULO III :METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

3.1 Tipo y Diseño de investigación

Estudio de tipo cuantitativo, método observacional, diseño descriptivo longitudinal de corte prospectivo. Es cuantitativo porque se centra en los aspectos objetivos y que son susceptibles a ser cuantificados. El diseño es descriptivo longitudinal porque la población ha sido evaluada en distintos momentos en el tiempo y por un periodo largo (6 meses) y de corte prospectivo porque estudia una sola variable independiente.

3.2 Área del estudio

El estudio fue realizado en la casa Hogar Villa el Salvador, sector 9, grupo 1, la Encantada; comunidad religiosa de jóvenes misioneros y consagradas que acogen y tienen a su cargo la vida y la educación de niños que han sido abandonados. La casa hogar está conformada por misioneras laicas y hermanas religiosas, quienes viven con los niños y los proveen de cuidados. Para tal, la institución cuenta con equipo multidisciplinario integrado por un psicólogo, una trabajadora social, un pediatra, un terapeuta física y una enfermera. La Casa Hogar tiene como propósito brindar atención integral a los niños según sus necesidades, educándolos además en la fe en Dios y valores cristianos.

3.3 Población y Muestra

La población estuvo constituida por todos los niños de la Casa Hogar (N=20) comprendidos entre 0-4 años, con características en común y aparente retraso psicomotor, considerando criterios de inclusión y exclusión.

Criterio de inclusión: niños menores de cuatro años con estancia mínima de seis meses en la casa hogar, en condición de abandonados.

Criterios de exclusión: niños menores de 6 meses de edad, niños que presenten alguna enfermedad discapacitante.

3.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos

Por la recolección de datos utilizamos como técnica la observación participante, teniendo como auxilio una guía de observación dividida por áreas y aplicado mensualmente por la investigadora; realizándose un seguimiento a los niños de seis meses observándose las características y condiciones de cada niño, además de comportamientos, actitudes, desarrollo de habilidades, comunicación verbal y no verbal y las características ambientales.

Un segundo instrumento fue la ficha de registro, en donde se realizó la revisión documentaria de la información contenida en el expediente de cada niño, destacándose los aspectos, sociales, psicológicos, médicos más importantes y significativos para el estudio.

Un tercer instrumento fue la escala de evaluación del desarrollo psicomotor (EEDP), conformado por 75 ítems de 6 puntos cada uno hasta los 12 meses de edad; a partir del año cada ítem equivale a 12 puntos y, a los 15 meses el puntaje es 18 por ítem. Por cada niño se calculó la edad cronológica y la edad mental realizándose una división entre ellas (EM/EC), para obtener la razón (R) debiéndose convertir este puntaje a un puntaje estándar a través de tablas preestablecidas. Los resultados pueden variar entre: ≥ 85 (normal), entre 85 y 70 (riesgo), \leq de 69 (retraso). Para los niños entre 2-5 años se utilizó la Escala de Desarrollo Psicomotor TEPSI, que está compuesta por 52 ítems, organizados en tres sub-test, Coordinación 16 ítems, Lenguaje 24 ítems, Motricidad 12 ítems. El perfil tiene como puntaje los resultados de (retraso) entre 20-30 puntos, (riesgo) entre 30-40 puntos, (normalidad) entre 40-80 puntos.

Los instrumentos elaborados para este estudio (complementarios), fueron sometidos a juicio de expertos, contando con la participación de 8 expertos, entre enfermeras, pediatra, terapeuta física, psicólogo, los cuales han evaluado y contestado a través de una ficha de evaluación.

Cada experto expuso sus sugerencias y observaciones, entre las cuales la mayoría observó ampliar el tiempo de seguimiento para obtener mejores resultados, además de sugerir mejoras a los instrumentos (guía de observación y

ficha de registro) los cuales fueron tomados en cuenta obteniéndose como resultado una validez consistente mediante la prueba binomial $p= 0,00053$ (Anexo B).

3.5 Procedimiento de Recolección de Datos

Luego de cumplir con los trámites administrativos correspondientes, se realizaron las coordinaciones de horarios y días de evaluación con la directora de la Casa Hogar, explicándose el objetivo del estudio, beneficios y tiempo de duración del estudio, solicitando su autorización respectiva a través del consentimiento informado. La recolección de datos se realizó por la investigadora, en un periodo de seis meses, de julio a diciembre 2011, con evaluaciones mensuales en el área de estudio en un local preparado exclusivamente para el desarrollo de actividades con los niños considerando los materiales correspondientes a cada grupo etario (EEDP y TEPSI).

El primer día se recolectaron los datos personales de cada uno de los niños realizándose una revisión documentaria de los expedientes psicológicos, sociales, y médicos contando con la colaboración del psicólogo y trabajadora social, anotándose los datos más relevantes y significativos en la ficha de registro. Luego, se iniciaron las evaluaciones respectivas en cada niño acorde a los criterios de inclusión, registrando los datos en la ficha de registro. Al momento de evaluar el desarrollo psicomotor se contó con el apoyo de una persona ajena al estudio quien hizo la labor de registradora.

La evaluación fue determinada acorde a la edad del niño, tanto EEDP o TEPSI y ejecutada acorde a cada ítem del test psicomotor.

3.6 Análisis de Datos

Se realizó la codificación de los datos obtenidos asignando números a cada dato conformando un libro de códigos. Seguidamente fueron tabulados por la investigadora en una base de datos en forma dúplex en el programa Excel 2007. Para procesarlos se ha usado el software estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 15.0 utilizado test estadísticos descriptivos

(frecuencias, porcentajes, promedios, desviación estándar), además de pruebas para verificar asociación y tendencias de mejora en las evaluaciones a través la prueba de chi cuadrado y prueba de Pearson.

3.7 Aspectos éticos

El proyecto fue sometido a evaluación por el Comité de investigación y ética del INSN Nro. de registro RCE-76, siendo aceptado con Carta N° 1062-OEAIDE-INSN-2011 el día 24 de junio 2011 (ANEXO C).

Toda la información y los datos personales de los niños fueron utilizados únicamente para el objetivo del estudio, se tomó las medidas necesarias para proteger la privacidad y confidencialidad de los datos obtenidos. Respetándose los principios de la bioética dignidad, beneficencia y justicia y se utilizo el consentimiento informado autorizando el inicio de la ejecución (ANEXO B).

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

Los datos socio demográficos de los niños indican que la mayoría era varón (60%). El 45% (9) menor de un año, siendo 2 mujeres y 7 varones, el 25% (5) tenía entre 1-2 años y el restante entre 2-3 años, solo el 5% (1) tuvo más de tres años.

Se resalta que un 95 % (19) de niños había ingresado a la Casa Hogar por motivos de abandono y solamente un 5% (1) por violencia; una niña procedía de familia desintegrada y fue abandonada por la madre después haberle intentado envenenar.

En relación a la evaluación psicológica al ingreso, un 40% (8) era sociable, entre estos 6 eran menores de 1 año y dos entre 1-2 años, 35%(7) era temeroso, 20% (4) hiperactivo y 5 % (1) violento. Según el análisis psicológico evolutivo al entrar en el estudio un 55 % (11) se relaciona bien, entre estos 5 fueron menores de 1 año, 25 % (5) manifestaba desconfianza, 15% (3) manifestaba seguridad, 5 % (1) se aislaba de los demás.

En relación al control antropométrico al ingresar en la Casa Hogar, un 70 % (14) era normal, un 10 % (2) tenía bajo peso y 20 % (4) estaban desnutridos. Características diferentes se observaron al iniciar el estudio, donde un 95% (19) eran normales y 5% (1) tenía bajo peso; ya al finalizar el estudio un 94,4% (17), era normal y 5 % (1) tenía bajo peso, identificándose la pérdida de 2 niños (10%).

Respecto a las evaluaciones del desarrollo psicomotor, se resalta que en el mes de julio un 40% (8) era normal, 35% (7) estaba en riesgo y 25% (5) tenía retraso, datos que se modificaron al finalizar dónde el 83,3% (15) era normal y 16,7% (3) estaba en riesgo observándose mejoría general en los niños, destacándose que la tasa de desarrollo psicomotor en julio fue de 8 normales (7 riesgo, 5 retraso) sobre 20 niños y la tasa de desarrollo psicomotor en diciembre fue de 15 niños normales (3 retraso) sobre 18, porque dos niños salieron del estudio. (tabla 1)

Según las evaluaciones por áreas, las áreas donde se obtuvo diferencia significativa fueron la de lenguaje (p 0,0016) y el área motora (p 0,0049). (Gráficos 1 e 3)

Según los resultados de promedio en puntaje global por cada instrumento EEDP y TEPSI, se observa diferencia significativa entre basal y final, evidenciándose un p 0,0032 por EEDP y un p 0,0019 por TEPSI. (Tabla 2)

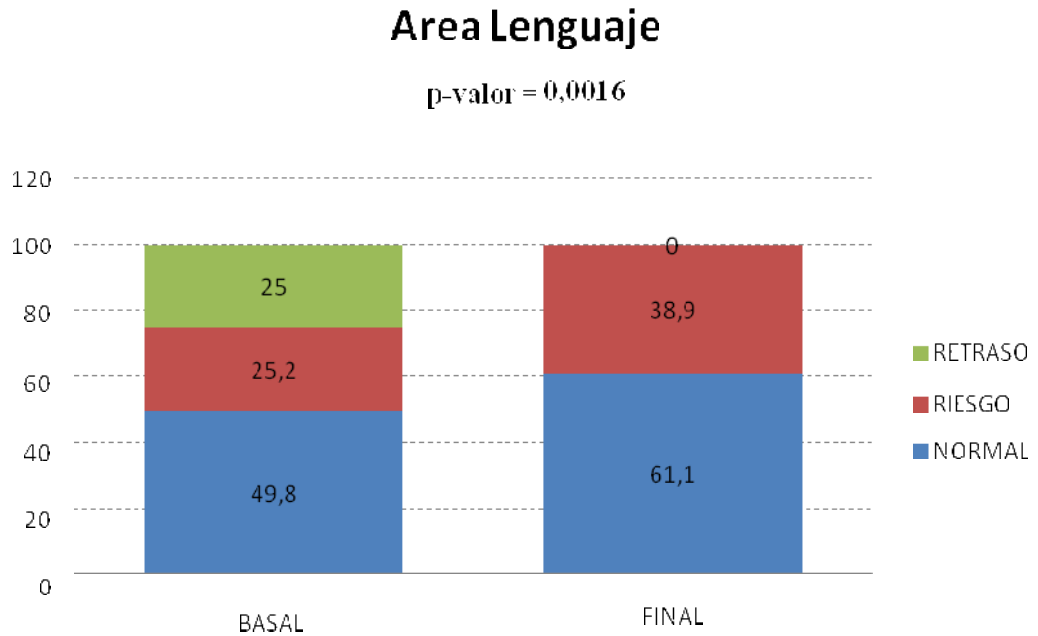
Tabla 1: Comparación de la evaluación basal y final del desarrollo psicomotor de los niños en condición de abandonados de la Casa Hogar Villa El Salvador. Julio-diciembre 2011

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR							
Grupos etarios	Normal		Riesgo		Retraso		Final
	Basal	Final	Basal	Final	Basal	Final	
< 1 año	3	6	5	1	1	-	
1-2 años	1	3	-	2	4	-	
2-3 años	4	5	1	-	-	-	
>3 años	-	1	1	-	-	-	
Total	8	15	7	3	5	-	
Porcentaje	40	83,3	35	16,7	25	-	
<i>p</i>	0,7817*		0,1101**				

*Prueba de chi Cuadrado, **Prueba de Pearson

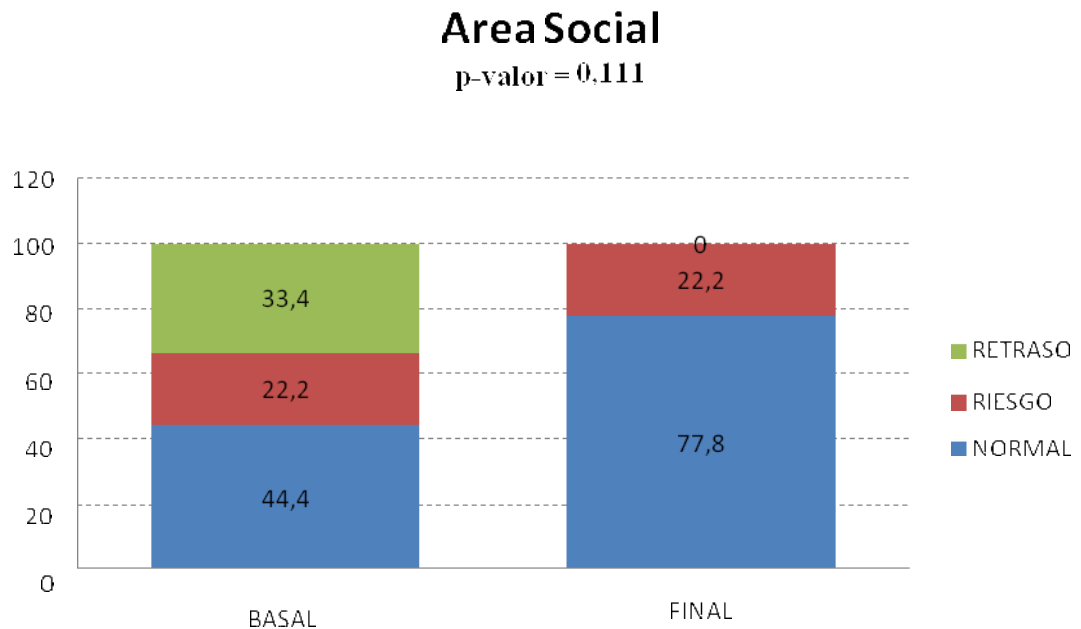
En la tabla 1 se aprecian los datos del coeficiente de desarrollo psicomotor de los diferentes grupos etarios en las frecuencias: normal, riesgo y retraso, de la evaluación basal y final, evidenciándose que hubo mejoría global, aunque no se observan diferencias significativas (normal $p= 0,7817$ y riesgo $p=0,1101$).

Grafico 1: Distribución de la evaluación basal y final del área de lenguaje (EEDP y TEPSI) en los niños en condición de abandonados de la Casa Hogar de Villa el Salvador. Julio-diciembre 2011.



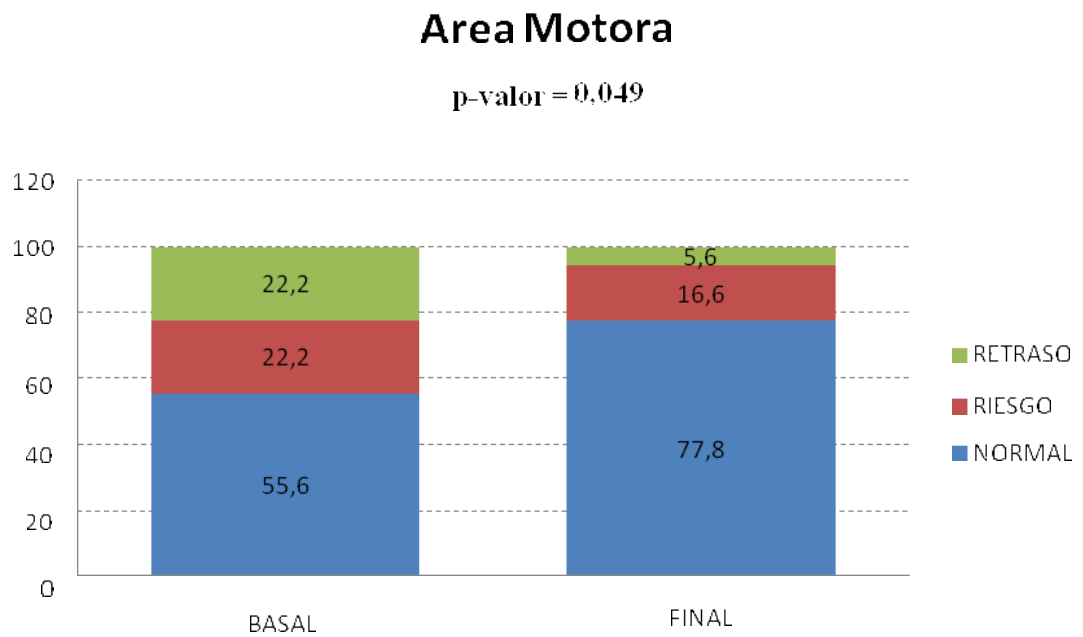
En el grafico 1, según el área de lenguaje, en el mes de julio el 49,8% (9) de niños era normal y, el 25,2 % (6) estaba en riesgo, y el 25% (5) estaba en retraso, terminando en el mes de diciembre con el 61,1% (11) normal y 38,9% (7) en riesgo, obteniéndose un p-valor significativo (p=0.0016).

Gráfico 2: Distribución de la evaluación basal y final del área social en los niños en condición de abandonados de la Casa Hogar de Villa el Salvador según EEDP, Julio-diciembre 2011.



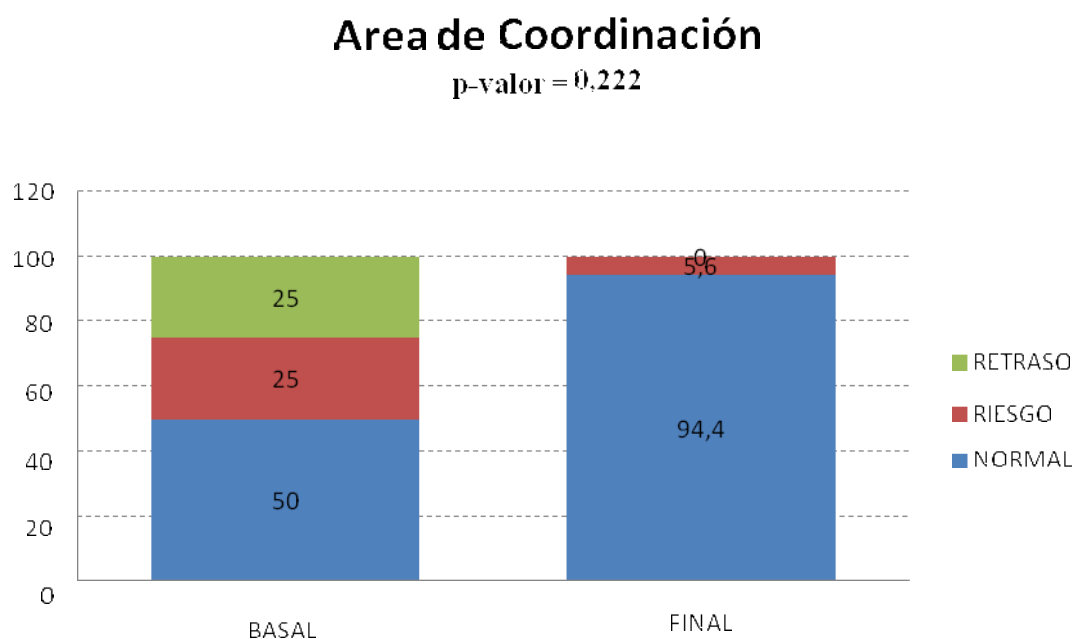
En gráfico 2 respecto al área social, solo se consideraron a los niños menores de 2 años (12) evaluados con EEDP, los resultados en el mes de julio indican que el 44,4 % (5) era normal, 22,2 % (3) en riesgo, 33,4% (4) en retraso, terminando en diciembre con un 77,8% (7) en condición normal y 22,2% (2) en riesgo pero sin diferencia significativo ($p = 0,111$). Tres de de los niños cumplieron dos años y pasaron a ser evaluados al final con TEPSI, quedando la evaluación al final solo con nueve niños.

Gráfico 3: Distribución de la evaluación basal y final del área motora en los niños en condición de abandonados de la Casa Hogar de Villa el Salvador según EEDP y TEPSI, julio-diciembre 2011.



En el gráfico 3, en relación al área motora, en el mes de julio se destaca que el 55,6% (12) de los niños estaba en condición normal, un 22,2% (4) en riesgo y 22,2% (4) en retraso. Al finalizar diciembre el 77,8% (14) llegó a ser normal y 5,6% (1) estaba en retraso, obteniéndose una diferencia significativa ($p=0,049$).

Grafico 4: Distribución de la evaluación basal y final del área de coordinación en los niños en condición de abandonados de la Casa Hogar de Villa el Salvador según EEDP y TEPSI, julio-diciembre 2011.



En el grafico 4, en el área de coordinación, en el mes de julio el 50% (10) era clasificado como normal, un 25% (5) en riesgo y 25% (5) en retraso. Al finalizar diciembre el 94,4% (17) estaba en condición de normal y 5,6 % (1) en riesgo, pero no se observa diferencia significativa (p=0,222).

Tabla 2. Distribución de la evaluación del Desarrollo psicomotor basal y final en los niños en condición de abandonados de la Casa Hogar de Villa el Salvador según EEDP / TEPSI, 2011.

Escalas de Evaluación	Basal Julio		Final Diciembre		*p Significativo
	n	$\bar{X} \pm DE$	n	$\bar{X} \pm DE$	
EEDP	14	78 \pm 16	9	90 \pm 11	0,032
TEPSI	6	41 \pm 9	9	52 \pm 9	0,019
Total	20		18		

$p \leq 0,05$

En la Tabla 2, se muestran los resultados obtenidos según la evaluación con las escala de Desarrollo psicomotor EEDP y TEPSI, de la evaluación basal y final, observándose más homogeneidad en los datos finales.

En promedio en el puntaje global por cada instrumento se observa diferencia significativa.

Según la escala de evaluación del Desarrollo Psicomotor TEPSI para niños entre 2-5 años, los resultados generales non muestran que en el mes de julio el valor de la media fue de 41m \pm 9 y en diciembre fue 52m \pm 9.

Según la escala de Desarrollo Psicomotor EEDP, en el mes de julio hay una media de 78m \pm 16, y al final en diciembre, una media de 90m \pm 11.

4.2 Discusión

En el Perú, sabemos que la niñez es la población más vulnerable, representando según estadísticas INEI del censo poblacional 2007 un 30,5% de la población²⁷, considerándose niños y adolescentes de edad comprendida entre 0- 14 años. Según la encuesta de Hogares (ENAHOG) octubre-noviembre-diciembre 2011, el porcentaje de población menor de 18 años fue 36%, es decir, que de casi 4 de 10 niños peruanos residían en el área rural el 44,4%, mientras que en el área urbana y Lima Metropolitana residen el 33,7%. El 38% de esta población vive en condiciones de riesgo, abandono social y pobreza y, un 13,7% en pobreza extrema²⁸. Resaltando que los niños abandonados carecen de muchos estímulos, tanto emocional como físico, por diferentes causas y motivos tales como la falta de contacto y afecto materno necesario; reconociéndose que la madre o la persona que desempeñe ese rol es sin duda la más influyente durante la primera infancia, siendo la única que satisface las necesidades básicas de alimento, calor, comodidad y amor; estimula los sentidos del niño y facilita sus capacidades de expansión. A través de ella el niño aprende a confiar en el mundo y a sentirse seguro para aventurarse en relaciones cada vez más amplias.

La falta de cuidado de las necesidades básicas⁵ como alimentación, vestido, protección, ambiente inadecuado, entorno, antecedentes pre, peri o postnatales, socioeconómicos son factores de riesgo que alteran de manera significativa la evolución adecuada del desarrollo psicomotor, considerándose especialmente de alto riesgo los pequeños durante los primeros años de vida, pudiendo ya presentar carencias en el desarrollo cognitivo, motor, sensorial y comportamiento; por tal motivo es de primordial importancia desde el punto de vista de la salud conocer, observar y evaluar el DPM de los niños menores de 5 años, para detectar a tiempo deficiencias transitorias, que al no ser corregidas conllevan a empeoramiento en el futuro, llegando a ser definitivas. Aquí enfermería encuentra un espacio y momento apropiado para trabajar con el niño sano.²⁶

Martínez¹⁴ recuerda que los niños al nacer tienen miles de millones de células cerebrales que se multiplican rápidamente cuando el neonato entra en contacto con la estimulación externa. Reconocidas como base para el aprendizaje, por eso la falta de estimulación a parte de impedir la proliferación, puede

ocasionar efectos irreversibles en el desarrollo del cerebro, entre ellos la desnutrición en el primer año de vida, conllevando a inadecuado crecimiento y desarrollo y mayor propensión a enfermedades.

En un artículo sobre el desarrollo cerebral, De Bea³³ recuerda la plasticidad cerebral del niño al nacer, que permite que el cerebro crezca según las interacciones externas que recibe y las experiencias que vive; estos procesos construyen la estructura del cerebro desarrollando sus funciones mentales y psíquicas. El desarrollo de las neuronas, sus dendritas y la mielinización dependen, desde el principio de la vida de la cantidad y calidad de estímulos que el niño recibe. Además, se resalta que en los niños institucionalizados, donde no siempre se conocen bien a los niños cuando llegan, tal vez se produce un menor desarrollo de la arborización dendrítica, que conlleva a la pérdida de conexiones e empobrecimiento de las capacidades psíquicas del niño en las áreas, social, emocional, intelectual y aprendizaje. En el caso de los niños en la Casa Hogar, al principio siempre están como apagados y llorones, gritan por encontrarse en un lugar desconocido, sus sentimientos son más fuertes, además de sentirse abandonados y no conocer a ninguna persona que los rodean; pero durante su permanencia comienzan a sentir más confianza, los estímulos externos son buenos y adecuados, también por el mismo hecho de jugar siempre juntos o hacer actividades con los otros niños y adultos, recibiendo diariamente estímulos necesarios según necesidad.

Se comenzó el estudio con una población de 20 niños internados en la casa desde al menos 6 meses previos, pero se terminó con 18 porque dos de ellos en el mes de diciembre regresaron a sus familias por autorización del Juez a su cargo por medio de la UGIT (Unidad de Investigación Tutelar) de INABIF, institución que se ocupa de buscar vacantes a los niños en estado de abandono en Lima.

Casi todos los niños de la Casa Hogar provienen de situaciones de abandono (94,4%), solo el 5,6% (1) experimento una situación de violencia, destacándose el caso de una niña abandonada por su madre en un parque después de un intento de envenenamiento. Los niños de la Casa Hogar han sido abandonados en las calles, en las veredas, en los puentes, en cajitas de cartón o, en los parques de la ciudad de Lima; a veces retirados de padres alcohólicos, drogodependientes, familias

disfuncionales que no brindaban atención adecuada al niño o lo maltratan, situación que reflejan la grave crisis que esta pasando muchas familias en el Perú.

El Obispo de Arequipa Monseñor Javier del Río³¹ afirmó en una conferencia a la Universidad Católica de San Pablo en noviembre 2011 que “la crisis de la familia es el fruto de la crisis del hombre”, recordando que la familia ha sido creada por Dios y es fruto del amor fundado en la verdad; la crisis proviene de una mentalidad consumista que busca desordenadamente el confort y el placer, de una visión egoísta e individualista de la persona que piensa solo en sí misma. A ese respecto, el Beato Juan Pablo II decía “Familia, sé lo que eres, plan inviolable de Dios y al mismo tiempo hechura del hombre en su libertad, compromiso del hombre ante el designio divino”. Para él la familia es la célula primera y vital de la sociedad, cuya misión es custodiar, revelar y comunicar amor, sin el cual ningún ser humano puede vivir, es la fuerza necesaria para la comunión, la unidad que se manifiesta en la fidelidad, en el respeto, en el perdón, en el don gratuito de la vida para el otro.

Madre Elvira³⁵, la fundadora de la Comunidad Cenáculo, nombre original de la Asociación religiosa de la Casa Hogar, respeto a la familia, decía “la familia es una perla preciosa, es la riqueza de todo ser humano, en un tiempo lleno de agitación y confusión, miedos y rebeliones”. Ya desde los albores de la creación, cuando Dios creaba los cielos, los mares, los montes y toda la belleza que nos circunda, su amor se complacía en preparar el hábitat natural para dar vida al hombre y a la mujer; afirmaba que aunque los niños hayan sido abandonados, de todas maneras sus madres les han dado la vida, que es el don más precioso que cada ser humano tiene, por lo tanto tienen el derecho de encontrar a Dios, el derecho a conocer la belleza de la vida, de que el amor existe, la paz existe, por eso el propósito principal o mejor dicho la misión principal de la Casa Hogar es cuidar y educar a los niños en la Fe y los valores cristianos, brindándole el amor de una familia.

Los niños fueron encontrados por la policía y llevados a la Unidad de Investigación tutelar, encargada de buscar una vacante; de esta manera llegan finalmente a la Casa Hogar de Villa el Salvador o en otros Hogares que los acogen y allí permanecen internados hasta encontrar a su familia si existen y si los quieren, o después de ser declarados en abandono por resolución de la autoridad administrativa

del MIMDES, siguen un proceso futuro de adopción a través la Secretaria Nacional de Adopciones de Lima.

Los datos del estudio destacan que los niños en su evaluación psicológica al ingresar se consideraron que 40% era sociable, 35% temeroso, 20% hiperactivo y 5% violento. La evolución psicológica al momento de iniciar el estudio, un 55,6% se relacionaba bien, 15 % manifestaba seguridad y otros 25% desconfianza; solo el 5% se aislaba de los demás, resaltando que el porcentaje de aquellos que “manifestaban desconfianza” podía estar relacionado con la situación de abandono, entre las cuales era común la falta de cariño y afecto de parte de sus cuidadores y padres; falta de confianza por la misma negligencia de no ser atendidos adecuadamente o haber sufrido algún tipo de maltrato físico o emocional como insultos, terror, amenazas, que lo manifiestan en la casa al ingresar mediante gestos agresivos como morder, pegar, empujar a los demás, gritar, entre otros. Según Erikson³² la primera tarea del desarrollo que tenemos que lograr es que el niño tenga un sentido de confianza básica, recuerda que los niños al ser alimentados y cuidados amorosamente, desarrollan un sentimiento de bondad interior que depende de la calidad de la relación que el niño tiene con sus padres o cuidadores; además, la confianza es un requisito para que los niños adquieran su autonomía en el transcurso de la vida. Así, los niños tendrán confianza en sí mismos y aprenderán a confiar también en los demás.

El método Montessori³⁶, creado en Italia por la pedagoga María Montessori (primer médico mujer) en el 1907 y actualmente muy utilizado en los colegios, destaca que la confianza, el niño la adquiere a través de las leyes de la vida; ella ponía especial énfasis en los niños en los primeros años de su vida, afirmando que deben ser educados mediante la libertad en un medio ambiente preparado para alcanzar un desarrollo integral adecuado, actuando con libertad, inteligencia y dignidad, dejándole escoger en el medio ambiente el material para una actividad, siendo que esa libertad le ayuda a tomar decisiones; ella llamaba a los niños “mentes absorbentes” por la especial sensibilidad que tienen de observar el ambiente y adaptarse, sosteniendo que en un ambiente rodeado de impresiones sanas y positivas, los niños se adaptan de forma sana y positiva. La autora realizó diversos estudios con niños pobres, en los barrios de la Roma en aquel tiempo, los cuales

eran más llorones y tímidos, pero al mismo tiempo violentos, posesivos y destructivos; aplicando su método ella pudo satisfacer las necesidades emocionales, experimentando una transformación extraordinaria en los niños, llegando a hablar de “niños convertidos”, por sus cambios de comportamiento. También en la casa Hogar se observan estas características en los niños cuando recién ingresan, pero con el tiempo, la dedicación, el amor, el respeto, la vida familiar, la oración, sus sentimientos van cambiando, sus ojos son más brillantes.

El abandono psicológico deteriora enormemente el desarrollo físico y social¹¹, las relaciones con los demás y el entorno; se recuerda que los datos fueron recolectados en niños que ya vivían al menos 6 meses en la Casa Hogar, donde no solamente comen, duermen, juegan, hacen terapias físicas, sino que también son educados a la fe en Dios por ser una Comunidad Religiosa que enseña a los niños a rezar, perdonar, ser amigos y compartir la vida como una familia. En este sentido, se destaca que los niños en la casa Hogar viven con misioneras y hermanas religiosas provenientes de diferentes partes del mundo, que no son sus madres, cosa que ellos bien saben y que no se les oculta de ningún modo, aunque ellos las vean como figura materna que brinda seguridad. Es cierto que algunas misioneras cada dos tres años tal vez regresan a sus tierras y a sus vidas, siendo a veces difícil para los niños esta separación; Bolwby y Aisworth³⁴, en la teoría del apego (1969-1976), plantearon que la separación entre un niño pequeño y una figura de apego, es perturbadora provocando en ellos miedos muy intensos y un cierto grado de ansiedad. Es lo que se nota en la mayoría de niños, cuando llegan a la casa o cuando unas misioneras se van, pero de todas maneras se observa que los niños tienen mucha capacidad de sufrir y adaptarse al cambio, viven el momento presente, son más capaces de perdón y saben recomenzar fácilmente, tal vez más que los adultos.

Según los resultados, en el control antropométrico de peso/talla se observa decreciente en el mes de septiembre, pasando de un 94% normal en el mes de julio a un 88% en septiembre, posiblemente relacionado a un evento inesperado en la Casa Hogar pues en los meses de agosto y septiembre hubo una epidemia de rotavirus en la mayoría de niños, presentando episodios de diarreas acuosas agudas de tipo viral y vómitos; cuatro de ellos tuvieron que ser llevados de

Emergencia, por deterioro rápido de la pérdida de electrolitos y posible deshidratación; cuyo tiempo de recuperación fue lento recibiendo antibióticos y rehidratación oral además de alimentación más digerible. Producto de ese evento, hubo un rápido descenso del peso en los niños pequeños con implicancias también en el adecuado desarrollo psicomotor y sus participación en las terapias físicas de estimulación.

Al finalizar el estudio, un 94,4% de los niños obtuvo con control antropométrico normal y solo un 5,6% bajo, evidenciando buena recuperación. Se resalta que la mayoría de niños de la Casa Hogar no ha recibido lactancia materna, la cual se sabe que trae muchas ventajas en su crecimiento, mejorando su estado nutritivo, su digestión y metabolismo, además de adquirir una mayor protección inmunológica para producir factores antimicrobianos, los cuales originan una mayor resistencia a las infecciones.

Según los datos, el desarrollo psicomotor general de los niños tuvo mejoría a lo largo de los seis meses destacándose que comenzamos el estudio con 40% (8) de niños normales en su DPM y 25% (5) con retraso culminándose con un 83,3% (15) de normales y 16,7% (3) en riesgo; datos que resaltan su buena evolución producto del trabajo colaborativo de la Terapista Física, Psicólogo, Enfermera y de las Misioneras de la Casa Hogar. (Tabla 1)

En el área de Lenguaje, al empezar el estudio un 49,8% (9) de niños era normal, un 25,2% (6), estaba en riesgo y un 25% (4) en retraso. Al terminar el estudio un 61,1% (11) alcanzo la normalidad y 38,9% (7) estaba en riesgo con diferencia significativa ($p= 0,016$). Destacando que los niños viven con misioneras y hermanas extranjeras en su mayoría, que aun la temprana edad de los niños, todos los días realizan con ellos, actividades que ayudan a los niños a aprender palabras sencillas, a través de dibujos, laminas ilustrativas, músicas dirigidas al aprendizaje, repitiendo a menudo las palabras básicas que los niños tendrían que conocer en esta etapa de su edad. Al respecto, un estudio de Manso³⁷ sobre las repercusiones lingüísticas de 13 niños en situación de maltrato y 9 en abandono emocional, identificó que los niños con abandono emocional y maltrato tenían un índice cognitivo general por debajo de lo esperado, y según los módulos de morfología para verificar el dominio del lenguaje en los niños se obtuvo que

un 78% tenía un nivel de dominio morfológico y de sintaxis por debajo de su edad, que el 70% no tenía una adecuada estructura lingüística a partir de un enunciado, concluyendo que los niños en situación de maltrato y de abandono emocional tienen un desarrollo del lenguaje inferior a lo esperado para su edad, dato que se repite en diferentes estudios, pero que se revela diferente en los niños de la casa hogar, que aun siendo en condiciones de abandonados presentan un buen desarrollo del lenguaje. Se resalta que puede ser debido a que la mayoría de niños ingresa a veces a la edad de recién nacido e lactante, viviendo ya los primeros meses de su vida rodeada de un ambiente que presenta estímulos adecuados. (Grafico 1)

En el área social, comenzamos con un 44,4% (5) de niños normales, un 22,2% (3) en riesgo y 33,4% (4) en retraso, para finalizar el estudio en diciembre, adonde el 77,8% (7) eran normales, 22,2% (2) en riesgo y ninguno en retraso, los tres faltantes cumplieron dos años y pasaron a ser evaluados con TEPSI, aplicándose esta área solo a los niños menores de dos años por presentarse solo en el EEDP. Sánchez³⁸ resalta que en los dos primeros años de infancia la relación con el cuidador principal es fundamental, después al ingresar al colegio y a la guardería, la socialización comienza a ser más estructurada, aunque la familia sigue siendo el punto de referencia y la calidad de relaciones que los niños tendrán, dependerá mucho de lo que ha vivido en la casa, así que con mucha probabilidad los niños rechazados tendrán relaciones más complicadas. En los niños de la casa hogar se observa que al ingresar al principio a la casa no son muy sociables, dependiendo de la edad y del carácter, porque provienen de situaciones de abandono e riesgo, pero adquieren más confianza con el tiempo al crecer y estando en contacto con los demás. (Grafico 2)

Respecto al área motora, comenzamos con 55,6% (12) de niños normales, un 22,2% (4) en riesgo, y 22,2% (4) en retraso. En diciembre un 77,8% (14) era normal y solo 5,6% (1) tenía retraso, resaltando que fue un área donde se tuvo diferencia significativa ($p=0,0049$). Área importante en el desarrollo de habilidades motoras gruesas y finas en el niño para fortalecer equilibrio corporal en relación con el espacio. No existe información de estudios previos al respecto, entre tanto, consideramos un área importante de desarrollo. Se resalta que a medida que avanza el desarrollo físico general del niño, su capacidad de respuesta motora se amplía, tanto por la maduración física como por todas las oportunidades que hemos dado de practicar diversas actividades como gatear, caminar, correr, saltar. Además sus movimientos se vuelven más complejos y ágiles. Sus avances

dependen también de sus deseos de experimentar, en este caso el juego se vuelve un vehículo de vital importancia y ha sido vital en los niños de la Casa Hogar, para afrontar el mundo que los rodea, en relación con el espacio y los objetos, de saber y conocer quiénes son y tener un concepto de sí mismo⁶. La adquisición del concepto de sí mismos es una necesidad primordial para la construcción de su personalidad, por eso el juego es un elemento muy eficaz para establecer una relación entre el cuerpo del niño y su entorno. Todo este contacto ha sido constante en los niños de la Casa Hogar, su relación entre ellos, y el entorno que los rodea. (Grafico 3)

Se destaca que en el área de coordinación se comenzó con un 50% (9) normal, un 25% (5) en riesgo y 25 % (5) en retraso, para terminar el estudio con 94,4% (17) normal y 5,6% (1) en riesgo. Esta área demostró buenos resultados en la mayoría de niños, aunque no se obtuvo evidencia significativa (0,222). Según los criterios de la terapeuta física se debe cierto a las terapias que reciben semanalmente en la casa, pero también a la estimulación que los niños se hacen entre ellos viviendo juntos, imitando muchos de los comportamientos de los demás, además de la estimulación que reciben a través de las Hermanas y Misioneras que todos los días tratan de enseñarles pequeños trabajos que permiten a los niños tocar las cosas, observarlas, compartirlas, tirarlas, descubrirlas. El área de coordinación está muy ligado a la motora según las conductas motrices de base, como la postura y el equilibrio; la coordinación se adquiere a través un proceso madurativo de las estructuras neurológicas³³, y mediante la actividad, movimiento de ejercicios coordinados entre sí. Es lo que se observa en los niños de la Casa Hogar que desarrollan sus actividades, ejercicios y movimientos imitándose entre sí, descubriendo en los demás movimientos nuevos, adquiriendo posturas y equilibrios gracias también al apoyo de la terapeuta física y del cuidado brindado en la Casa a través las Misioneras y Hermanas, que también juegan y realizan actividades con los niños. (Grafico 4)

En la tabla 2, se muestran los resultados de promedio del puntaje global de EEDP y TEPSI, revelan que se obtuvo diferencia significativa entre la evaluación basal y la final.

Es necesario resaltar la labor de la Enfermera, su participación con el equipo multidisciplinario, que a través del control del Desarrollo psicomotor realiza una labor preventiva parte del control de crecimiento y desarrollo del niño sano, necesaria y útil para detectar a tiempo deficiencias, alteraciones o trastornos

presentes en los niños y poderlos corregir en tiempo con una intervención oportuna, que realiza en la casa a través de las terapias físicas que brinda la Terapeuta; de esta manera promueve la salud en los niños desde el punto de vista integral, que comprende lo físico, emocional, y también lo espiritual englobando todas las dimensiones del ser humano que ya desde pequeño tiene el derecho de ser atendido de manera oportuna.

CAPITULO V : CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

El estudio demuestra que hubo buena evolución en el Desarrollo Psicomotor de la mayoría de niños, terminando con un 83,3% de niños con DPM normal que siguieron las terapias físicas en la casa.

Los niños mejoraron en todas las áreas del desarrollo psicomotor de manera gradual, considerándose significativos solo los resultados del área de lenguaje y del área motora.

Según las escalas de evaluación EEDP y TEPSI se obtuvieron resultados más homogéneos y positivos al finalizar el estudio.

El servicio que brinda la Asociación Religiosa de la Casa Hogar Villa el Salvador en comunión con el equipo técnico, demuestra dedicación y cuidado especial a los niños abandonados.

5.2 Recomendaciones

Para la investigación se recomienda:

Realizar otros estudios de tipo experimental, con más población y más tiempo de aplicación para tener un seguimiento continuo por parte de la Enfermera evaluando la eficacia de una intervención propuesta.

Lograr acceder a los informes antecedentes de los niños que residen en la Casa Hogar antes de que lleguen según sus historiales en la policía para tener más información sobre su pasado.

Poder acceder a la información de algún miembro de la familia de los niños, buscándolo durante las varias investigaciones que se ejecutan.

Utilizar otras escalas de Evaluación del Desarrollo Psicomotor y con la misma hacer una comparación de resultados para ver cuáles son las diferencias.

Se recomienda realizar estudio sobre las áreas motoras y coordinación, hay varias investigaciones en las áreas social y de lenguaje, pero carecen en las áreas motora y coordinación.

Para la profesión de Enfermería:

Se sugiere, fomentar la atención integral por parte del profesional de salud, trabajando en equipo que fomenten la participación de las madres al consultorio del niño sano, para detectar y limitar riesgos o retrasos en el DPM.

Se recomienda a los estudiantes de Enfermería, realizar estudios que contribuyan a la realización de escalas de evaluación del DPM a nivel nacional.

Se recomienda al profesional de Enfermería realizar con cuidado el control del niño sano, poniendo más atención en los grupos más vulnerables de riesgo social como pueden ser los más pobres y los abandonados.