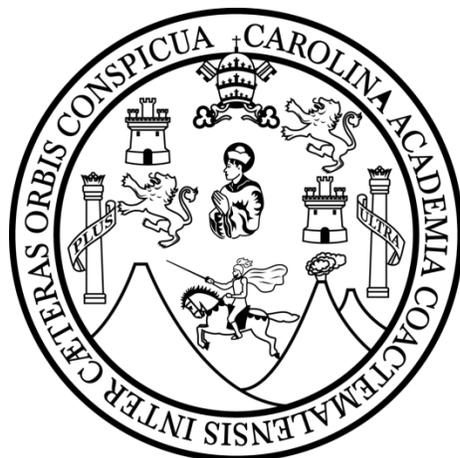


Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Escuela de Terapia Física, Ocupacional y Especial
“Dr. Miguel Ángel Aguilera Pérez”
Avalada por la Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala



Informe Final del Ejercicio Técnico Profesional Supervisado de Fisioterapia realizado en AIDEPCE, Asociación Integral de Desarrollo para personas con discapacidad de Cubulco, Baja Verapaz, en el período comprendido del 03 de febrero al 13 de marzo del año 2,020

“Detección y manejo del retraso Psicomotor en la infancia para un mejor abordaje fisioterapéutico en el centro AIDEPCE y en casa”

Informe presentado por:

Yesenia Magalí Alvarez Luna

Previo a obtener el título de:

Técnico de Fisioterapia

Guatemala, junio 2021

Of Ref. DETFOE No. 155/2021
Guatemala, 29 de junio de 2021

Bachiller
Yesenia Magalí Alvarez Luna
Estudiante
Escuela de Terapia Física, Ocupacional y Especial
"Dr. Miguel Ángel Aguilera Pérez"

Señorita Alvarez Luna:

Por este medio me permito comunicarle que esta Dirección aprueba la impresión del Informe Final del Ejercicio Técnico Profesional Supervisado de Fisioterapia realizado en AIDEPCE, Asociación Integral de Desarrollo para personas con discapacidad de Cubulco, Baja Verapaz, en el período comprendido del 03 de febrero al 13 de marzo del año 2,020. Con tema "Detección y manejo del retraso Psicomotor en la infancia para un mejor abordaje fisioterapéutico en el centro AIDEPCE y en casa".

Trabajo realizado por la estudiante Yesenia Magalí Alvarez Luna, Carné 201400154, previo a obtener el título de Técnico de Fisioterapia.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Licda. Bertha Melanie Girard Luna de Ramirez
Directora



Guatemala, 10 de junio de 2021

Maestra

Bertha Melanie Girard Luna de Ramírez

Directora

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Escuela de Terapia Física, Ocupacional y Especial

“Dr. Miguel Ángel Aguilera Pérez”

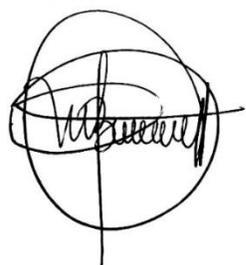
Avalada por la Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

Presente Estimada Maestra Girard:

Reciba un saludo cordial. Por este medio hago de su conocimiento que emito la carta de aprobación de revisión de informe final para continuar los trámites correspondientes, del trabajo de graduación de la estudiante **Yesenia Magalí Alvarez Luna**, con carné no. 201400154, previo a optar al grado de Técnico en Fisioterapia. Dicho trabajo de graduación lleva por título: **“Detección y manejo del retraso Psicomotor en la infancia para un mejor abordaje fisioterapéutico en el centro AIDEPCE y en casa”**.

Atentamente,



M.A. Macjorie Beatriz Avila Garcia

Colegiado No. 3154

Of. Ref. ETPS No. 013/2021
Guatemala, 20 de ~~Mayo~~ Mayo de 2021

Licenciada|
Macjorie Ávila
Revisora de informes ETPS
Escuela de Terapia Física, Ocupacional y Especial
"Dr. Miguel Ángel Aguilera Pérez"

Respetable Licenciada:

Por este medio informo a Usted que he asesorado y aprobado el Informe Final del Ejercicio Técnico Profesional Supervisado de Fisioterapia; realizado en el centro AIDEPCE Cubulco, Baja Verapaz, en el período comprendido del 3 de ~~Febrero~~ Febrero al 13 de Marzo 2020 con el tema de investigación "DETECCIÓN Y MANEJO DEL RETRASO PSICOMOTOR EN LA INFANCIA PARA UN MEJOR ABORDAJE FISIOTERAPÉUTICO EN EL CENTRO AIDEPCE Y EN CASA" presentado por:

1. YESENIA MAGALÍ ALVAREZ LUNA CARNE 201400154

Mucho agradeceré continuar con los trámites respectivos.
Atentamente



Ft. Ana María Márquez Ortiz
Supervisora del Programa ETPS



"Nuestro compromiso es la calidad de vida de la niñez, adolescencia y juventud con discapacidad"

Cubulco, Baja Verapaz Junio 2020

Licda. Berta Melania Girard de Ramírez

Directora.

Escuela de Terapia Física Ocupacional y Especial "DR. Miguel Ángel Agullera Pérez "
Guatemala C.A

Desde nuestras oficinas de la Asociación Integral de Desarrollo para Personas con Capacidades Especiales "AIDEPCE" con sede en el municipio de Cubulco, del Departamento de Baja Verapaz, reciba un cordial y fraterno saludo, deseándole éxitos en sus actividades administrativas al frente de la entidad que honorablemente representa.

A través de la presente le hacemos llegar nuestro más sincero agradecimiento, por el apoyo recibido por parte de la escuela ya identificada, durante el período del 03 de febrero al 13 de marzo del presente año, a través de la alumna **YESENIA MAGALÍ ALVAREZ LUNA**, que prestó sus servicios de fisioterapia para la atención de los beneficiarios con discapacidad como parte de su formación profesional del Ejercicio Técnico Supervisado (ETS), el cual ha concluido de forma satisfactoria demostrando su capacidad y profesionalismo, logrando resultados que se reflejan en los beneficiarios.

Sin otro en particular aprovecho para suscribirme de su persona.

Cordialmente:


Walter Rodríguez
Administración
AIDEPCE



Dedicatoria y agradecimientos

A Dios: Por permitirme cumplir cada una de mis metas, por demostrarme su inmenso amor y ser el pilar fundamental en mi vida y a lo largo de mi carrera darme las fuerzas necesarias para alcanzar este anhelo de mi corazón. Porque en él confié, me falta mucho por lograr y sé que de su mano llegare hasta donde él me lo permita.

A mis padres: Porque junto a mí siguieron mi sueño, mi deseo de llegar a ser una fisioterapeuta y hoy gracias a ellos puedo decir que lo logramos. Por estar ahí en mis días difíciles, en las noches de desvelo y de madrugada. Porque a lo largo de mi vida han sido mis mejores aliados para llegar donde hoy estoy, porque son mi amor incondicional, que a pesar de mis decisiones su apoyo incondicional siempre estuvo presente. A mi madre Marilí Luna que brindó en mi formación académica como fisioterapeuta su apoyo tanto moral como económico.

A mis hermanos: Porque han sido mis cómplices de vida, alegrías, metas, pero sobre todo por el apoyo brindado para mi formación como profesional, porque me animaron y alentaron a seguir adelante, por acompañarme en mi caminar y ser un apoyo que siempre estuvo presente.

A mis amigas: Porque Dios nos permitió conocernos y juntas hacer más fácil este camino, con el apoyo y dedicación de cada una llegamos a cumplir esta meta de nuestra vida. Junto a ellas en los años de formación su compromiso pudo hacer más fácil este camino.

La escuela de fisioterapia de Terapia Física, Ocupacional y Especial “Dr. Miguel Ángel Aguilera Pérez” por abrir las puertas de tan apreciada institución dando enseñanzas de calidad,

apoyando día a día para ser los profesionales con la preparación que cada uno de nuestros pacientes necesita.

A AIDEPCE: Por abrirme las puertas de su institución para atender a la población de Cubulco, y brindarme todo su apoyo en el tiempo de mi ETPS.

A mis centros de Práctica, en los que aprendí no solo lo importante de ser una fisioterapeuta de excelencia, me enseñaron lo importante de la vida a ser empática con todos y cada uno de mis pacientes.

A mis pacientes: Que creyeron en mí y confiaron parte de su rehabilitación agradeciendo con un consejo, palabras de agradecimiento y sobre todo el esmero en sus terapias.

A mis supervisores de práctica: Gracias por dejarme crecer como profesional, a cada uno de ellos que guiaron con su experiencia y conocimientos parte importante de mi formación como fisioterapeuta.

Tabla de Contenido

Introducción	12
Capítulo I	14
Programa de Atención.....	14
Diagnóstico Poblacional	14
Cubulco.....	15
Datos generales del municipio	16
Barreras y dificultades de comunicación	17
Formas de atención en salud.....	18
El Fisioterapeuta frente al contexto sociocultural de su trabajo y servicios informales de Salud.....	19
Diagnóstico Institucional	20
Creación	20
Filosofía	23
Población Atendida.....	25
Objetivos Del Programa de Atención	26
Metodología	26
Diseño de documentación.....	28
Estadísticas del programa de atención	28
Resultados	28

Capitulo II.....	33
Programa de Investigación.....	33
Justificación	33
Objetivos.....	34
Marco Teórico.....	35
Desarrollo Psicomotor Normal del Niño	35
Características del Desarrollo Psicomotor	37
Hitos del Desarrollo psicomotor en el Niño	39
Retraso Psicomotor	40
Causas Principales del Retraso Psicomotor	41
Signos de Alarma del Retraso Psicomotor.....	43
Como Detectar el retraso psicomotor en el niño.....	44
Tratamiento del Retraso psicomotor	46
Cuartos de estimulación multisensorial:	48
Plan educacional fisioterapéutico	49
Metodología de abordaje del programa de investigación	51
Población.....	51
Muestra	51
Tipo de Investigación.....	51

Instrumentos de recolección de datos	52
Presentación de Resultados.....	53
Presentación de caso	53
Análisis general de seguimiento del caso:	59
Capítulo III.....	60
Programa de Educación, inclusión o prevención	60
Metodología	60
Capítulo IV.....	63
Análisis e Interpretación de Resultados	63
Conclusiones	65
Recomendaciones	66
Referencias.....	67
Anexos	75

Índice de Figuras

Figura 1	15
----------------	----

Índice de Tablas

Tabla 1	39
---------------	----

Tabla 2	43
---------------	----

Índice de Gráficas

Gráfica 1.....	29
----------------	----

Gráfica 2.....	30
----------------	----

Gráfica No. 3.....	31
--------------------	----

Gráfica 4.....	32
----------------	----

Introducción

A continuación, se presenta el informe del trabajo fisioterapéutico realizado durante el Ejercicio Técnico Profesional Supervisado en el centro de Asociación Integral de Desarrollo para Personas con Discapacidad AIDEPCE, en el municipio de Cubulco, departamento de Baja Verapaz, del 3 de febrero al 13 de marzo del año 2,020.

En el centro de AIDEPCE, acudieron beneficiarios con distintos tipos de discapacidad. Entre la población atendida en el rango de edad de menores de 18 años en su mayoría, se encontró niños con alteraciones en el desarrollo psicomotor, causado por falta de abordaje fisioterapéutico temprano; tratamiento que es imprescindible en el establecimiento de protocolos para aumentar sus capacidades motoras, motrices, aparición de las habilidades comunicativas, el juego y la resolución de problemas acordes a su edad.

Como parte del proceso de investigación y protocolos de tratamiento del problema detectado, se establecieron métodos y guías en el área de fisioterapia que permitieron identificar la importancia del abordaje adecuado a temprana edad e identificar alteraciones en las capacidades sociales, lingüísticas, sensoriales, motrices y de comportamiento, que a largo plazo pueden ser diagnosticadas como autismo, parálisis cerebral (PC) y retraso mental. Se aplicaron métodos para lograr la estimulación en la coordinación de movimientos, equilibrio, cambios de posición, caminar entre otros. Junto a la participación dinámica de padres de familia se establecieron pautas para el manejo en casa de planes educacionales que complementaron la terapia de cada niño. Se realizó la investigación y acciones descritas sobre el retraso psicomotor cuyos resultados brindaron el respaldo necesario para el presente informe realizado en AIDEPCE, Cubulco Baja Verapaz.

Se ejecutó un programa de educación y prevención donde a través de trífolios, planes educativos, guía de signos de alerta del retraso psicomotor para uso de padres de familia y una guía de estimulación en casa, se educó en los temas de interés para los niños; se brindó seguimiento tanto de manera presencial como a distancia, en los cuales se estableció un proceso gradual y continuo acorde a las etapas y estadios de crecimiento físico e intelectual, por consiguiente fue un tratamiento que favoreció el desarrollo de habilidades específicas que permitieron alcanzar los hitos acordes a la edad del niño.

Capítulo I

Programa de Atención

Diagnóstico Poblacional

El departamento de Baja Verapaz se encuentra ubicado en la región norte de Guatemala. Este departamento cuenta con una extensión territorial aproximada de 3,124 km², colinda al norte con el departamento de Alta Verapaz, al sur con el de Guatemala, mientras al oeste limita con Quiché y al este con el departamento del Progreso. Cuenta con 8 municipios que son: Salamá cabecera departamental, Cubulco, San Miguel Chicaj, Rabinal, Granados, Santa Cruz el Chol, San Jerónimo, Purulhá. (Koo, 2019).

El territorio en su mayor parte está accidentado debido a la Sierra Madre, Sierra de las Minas y Chuacús y otras montañas que lo cruzan. Sus alturas oscilan entre los 940,48 y 1.570 msnm, con una temperatura máxima de 27,3 °C y temperatura mínima de 17,7 °C. El departamento está bañado por muchos ríos, entre los principales sobresalen: Panimá, Concepción, Chilasco, San Isidro, Quililá, Cachil, San Miguel, Salamá, Calá, Negro, Yerbabuena entre otros (EcuRed Departamento de Baja Verapaz, 2,018)

El nombre original de esta región fue Tucurután, a veces escrito como Tuzulutlán o Tezulutlán. Aunque no existe un significado específico acerca de este término, algunos autores enfatizan que se trata de un vocablo que denomina el lugar como “Tierra de Guerra”. En 1547 cambió de nombre de la región de Tezulutlán por Verapaz. El departamento de Baja Verapaz y Alta Verapaz era uno solo, hasta su separación el 4 de marzo de 1877 (EcuRed Departamento de Baja Verapaz, 2,018).

Figura 1

Departamentos de Baja Verapaz

Nota: en la figura 1, encontramos los departamentos de B. V. Fuente: (Natareno, 2012).

Cubulco

El municipio de Villa de Santiago Cubulco se encuentra ubicado al oeste del departamento de Baja Verapaz, colinda al norte con los municipios de Chicamán y Uspantán, departamento de Quiché, al este con el municipio de Rabinal, departamento de Baja Verapaz; al sur con el municipio de Granados, departamento de Baja Verapaz y al oeste con los municipios de Joyabaj, Zacualpa y Canillá, departamento de Quiché. Está situada a 1,000 metros sobre el nivel del mar (Unidad para la prevención Comunitaria de la Violencia , 2018).

Datos generales del municipio

Según datos del Instituto Nacional de Estadística —INE—, el municipio de Cubulco se divide en: 1 Villa, 4 barrios, 3 colonias, 14 aldeas y 116 caseríos. Cuenta con una población de 43,639 habitantes según el censo 2002 del instituto nacional de estadística INE; sin embargo, en la proyección 2010 el INE estima que la población es de 58, 284 habitantes. Extensión territorial aproximada de 444 kilómetros cuadrados. Cubulco se encuentra ubicado al Poniente del Departamento de Baja Verapaz. Tiene acceso por la ruta Departamental de Baja Verapaz, se encuentra a 46 kilómetros de la Cabecera Departamental de Salamá. La religión presente en la población es la católica y evangélica teniendo mayor predominio la católica. Etnia Maya-Achí y otros. el tipo de gobierno es el municipal. Tipo de educación es preprimaria, primaria, básicos, diversificado y universitario (Blog Monografía de Cubulco, 2011).

Grupos líderes poblacionales

La organización comunal del municipio de Cubulco es fuerte y sólida, representada por diferentes concejos que velan por el desarrollo de la comunidad y su bienestar. Contaba con asociaciones, juntas escolares, comités educativos, organizaciones religiosas y comités de mujeres. “Los Concejos Comunitarios de Desarrollo (COCODE), Concejo Municipal de Desarrollo (COMUDE), Consejo Departamental de Desarrollo Urbano (CODEDE) y la comisión municipal de seguridad alimentaria y nutricional, obteniendo asesoría de diferentes instituciones comprometidas con el desarrollo del municipio” (Concejo de Desarrollo Departamental , 2011-2025).

Barreras y dificultades de comunicación

El idioma en Cubulco constituye una barrera de comunicación tanto con los pacientes como con sus padres, en virtud que la fisioterapeuta habla idioma español y ellos, el idioma achí. En niños de edad escolar que asisten a estudiar, esta barrera disminuye porque en sus centros educativos, les enseñan a hablar el idioma español. En cuanto a los padres de familia, hay dificultad en la comunicación con algunos, porque sólo hablan idioma achí; en esos casos es necesario solicitar apoyo a otros miembros del personal para que actúen como traductores para entrevistarlos y darles instrucciones.

La diferencia de idiomas desfavorece la comunicación de doble vía para poder realizar un buen diagnóstico y tratamiento porque no hay una comprensión completa especialmente en el momento de dar y recibir las instrucciones para los planes educacionales a desarrollar en casa para continuar el tratamiento con éxito.

La discapacidad visual de algunos pacientes constituyó otra dificultad de comunicación por lo que la falta de visión limitó el acceso adecuado a la información. En este caso, obligó a buscar estrategias y las herramientas funcionales para lograr una buena comunicación con ellos; sin embargo, a pesar de la inclusión, se invierte más tiempo y esfuerzo para lograr que el paciente pueda recibir su tratamiento.

La distancia entre cita y cita se debe a que los hogares de los pacientes están ubicados lejos del centro de atención AIDEPCE, en donde los servicios de transporte colectivo no funcionan todos los días y los padres no cuentan con recursos económicos para trasladarlos por otro medio; además por la talla y peso del paciente, tampoco los podían llevar caminando, a la

vez por esta distancia se contó con casos de pacientes que asistieron a su consulta una vez al mes, que interrumpió el desarrollo continuo del tratamiento por lo que la recuperación fue más lenta.

Formas de atención en salud

En el municipio funciona el centro de Atención Permanente (CAP), ubicado en el área urbana del municipio, 45 puestos de salud y 115 comadronas adiestradas para la atención del parto en el área rural. Entre los lugares de referencia en la cabecera departamental se encuentra el hospital nacional de Salamá Baja Verapaz en 1a Calle 1-01, zona 4 Salamá Baja Verapaz (Blog Monografía de Cubulco, 2011) .

Entre Otras Instituciones que brindan apoyo a la población para tener una mejor calidad de vida encontramos: “Proyecto Nuevo Amanecer, El SIAS (Sistema Integral de Asociación en Salud), Hospital Señorita Elena, CAPEDI, Plan internacional, Comadronas, Oficina Municipal de Planificación (OMP), La Delegación Departamental de la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN)” (Blog Monografía de Cubulco, 2011) .

AIDEPCE funciona con el apoyo de otras instituciones entre las que se encuentra centro MOORE que brinda evaluaciones, atención y cirugías de dislocación de cadera y tenotomía, alojamiento durante el periodo pre y post operatorio en alianza con casa McDonald. El Hospital Roosevelt para realizar cirugías de espina bífida. La asociación CHILDRENS y Asociación Lilián Fonds contribuye con donaciones de sillas de ruedas y verticalizadores a pacientes que lo requieran. Se cuenta con un ortopedista para tomar la medida de aparatos atrésicos para beneficiarios que lo necesitan (AIDEPCE, 2012).

Utilización de medicina natural. En la medicina tradicional, la población está acostumbrada a utilizar medicina natural, como parte de su cosmovisión, herencia ancestral y por la facilidad con la que pueden encontrarlas en su medio. Entre las plantas que utilizan con mayor frecuencia encontramos: Manzanilla, apazote, sábila, anís, pericón, ruda, limón, altamisa, hoja santa, ciprés, sábila y otras.

El Fisioterapeuta frente al contexto sociocultural de su trabajo y servicios informales de Salud.

El fisioterapeuta que desempeña sus funciones en el centro AIDEPCE del municipio de Cubulco, se encuentra ante un contexto sociocultural que presenta un alto índice de personas con discapacidad, mismas que requieren de un tratamiento de fisioterapia. La población veía con indiferencia y normalidad estas alteraciones del desarrollo que los niños padecían, como consecuencia de que estaba desinformada sobre las diferentes discapacidades como parálisis cerebral, pie equino varo, retraso psicomotor y pie plano, que afectan a la niñez; por lo tanto, no busca la ayuda necesaria para lograr una atención a temprana edad y así disminuir los problemas posteriores que estas alteraciones representan.

En una misma familia se encontró a más de un integrante con discapacidad, lo cual veían con naturalidad porque era un problema presente en más de uno de sus hijos, en algunos casos extremos, decidían no sacarlos de casa y menos aún llevarlos a un centro asistencial.

Dentro de la población que asistía al centro de terapia, no continuaban con el tratamiento en casa según el plan educacional recibido, quedándose el paciente, únicamente con lo trabajado en la sesión.

Entre otras realidades encontradas con mayor frecuencia en la población, se encontró la distancia que se debía recorrer para llegar al centro de atención AIDEPCE, asistiendo a terapia una o dos veces al mes, los recursos económicos que impidieron a pacientes llegar a su tratamiento.

En este contexto, el fisioterapeuta encontró la asociación de AIDEPCE con una visión y misión bien definida, equipo necesario, apoyo económico para traslado de pacientes y trabajo de planes educacionales, guías, trifoliales, estimulación temprana, tratamientos individualizados y actividades específicas que cada niño necesitaba, principalmente para su rehabilitación integral y mejora de la calidad de vida. Enfocado en la atención a la población menor de edad, en el rango de 0-18 años.

Diagnóstico Institucional

Creación

Esta entidad inició con el nombre de CAPEDI, en el año 1999 en el municipio de Cubulco Departamento de Baja Verapaz, promovido por un grupo de personas voluntarias y padres de familias de personas con discapacidad con proyección social y con el afán de ayudar a la población con discapacidad para mejorar su calidad de vida y su inclusión en el ámbito familiar, escolar, laboral y social, divulgando, promoviendo y colaborando en el cumplimiento de sus derechos sociales, económicos y culturales (AIDEPCE, 2012).

En el 2007 en búsqueda de fortalecerse como una organización posicionada y reconocida en la sociedad que vela por el cumplimiento de los derechos de las personas con discapacidad con énfasis en la niñez y adolescencia, se constituyó en una Asociación civil, no lucrativa

denominándose Asociación Integral de Desarrollo Para Personas con Capacidades Especiales, con sus siglas “AIDEPCE” lo que permitió iniciar a ejecutar proyectos de desarrollo con financiamiento de cooperación internacional (AIDEPCE, 2012).

A lo largo de sus diez años de constitución y funcionamiento, AIDEPCE ha venido emprendiendo acciones para la rehabilitación, inclusión y formación de las personas con discapacidad, actualmente con cobertura en los departamentos de Baja y Alta Verapaz, empoderando a las personas con discapacidad indígenas y no indígenas y sus familias para el cumplimiento de sus derechos, conformación de grupos de autoayuda, rehabilitando y habilitando a las personas con discapacidad a través del acompañamiento médico para las intervenciones quirúrgicas, tratamientos médicos, donaciones de aparatos ortopédicos, órtesis, prótesis, sillas de ruedas ortopédicas, verticalizadores, aparatos auditivos, andadores, lentes, bastones y otros, prestación de los servicios de terapia física, hidroterapia, terapia psicológica y terapia de lenguaje, promoviendo la inclusión de los niños y niñas con discapacidad en sistema de educación nacional (AIDEPCE, 2012).

En las escuelas de educación regular de sus comunidades a través del acompañamiento, asesoría al docente y al estudiante con discapacidad, talleres de concientización dirigido a los estudiantes y docentes en general de las escuelas de cobertura, impartición de talleres y diplomados en educación inclusiva y lenguaje de señas dirigido a docentes de las escuelas de educación regular y especial, formación para la vida diaria de las personas adultas con discapacidad a través de talleres de capacitación en la elaboración de productos comercializables como jabones, velas aromáticas, galletas, dulces, chocolates y bolsas reciclables, talleres de capacitación dirigidas a comadronas certificadas en temas de discapacidad para la identificación

y atención temprana, fortalecimiento y estructuración de organizaciones de y para personas con discapacidad, incidencia en las instancias gubernamentales (AIDEPCE, 2012).

Dentro de sus experiencias AIDEPCE cuenta con la participación en la formulación y socialización de la iniciativa 5121, Ley marco de atención de las personas con discapacidad que actualmente se encuentra en procesos de aprobación en el Congreso de la República, de igual forma la participación en la mesa técnica de socialización de la iniciativa para su dictamen favorable por los Ministerios de Gobierno, dicha iniciativa de ley es armonizada con la convención de los derechos de las personas con discapacidad, ratificado por el estado de Guatemala en el 2,008 (AIDEPCE, 2012).

AIDEPCE ha sido una de las organizaciones impulsoras en la formación de la Red Nacional para las Personas con Discapacidad de Guatemala, Sociedad Civil, con su siglas RENADISGUA, que tiene como objetivo promover acciones de incidencia política para garantizar el cumplimiento de los instrumentos jurídicos a favor de las personas con discapacidad y su familia, fortalecer el sector de personas con discapacidad y sus organizaciones por medio de la unificación de diversas acciones que promuevan su inclusión social y su desarrollo integral, el cual como RED les ha permitido iniciar a ejecutar proyectos en consorcio con cobertura en los departamentos de Guatemala, con el apoyo del fondo de los Estados Unidos de América, sobre derechos humanos y democracia, participación cívica, logrando una mayor incidencia política a nivel nacional (AIDEPCE, 2012).

Actualmente AIDEPCE participa en la RED Niño y Niña siendo un espacio de participación de la niñez, adolescencia y juventud, permitido la inclusión y participación de los jóvenes con discapacidad en los movimientos sociales y su formación en tema de derechos

humanos. AIDEPCE sigue siendo única organización en el departamento de Baja Verapaz, que aborda la discapacidad en toda su clasificación para su rehabilitación e inclusión de los diferentes sectores de la sociedad, velando y promoviendo el cumplimiento de sus derechos, impulsado acciones de incidencia, aplicando la estrategia de la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) (AIDEPCE, 2012).

El crecimiento de la Asociación y ampliación de su cobertura se debe a la capacidad instalada, nivel profesional, técnico, administrativo, contando con herramientas de planificación, evaluación de impacto de las acciones y de rendición cuentas tanto técnico y financiero, contando con una estructura organizativa y estable. AIDEPCE se encuentra ubicada en el Barrio San Miguel 2-32 zona 2 Cubulco, Departamento de, Baja Verapaz (AIDEPCE, 2012).

Filosofía

Misión

AIDEPCE, es una Asociación comprometida con el reconocimiento, respeto y cumplimiento de los derechos de las personas con discapacidad, impulsando acciones para la rehabilitación e inclusión en los diferentes ámbitos sociales, en especial a la niñez y la adolescencia, a través del acompañamiento, formación y la incidencia, en promoción de una sociedad inclusiva, con igualdad de derechos y oportunidades en Guatemala a través de sus diferentes ejes de acción que incluye a la persona, la familia y la sociedad.

Visión

La población con discapacidad y su familia empoderada y con participación en el desarrollo económico, social, cultural y político de la sociedad guatemalteca.

Programas que Brinda AIDEPCE

Para el cumplimiento de sus objetivos en favor de las personas con discapacidad AIDEPCE, ejecuta sus acciones en programas o ejes estratégicos enfocados a la rehabilitación en inclusión de las personas con discapacidad y su familia (AIDEPCE, Manual de Políticas, 2018).

Programas de Educación

Su propósito es lograr la inclusión educativa de la población con discapacidad, facilitando los servicios acompañamiento, asesoría, capacitación, a padres de familias, jóvenes, estudiantes y docentes relacionados a la educación especial e inclusiva, para ello realiza acciones de apoyo y monitoreo a los beneficiarios y de las instancias oficiales de educación, coordinando servicios con otras organizaciones afines en la atención de esta población, el cual estará a cargo de un personal técnico, con experiencia en esta materia. (AIDEPCE, Manual de Políticas, 2018)

Programa de Rehabilitación

Su propósito es la promoción y rehabilitación integral, física y mental de las personas con discapacidad, para ello realiza acciones de asistencia y acompañamiento en la atención médica en hospitales especializados, promoviendo jornadas médicas enfocadas a la rehabilitación en coordinación con instancias privadas y oficiales (AIDEPCE, Manual de Políticas, 2018).

Área de Fisioterapia

El área de fisioterapia es una rama del programa de rehabilitación, su propósito es rehabilitar a las personas con discapacidad física, mejorando sus condiciones de vida para su inclusión familiar y social, a través de la terapia física, el cual estará a cargo de un o una

estudiante con pensum cerrado en procesos de estudio técnico supervisado ETPS (práctica) de la escuela de fisioterapia. “Dr. Miguel Ángel Aguilera Pérez” De la ciudad capital, quien permanecerá durante los cuatro primeros meses de cada año, extendiendo su permanencia el resto del año a través de un contrato laboral (AIDEPCE, Manual de Políticas, 2018).

Programa de Microemprendimiento

Su propósito es el desarrollo de habilidades de la población con discapacidad a través de talleres de capacitación de elaboración de productos de usos básicos y consumo comercializables, cuyo objetivo es la formación para la vida diaria, promoviendo su independencia económica (AIDEPCE, Manual de Políticas, 2018).

Población Atendida

AIDEPCE es una Asociación civil, no lucrativa con personería jurídica de y para personas con discapacidad constituida legalmente en el 2,007, sus acciones van enfocadas a la rehabilitación, habilitación e integración de las personas con discapacidad con énfasis en la niñez, adolescencia y juventud, en los diferentes ámbitos sociales, a través de programas, proyectos y alianzas interinstitucionales: Niños y niñas de 0 a 10 años, Adolescentes 11 a 17 años, Jóvenes de 18 a 25 años, Padres y madres de familia, Maestros y maestras de educación primaria y preprimaria. Entidades privadas y gubernamentales. (AIDEPCE, 2012).

10 primeros diagnósticos consultantes

Retraso global del desarrollo, parálisis cerebral, pie equino varo, pie plano, fracturas, hidrocefalia, microcefalia, Síndrome de Down, secuelas espina bífida y retraso psicomotor.

Objetivos Del Programa de Atención

Educar a padres de familia del municipio de Cubulco Baja Verapaz, sobre la importancia de acudir a la atención fisioterapéutica, para mejorar el desarrollo y calidad de vida en la población infantil.

Reconocer las necesidades de cada usuario que asiste al centro AIDEPCE para brindarles la atención necesaria en armonía con el equipo multidisciplinario.

Brindar atención de calidad, personalizada para cada diagnóstico, cumpliendo objetivos determinados según sus necesidades.

Monitorear el seguimiento de la atención brindada al usuario a través de visitas domiciliarias que permitan reorientar el proceso según sea necesario.

Metodología

Durante el Ejercicio Técnico Profesional Supervisado realizado en AIDEPCE “Asociación Integral de Desarrollo para Personas con discapacidad” del 3 de febrero al 15 de marzo del 2020, se atendió a la población con diferentes tipos de discapacidad, de lunes a viernes en horario de 8:00 a 17:00 horas.

El tratamiento específico al paciente se brindó de lunes a jueves en la clínica, dedicando una hora de tiempo para cada uno; según la evaluación, diagnóstico y tratamiento asistió una vez a la semana, cada 15 días o una vez al mes. El viernes estuvo establecido para realizar visitas domiciliarias al beneficiario para darle seguimiento en su hogar, reforzar el plan educacional y verificar tratamiento con sus padres o encargados. Las sesiones de hidroterapia fueron

desarrolladas a pacientes con disminución de fuerza muscular, equilibrio, coordinación u otros diagnósticos que lo requirieron, se trabajaron el último miércoles del mes.

Una parte importante del tratamiento fue la participación de los padres o encargados del niño, acompañándolo durante la terapia, fortaleciendo de esta manera, un ambiente de confianza y seguridad juntamente con la fisioterapeuta.

Los servicios proporcionados en AIDEPCE fueron gratuitos a los niños comprendidos entre las edades de 0 a 18 años; sin embargo, la atención a los adultos además de tener un costo significativo (colaboración) se limitó a horarios disponibles, que no afectaron las citas de los niños.

En las diferentes metodologías utilizadas en La clínica de AIDEPCE, favoreció que se contó con equipo necesario para tratar al niño y al adulto, tales como: camilla, colchonetas, TENS, verticalizadores, balones terapéuticos, balancines, rampa, gradas móviles, barras paralelas, bandas elásticas, piscina de pelotas, pesas de diferentes pesos, materiales para trabajar propiocepción, entre otros.

Desde el primer día de atención a los pacientes, se observó que había varios niños con retraso global del desarrollo. Realizadas las evaluaciones se identificó que algunos de estos niños, presentaban retraso psicomotor, por lo que se procedió al llenado de fichas que permitieron obtener información de las causas principales que provocaron esta deficiencia en su desarrollo y de esta manera, se establecieron los respectivos protocolos de tratamiento. Se llevó el seguimiento del caso de este diagnóstico en un niño, para demostrar los resultados al final del ETPS.

El récord de asistencia y tratamiento del paciente se registró por medio de las hojas de asistencia y fichas en donde quedó evidencia de los avances en comparación con los resultados anteriores. En el seguimiento del caso de retraso psicomotor, se trató con ejercicios de neurodesarrollo, equilibrio, coordinación, estimulación sensorial utilizando diferentes objetos que facilitaron su respuesta a los diferentes estímulos.

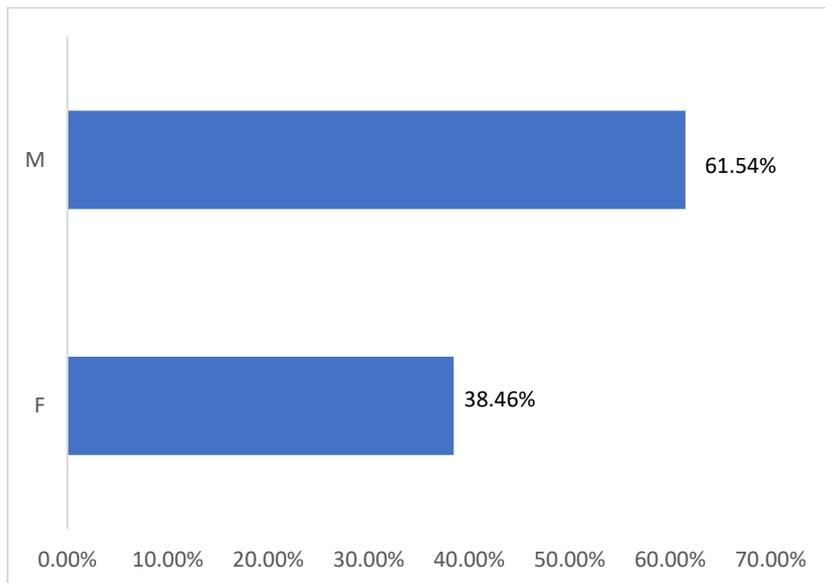
Diseño de documentación

El centro de AIDEPCE de Cubulco del Departamento Baja Verapaz, cuenta con documentos para el registro y control de los diferentes procesos, entre los cuales se utilizaron: hojas de control para asistencia, visitas domiciliarias y sesiones de hidroterapia; fichas para la evaluación de fuerza muscular, amplitud de movimientos, sensibilidad, neurodesarrollo y otras hojas dependiendo el diagnóstico que presentó el paciente; hojas de evolución para registrar los avances en el tratamiento. Estos documentos conformaron el expediente de cada paciente, mismo que estaba resguardado en un archivo específico, responsablemente resguardado y disponible al momento de necesitar consultarlo.

Estadísticas del programa de atención

Resultados

Se presentan los resultados obtenidos durante la atención fisioterapéutica de ETPS en la clínica de AIDEPCE, Cubulco Baja Verapaz período comprendido del 03 de febrero al 13 de marzo del año 2,020.

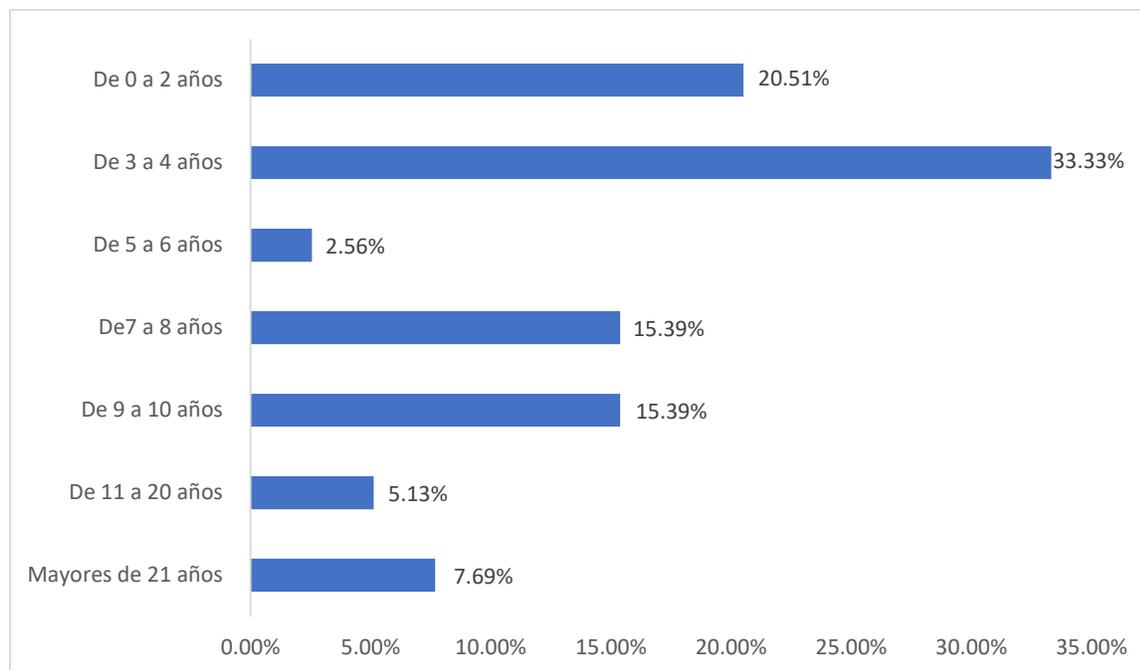
Gráfica 1*Distribución de pacientes atendidos*

Fuente: Datos obtenidos en la ficha de asistencia de la clínica de AIDEPCE del municipio de Cubulco del departamento de Baja Verapaz.

Análisis: La gráfica No.1 Representa el porcentaje de mayor asistencia al área de fisioterapia el cual fue por parte del sexo masculino con 24 usuarios siendo el 61.54% y el sexo femenino con 15 usuarios y el 38.46 %.

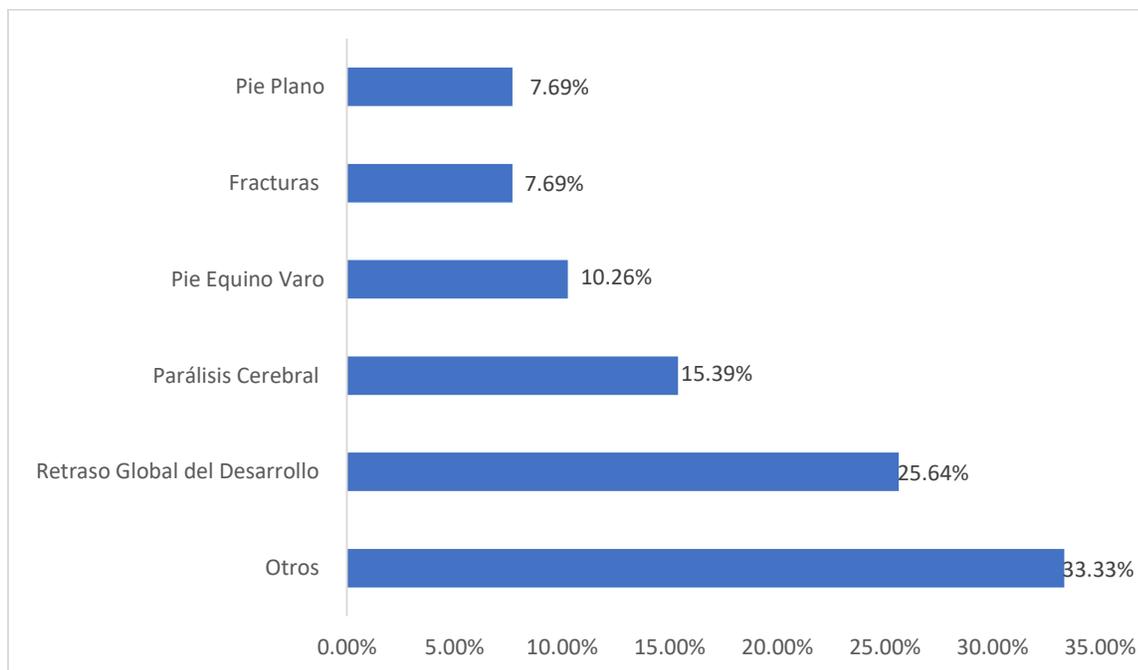
Gráfica 2

Edades de Pacientes que asistieron a terapia



Fuente: Datos obtenidos en la ficha de asistencia de la clínica de AIDEPCE del municipio de Cubulco del departamento de Baja Verapaz.

Análisis: La gráfica No.2 representa el rango de edad de las personas que asistieron a la clínica de AIDEPCE siendo el mayor porcentaje el rango de 3 a 4 años con el 33,33 % y las edades menos frecuentes se establecieron en los rangos de 5 a 6 años con el 2.56 %. La mayoría de los beneficiarios se encontraban en las edades de 3 a 4 años debido que la clínica de AIDEPCE dirige su atención a niños y adolescentes menores de 18 años; únicamente si se cuenta con horarios disponibles se brinda atención fisioterapéutica a personas fuera de este rango de edad.

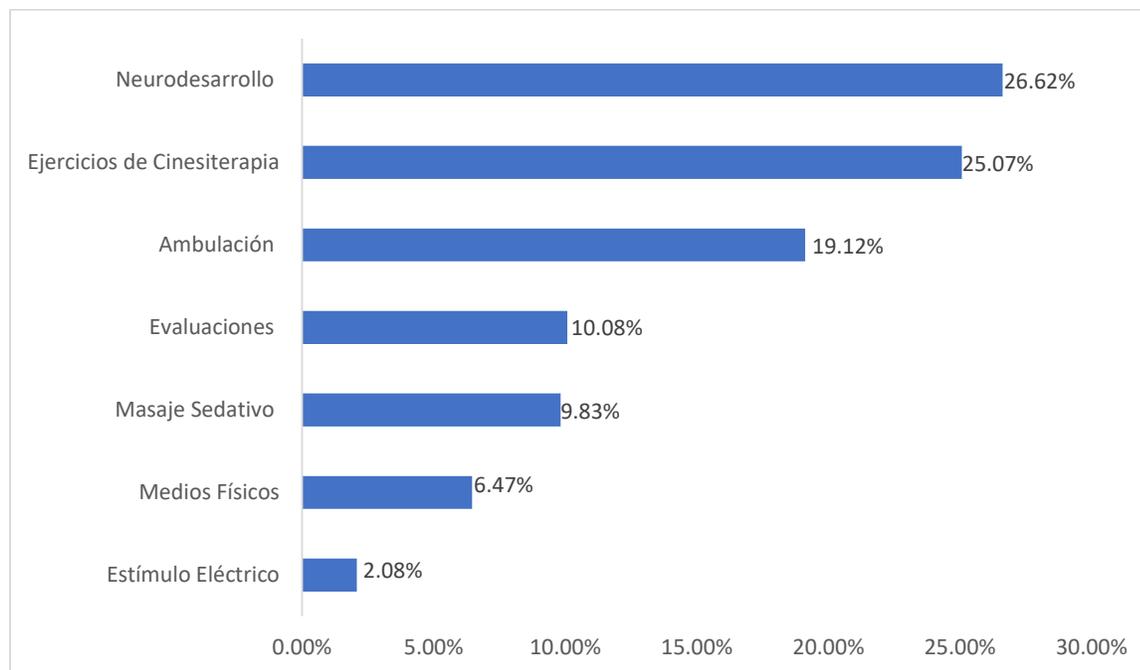
Gráfica 3*Diagnósticos más consultantes*

Fuente: Datos obtenidos en la ficha de asistencia de la clínica de AIDEPCE del municipio de Cubulco del departamento de Baja Verapaz.

Análisis: La Gráfica No. 3 representa los diagnósticos más consultantes durante el período de atención fisioterapéutica, siendo el más frecuente los diversos diagnósticos, agrupados en “otros” por la diversidad de estos en una sola categoría con un 33,33 %, seguido del retraso psicomotor con un 25,64 %, los menos frecuentes representaron el 7,69 % siendo éstos: pie plano y fracturas.

Gráfica 4

Total, de tratamientos brindados



Fuente: Datos obtenidos en la ficha de asistencia de la clínica de AIDEPCE del municipio de Cubulco del departamento de Baja Verapaz.

Análisis: La gráfica No. 4 representa la totalidad de tratamientos brindados. Durante el tiempo comprendido de febrero a marzo del año 2020 se contó un total 387 tratamientos trabajados, lo cual representó el 100 % distribuidos de la siguiente manera: 26 % para técnicas de neurodesarrollo, 25.07 % para ejercicios de cinesiterapia, 19.2% para ambulación, 10.08 % para evaluaciones, 9.8 3 % para masajes sedativos, 6.47 % para medios físicos y 2.08% para estímulo eléctrico.

Capítulo II

Programa de Investigación

Justificación

El ETPS se desarrolló en la clínica de AIDEPCE del municipio de Cubulco, departamento de Baja Verapaz atendiendo a la población del 03 de febrero al 13 de marzo del año 2,020 como parte del pensum de la carrera de Técnico en Fisioterapia, de la Escuela de Fisioterapia; durante este proceso se encontró que entre los habitantes existe un alto índice de personas con diferentes tipos de discapacidad, entre las que sobresale el retraso psicomotor.

Se determinó que entre las causas que provocan el retraso psicomotor en los niños de 0 menores de 2 años, está el desconocimiento de los padres para observar rasgos anormales en el desarrollo físico, motor, de lenguaje e intelectual de sus hijos, por consiguiente, no buscaron ayuda necesaria e inmediata para contrarrestar los efectos negativos de esta alteración.

Siendo necesario mejorar la calidad de vida y lograr cumplir las diferentes conductas y habilidades motoras funcionales del niño con retraso en esta área imprescindible del desarrollo, se trabajó técnicas de neurodesarrollo, planes educacionales, guías para manejo en casa, guías de signo de alerta, adaptadas a usuarios que presentaban enlentecimiento en la adquisición de sus habilidades motoras, de lenguaje y psíquicas. Favoreciendo así un abordaje oportuno y personalizado adaptado a cada niño para ser abordado en la clínica y en casa.

Objetivos

General

Emplear métodos fisioterapéuticos dirigidos a niños de AIDEPCE, municipio de Cubulco Baja Verapaz que presentan retraso psicomotor, para continuar con el proceso de rehabilitación desde casa con la activa participación de padres de familia.

Específicos

Informar a padres de familia acerca de los signos de alerta característicos del retraso psicomotor en niños.

Realizar planes educacionales personalizados para el seguimiento en casa.

Enseñar a los padres de familia, cuidadores y personas que tengan el primer contacto con los niños, el correcto manejo de pacientes con retraso psicomotor.

Brindar herramientas útiles a padres de familia que les faciliten la identificación de alteraciones en el desarrollo psicomotor.

Marco Teórico

Desarrollo Psicomotor Normal del Niño

El desarrollo motor es reconocido como uno de los principales determinantes de la maduración del sistema nervioso central. Conforme el niño va creciendo desarrolla y adquiere diferentes conductas, habilidades motoras funcionales y voluntarias, así como una serie de destrezas secuenciales y coordinadas que requieren el correcto funcionamiento de todo el cuerpo de forma continua, secuencial y progresiva según las etapas de ejecución. La madurez fisiológica del sistema nervioso central juega un papel determinante para que cada niño logre cumplir los diferentes cambios a lo largo de su desarrollo (Cabezuelo & Frontera , 2012).

En él bebe los procesos de crecimiento, desarrollo, maduración y aprendizaje van unidos. El desarrollo son cambios que el ser humano vive desde su concepción, nacimiento y durante toda su existencia. El movimiento físico es uno de los mecanismos de la naturaleza para fomentar el desarrollo del cuerpo durante los primeros años de vida. Por medio del movimiento del cuerpo se establece conexiones neurológicas que va permitiendo que el niño desarrolle y ejercite las destrezas motoras (Iturrondo, 1994).

La palabra desarrollo se refiere sobre todo a la maduración de los órganos y los aparatos que forman el cuerpo humano, que se van organizando, diferenciando y perfeccionando a medida que se aumentan de tamaño, se habla de una progresión constante del niño que cada vez y conforme se va desarrollando y avanzando en su edad se logran más habilidades que le ayudan a adquirir movimientos y duración del sistema muscular (Gloria Cabezuelo).

Desde el momento en el que el niño nace su vida está relacionada al llanto y a los reflejos primitivos como parte de su sobrevivencia, que van evolucionando hasta convertirse en cambios constantes que le permiten ir adquiriendo diferentes habilidades de hitos físicos y psíquicos para lograr así un desarrollo psicomotor normal (Justo Martinez, 2014).

El desarrollo psicomotor como un proceso que abarca dos aspectos que presentan influencia recíproca, como menciona Cabezuelo & Frontera (2012):

-El desarrollo motor, de las habilidades ligadas al sistema formado sobre todo por huesos y músculos, capas de efectuar movimientos cada vez más complejos y precisos. La actividad muscular esta siempre ordenada y coordinada por el sistema nervioso (cerebro, medula espinal y nervios periféricos).

-El desarrollo psíquico y afectivo ligado sobre todo a la actividad cerebral, de la que dependen funciones como el lenguaje, las manifestaciones afectivas y la relación social. Aunque su base es orgánica, tiene una interacción constante con el medio ambiente inmediato. Lo condiciona y estimula sobre todo el clima de afecto y los cuidados continuos de los padres, su amor, en definitiva (P.15-16).

El desarrollo psicomotor en el niño debe ser entendido como un proceso que evoluciona día a día que *“refleja el desarrollo estructural, anatómico y funcional del SN desde el momento de la concepción, este proceso está determinando genéticamente sobre el cual actúan factores biológicos y ambientales, cuya interacción va a determinar el adecuado desarrollo neurológico”* (Leal Quevedo, 2002, p. 424). Este desarrollo que presentan los niños debe seguir un progreso ordenado en la que cada una de las etapas antecede y es un requisito de la siguiente, además cada

fase debe ocurrir en un período cronológico determinado que en ocasiones presenta variaciones individuales pero que deben presentarse dentro de ciertos estándares de normalidad.

En el desarrollo psicomotor se permite de manera más adecuada diversos aspectos en los que cabe destacar “*el esquema corporal, la lateralización, la coordinación dinámica, el equilibrio, la ejecución motriz, la disociación motriz, el control tónico postural, la coordinación visomotora, la orientación y la estructuración y el control espacial*” (Perez Cameselle, 2005, p.3).

El desarrollo psicomotor desencadena diferentes acontecimientos lo largo del desarrollo del niño desde como sentarse, manipular objetos gaterar, caminar que con el tiempo resultan obvios y peculiares, pero fundamentales para facilitar la evolución perceptiva, cognitiva y motora. Es importante que inicialmente se desarrolle la conducta refleja pero conforme va avanzando la edad del niño, estas conductas primitivas se integren y puedan desarrollar los movimientos motores voluntariamente y controlados (Field, 2014, p.47-48).

Características del Desarrollo Psicomotor

El desarrollo de las diferentes capacidades psicomotoras sigue una progresión de ciertas características y principios generales. El desarrollo psicomotor no lo podemos considerar como algo que simplemente le va aconteciendo al niño si no como conductas que el niño va a ir produciendo a través de su deseo de actuar en el entorno y de ser cada vez más competente e independiente. Como característica principal el fin del desarrollo psicomotor es conseguir el dominio y control del propio cuerpo, hasta conseguir del mismo todas sus posibilidades de acción (Gil Madrona, 2015).

Dentro de las características del desarrollo psicomotor Hurlock (1976, como se citó en Gil Madrona, 2015) resume las 5 siguientes:

1. El desarrollo depende de la maduración y el aprendizaje. El desarrollo psicomotor requiere, en principio, la maduración de las estructuras neurales, los huesos, los músculos y los cambios de las posiciones corporales. Es en ese momento cuando entra en juego el factor entrenamiento la práctica, para que el niño aprenda a usar los músculos de una forma coordinada y consiga el dominio de las habilidades.
2. El aprendizaje solo es eficaz cuando la maduración ha establecido su fundamento. Si el sistema nervioso y muscular no ha conseguido su nivel idóneo de maduración, no es posible enseñar eficazmente al niño la coordinación de movimientos.
3. EL desarrollo motor se realiza de acuerdo con unas direcciones o principios: cefalocaudal, próximo-distal, general-especifico y flexores- extensores.
4. El desarrollo se produce de acuerdo con unas fases predecibles. De acuerdo con los pasos o fases que detallan diversos autores.
5. En el desarrollo psicomotor hay diferencias individuales. Las normas del desarrollo indican solo las edades medias en las que aparece cada habilidad. Pero hay niños que adquieren las habilidades por encima o debajo de esas edades (p.16-18).

Dentro de las características de desarrollo podemos identificar rango de edades en las cuales se van cumpliendo cada una de ellas, como menciona (Córdoba Navas, 2018):

Ejercicio de los reflejos (0-1 mes).

Desarrollo de esquemas (1-4 meses).

Descubrimiento de procedimientos (4-8 meses).

Conducta intencional (8-12 meses).

Descubrimientos de nuevos medios a través de la exploración activa (12-18 meses).

Representación mental (18-24 meses).

Hitos del Desarrollo psicomotor en el Niño

Tabla 1

Desarrollo Normal, principales hitos de desarrollo

Edad	Características
Recién Nacido	Tono muscular y postura flexora, reflejos arcaicos presentes y simétricos, levanta la mejilla en posición prona.
1 mes	Fija la mirada y a sigue a 90°, responde al sonido, se sobresalta, vocaliza en suspensión ventral, y mantienen la cabeza a nivel del tronco.
2 meses	Sonríe en respuesta, vocaliza, levanta la cabeza por varios segundos en posición prona, mantiene las manos empuñadas gran parte del tiempo, se sobresalta con sonidos fuertes.
3 meses	Abre sus manos y las observa con atención, mantiene levantada la cabeza en prono, sigue objetos en el plano vertical y horizontal, observa los rostros, sostiene por segundos un objeto puesto en su mano, incorpora el sonido de consonante “G” (agú).
4 meses	Se ríe fuerte a carcajadas, mantiene la cabeza firme al mantenerlo sentado, alcanza un objeto, lo agarra con la palma de la mano y lo lleva a la boca, gira la cabeza en busca del sonido, se sonríe espontáneamente.
5-6 meses	En supino levanta la cabeza e intenta sentarse, mueve los objetos, los agarra y transfiere de una mano a la otra, balbucea, localiza el origen del sonido, se sienta con apoyo y mantiene el tronco firme.
7-8 meses	Se mantiene sentado solo apoyando sus manos adelante (trípode), apoya su peso en los pies y flexiona sus piernas con energía, golpea fuertemente objetos contra la mesa, los

	lleva a la boca, se gira de supino a prono e intenta gatear, dice disílabos (da-da, ba-ba), estira los brazos para ser cargado.
9-10 meses	Se sienta solo por largo rato sin apoyo, se pone de pie apoyado en muebles, dice adiós con la mano, aplaude, desconoce a extraños, dice papá o mamá, busca objeto caído.
11-12 meses	Camina con apoyo, usa pinza digital (índice pulgar), dice 3-4 palabras con significado, gatea bien, ayuda al vestirse, comprende órdenes simples
13-15 meses	Camina sin apoyo, se agacha en cuclillas, dice varias palabras, hace rayas con un lápiz, apunta con el índice para pedir lo que quiere.
18 meses	Sube las escaleras gateando con ayuda, se sube a una silla, ayuda a desvestirse, comienza a comer solo, hace torre de 4 cubos, tira una pelota, señala 3 partes de su cuerpo, pide cosas por el nombre, dice varias palabras en forma incorrecta.
24 meses	Sube y baja escaleras solo (ambos pies en un peldaño), corre e intenta saltar con los dos pies juntos, se comunica diciendo dos o tres palabras formando frases simples, hace torre de 6 cubos, pateo una pelota, dice su nombre

Nota: En esta tabla se describen los diferentes hitos del desarrollo psicomotor normal del niño, (Ojeda del Valle, 2014, 46).

Retraso Psicomotor

El retraso psicomotor no es una enfermedad o trastorno en sí mismo, este es una manifestación clínica de diferentes patologías que afectaran al SNC que se evidencian en las diferentes áreas, por lo tanto, el retraso psicomotor se refiere a la adquisición lenta o anormal de las habilidades que van a corresponder a la edad cronológica del niño, considerando que encontraremos variaciones normales dentro de un margen que se debe tener presente en todas las características de cada niño, (Mayoralas Mayoralas , Fernandez, & Callejas Pérez , 2015).

El desarrollo psicomotor puede presentar variaciones o alteraciones diversas. Siendo el retraso psicomotor un ejemplo de este tipo de alteraciones. Es definido por Narbona y Schluberger (como se citó en Vericat, 2012) como *“un diagnostico provicional, en donde los*

logros del desarrollo de un determinado niño durante sus primeros tres años de vida aparece con una secuencia lenta para su edad y/o cualitativamente alterada”, este término se suele mantener hasta que se logre establecer un diagnóstico definitivo a través de pruebas formales; en algunos países se le denomina retraso del desarrollo.

El retraso psicomotor es reconocido como una demora o lentitud en la secuencia normal de adquisiciones de los hitos del desarrollo, por lo tanto estos llegan a cumplirse en el orden esperado, solo que en forma más lenta. Por lo general los problemas del desarrollo se presentan entre los 6 meses y 2 años, con dificultades como falta de control de la cabeza, al rodar, sentarse, permanecer de pie, caminar, problemas en el equilibrio, marchas anormales, asimetría en cuanto al uso de las manos, movimientos involuntarios entre otros (La Luna , 2017).

Causas Principales del Retraso Psicomotor

Causas Adquiridas

- a) Asfixia (insuficiencia de oxígeno antes o durante e nacimiento).
- b) Hemorragia cerebral
- c) Infecciones: meningitis o encefalitis (los órganos pueden incluir virus, bacterias o paracitos).
- d) Traumáticas: lesión de la cabeza, síndrome del bebé sacudido, asfixia
- e) Trastornos metabólicos no genéticos: hipoglicemia, daño cerebral debido a ictericia.
- f) Hemorragia interventricular, como la que se observa en bebés muy prematuros.
- g) Nacimiento prematuro.

- h) Desnutrición crónica
- i) Factores ambientales o toxinas: intoxicación por plomo, exposición a metal mercurio.

Causas genéticas

En este caso se hace referencia a trastornos innatos, que conllevan una lentitud en la maduración y provocan retrasos en la psicomotricidad (Univercidad Autónoma de Barcelona, 2009).

- a) Síndrome de rubéola congénita.
- b) Toxoplasmosis congénita
- c) Anomalías cromosómicas numéricas: trisomía 13, trisomía 18, trisomía 21 síndromes de Down.
- d) Anomalías de los cromosomas: síndrome del cromosoma X frágil, síndrome de Prader Willi, Síndrome de Angelman.
- e) Síndrome de alcoholismo fetal.
- f) Trastornos metabólicos genéticos
- g) Cardiopatías congénitas o trastornos neurológicos.

Causas por falta de estímulo

Acompañan y favorecen el desarrollo y maduración mental que sustenta las adquisiciones psicomotrices.

- a) Pérdida del vínculo emocional entre los padres y el niño
- b) Problemas con la relación entre el niño y la persona que lo cuida

- c) Malos hábitos alimenticios
- d) Pobreza

Signos de Alarma del Retraso Psicomotor

El desarrollo psicomotor se va adquiriendo a medida que se desarrollan las diferentes habilidades motoras que suponen una solución a un objetivo del individuo mediante un aprendizaje motor, que va provocando cambios relativamente permanentes en el comportamiento gracias a la neuro plasticidad. Existen diversos signos de alarma que nos permiten identificar un déficit en el desarrollo del niño entre los cuales tenemos; persistencia de reflejos arcaicos, hipotonía o hipertonía, reflejos musculares anormales, temblores, convulsiones, clonus, hipocinesia, postura anómala con asimetrías, marcha en puntillas, atáxica o hemiparesia, problemas en el lenguaje, trastornos comportamentales hiperactividad, negatividad o irritabilidad, trastornos del sueño, estrabismo, nistagmo o desviación de la mirada, retraso de varios meses en cuanto a los hitos del desarrollo según la edad cronológica (Victor, 2015).

Tabla 2

Desarrollo psicomotor Atípico

Edad	Características
2 meses	Irritabilidad permanente, sobresalto exagerado ante cualquier sonido inesperado, pulgar aducido (el niño tiene el puño con el pulgar entre los cuatro dedos y la palma de la mano. Más valor si es unilateral).
4 meses	Asimetría de actividad en las manos. Al valorar la manipulación, área motora fina, debemos comprobar que utiliza ambas manos.
6 meses	Persistencia del reflejo de Moro (que se pierde habitualmente a los tres o cuatro meses), persistencia de la mirada a la mano.

8 meses	Patrón de conducta repetitiva más del 50% del tiempo que pasa despierto (golpearse la cara o agitar las manos, movimientos de afirmación o negación cefálicos).
9 meses	Ausencia de desplazamiento autónomo más de dos metros (ya sea gateando, arrastrándose, volteándose, sentado o, de cualquier forma).
12 meses	Persistencia de llevarse todo a la boca, persistencia del babeo.
18 meses	Hiperactividad sin objeto (pasar constantemente de una actividad a otra, ser incapaz de mantener la atención o prestar interés por algo), persistencia de arrojar todo al suelo.
24 meses	Estereotipias verbales o manuales (repetir constantemente los mismos sonidos o palabras), incapacidad de hacer juego simbólico (acunar o dar de comer a un muñeco, jugar a llamar por teléfono, jugar a indios y vaqueros).

Nota: Los hitos atípicos nos ayudan a identificar cuando hay un retraso en el desarrollo del niño.

(Pizón, 2011)

Como Detectar el retraso psicomotor en el niño

La detección de un problema de desarrollo debe ser precoz. Como primera instancia tendremos a los padres, personal de guardería, al pediatra, las personas más cercanas encargadas del cuidado del niño. Dentro de la detección se pueden plantear tres opciones: Normalidad o probable retraso madurativo; posibilidad de hipo-estimulación. Retraso Psicomotor patológico, que puede ser global o de áreas concretas; motor, cognitivo, social o aislado del lenguaje.

Dudoso; en ocasiones solo la evolución en sucesivas consultas permite aclarar la cuestión (López Pizón & Moge Galindo , 2011).

Dentro del diagnóstico se tendrá la historia clínica, que nos presentará datos desde los antecedentes familiares, antecedentes obstétricos y perinatales, valoración del desarrollo psicomotor, examen físico, contacto social y el comportamiento del niño. Después del análisis de

estos datos se orienta hacia exámenes complementarios si así sea necesario. Cada una de estas evaluaciones serán guiadas por el médico responsable (López Pizón & Moge Galindo , 2011).

Dentro de la valoración del desarrollo psicomotor se trata de averiguar si un niño a una determinada edad ha adquirido una serie de funciones, propias de esa edad. Para dicha valoración se dispone de diferentes pruebas que facilitan dicha detección entre los cuales encontramos:

Test de desarrollo: Brunnet-lectine, para medir cuantificar el grado de desarrollo psicomotor de un niño, debe ser interpretado con cautela.

Test de cribado: estas pruebas no miden el desarrollo, seleccionan los niños con riesgo de tener un retraso, deben ser sencillos, baratos y no agresivos, dar lo menos falsos positivos.

Dentro de estos encontramos; Test de Denver, en la que se señala la edad a la que realizan cada ítem (Miranda Sandoval, 2018).

La tabla de Haize-levant, permite indicar el margen normal de adquisición de funciones fundamentales del desarrollo.

Examen físico: Fenotipo morfológico, permite identificar el aspecto externo del niño. Fenotipo conductual, identifica el contacto social y comportamiento. Exploración neurológica, permite la localización topográfica a distintitos niveles del SN. Exploración sistémica, para identificar baja talla, alteraciones oculares que aportan guía útil en el diagnóstico (Miranda Sandoval, 2018).

Exámenes complementarios: Electroencefalograma, estudios bioquímicos y metabólicos, estudios genéticos, resonancia magnética cerebral, (Miranda Sandoval, 2018).

Dentro del manejo fisioterapéutico, tendremos en cuenta escala de valoración que nos permiten identificar algún retraso en el desarrollo y así poder dirigirlos hacia el especialista requerido:

Observación del desarrollo neuromotor: se valora las reacciones posturales de equilibrio y las reacciones de defensa. Se valora el control cefálico con respecto al tronco en el espacio y las rotaciones sobre el eje corporal. El desarrollo motor general, se produce siguiendo la ley cefalocaudal: control cefálico, control del tronco (sedestación), bipedestación y marcha (Jareño Molina, 2019).

Observación del desarrollo manipulativo: se valorará el proceso desde la prensión refleja hasta la destreza manipulativa, así como la fijación visual hasta el dominio de la visión completa. Además, se valora la iniciativa del movimiento hasta la adecuada coordinación viso-motriz. También se evalúa el tipo de presión (por contacto involuntario, voluntario) y los patrones de presión: presión palmar, pinza inferior, pinza superior, coordinación bimanual. También se examina la conducta instrumental, evaluando a capacidad de prolongación de objetos. La búsqueda del objeto, así como los esquemas de acción-interacción (Jareño Molina, 2019).

Tratamiento del Retraso psicomotor

Manejo fisioterapéutico

Dentro del manejo fisioterapéutico, se abarcan diferentes áreas en la cuales podemos ayudar al niño a desenvolverse de la mejor manera e ir logrando los diferentes hitos del desarrollo buscando ser lo más normal posible. El abordaje fisioterapéutico será dirigido de diferentes maneras según los objetivos trazados y la causa del retraso psicomotor del niño.

Existen diferentes técnicas y procedimientos que nos permiten ayudar en las necesidades del infante, dentro del tratamiento encontramos una serie de modalidades que pueden servir. A continuación, se describen las más importantes y básicas para lograr un tratamiento de calidad.

Técnicas de Neurodesarrollo: son los diferentes métodos de tratamiento que van a favorecer o mejorar la adecuada maduración del sistema nervioso en desarrollo específicamente a nivel central, es decir a nivel del cerebro, no solo en individuos que probablemente desarrollaran un grado de discapacidad o en aquellos sanos principalmente en los primeros 2 años de vida, así como tener un panorama más amplio en cuanto a sus similitudes, diferencias y también hacer una comparación sobre su eficacia, ventajas y posibles desventajas. Además, nos va a permitir tener una rehabilitación más efectiva y por consiguiente un mejor desempeño en todas las actividades de la vida diaria (Aguirre, 2007).

Hidroterapia: El medio acuático presenta unas características especiales que proporciona una serie de ventajas para la rehabilitación, frente al medio terrestre como son: la hipo-gravidez que facilita la descarga de peso corporal, la presión hidrostática que favorece la circulación sanguínea, la resistencia hidrodinámica que permite el trabajo muscular y la posibilidad de trabajar en tres ejes (sagital, frontal y transversal) que favorece la propiocepción y la coordinación espacial (Gueita Rodríguez, Alonzo Fraile , & Fernandez de las Peñas , 2015).

Estimulación temprana: Conjunto de medios, técnicas, y actividades que se aplica en forma sistémica y secuencial que se emplea en niños desde su nacimiento hasta los seis años, con el objetivo de desarrollar al máximo sus capacidades cognitivas, físicas y psíquicas, permite también. La estimulación temprana busca estimular al niño de manera oportuna, el objetivo es

ofrecerle una gama de experiencias que le permitirán formar las bases para la adquisición de futuros aprendizajes (Brenda, 2014).

Kinesiterapia: basada en movimientos pasivos que se deben adaptar a la evolución psicomotora normal; primero mantener la cabeza derecha, después sentarse, luego estar de pie y finalmente la marcha (Gueita Rodríguez, Alonzo Fraile , & Fernandez de las Peñas , 2015).

Método Collís: Utiliza todo tipo posible de estímulos externos. Se suministran al cerebro informaciones de forma masiva (táctil, auditiva, visual) para que éste Métodos de tratamiento ordene. Así se adquiere un esquema motor acorde a la edad del niño e instruyendo a los padres para que también lo lleven a cabo (Brenda, 2014).

Técnica del pincelado: Creada por Rood, consiste en proveer estímulos propioceptivos para establecer modalidades de comportamiento motor más normal. Consiste, por ejemplo, en pasar un pincel o el dedo por el paladar del niño. Por medio de la estimulación de los receptores cutáneos del dolor, presión y temperatura situados en determinadas zonas reflejas, se activa la contracción muscular subyacente, realizándose simultáneamente una inhibición de los correspondientes antagonistas, facilitando la respuesta motora (Brenda, 2014).

Cuartos de estimulación multisensorial: es una habitación en la cual se conjunta todos los tipos de estímulos para nuestros sentidos: visuales, auditivos, táctiles y olfato. Este espacio permitirá mejorar la socialización, la relación paciente/familia, creará cambios en su comportamiento, incrementará su sentimiento de tranquilidad, mejorará la adquisición de habilidades, resultados a corto plazo, incremento en periodos de atención y en la capacidad de concentración, curiosidad, interés, búsqueda, satisfacción, interacción, mejora tono, postura,

mayor relajación. Esta sala se caracteriza por contar con un ambiente seguro, cómodo, tranquilo, donde él o la paciente intensifican su calidad de vida. (Carbajo Vélez , 2015).

Plan educacional fisioterapéutico

Dentro del abordaje fisioterapéutico es muy importante tener presente y enfatizar en el seguimiento que se le dará en casa al niño, siendo esté el lugar donde mayor tiempo pasará, es importante recalcar en la familia la importancia de apoyar a su hijo y prestarle la atención debida para que el niño logre evolucionar adecuadamente en su desarrollo.

Masoterapia: Es una técnica milenaria de origen hindú que proporciona al bebé bienestar físico y psíquico y potencia el vínculo entre el niño y la madre. El masaje Shantal es una técnica que permite dar afecto y bienestar tanto a quién lo recibe como a quién lo da. Es una forma natural de aumentar el bienestar de los niños sanos y mejorar el de los niños con alguna afección.

Técnica y procedimiento del masaje infantil Shantal (Fundación ORDESA, 2019):

1. Encuentra un cuarto tranquilo y de temperatura agradable. Coloque un tapete o alfombra sobre el piso, siéntese sobre ella con la espalda recta, los hombros sueltos y las piernas estiradas.
2. Prepare un aceite o loción suave, como aceite de almendra, y coloca al bebé desnudo sobre sus piernas. Procure elegir un momento del día en el que el bebé esté descansado y haya comido.
3. Con ayuda del aceite, frote sus manos sobre el pecho hacia fuera, siguiendo la línea de las costillas. El movimiento es como si quisieras aplanar un papel arrugado.

Continúa subiendo y bajando tus manos, cruzándolas desde los lados del torso, hacia los hombros.

4. Coloque a su bebé acostado sobre su lado derecho. Con su mano izquierda, sujeta su brazo extendido y con tu mano derecha coges el hombro. Use sus dedos índice y pulgar para hacer movimientos semicirculares, mientras los deslizas por el brazo. Repita el proceso en el lado izquierdo del bebé.
5. Pase luego a sus manos, puede hacerle masaje la palma con las puntas de sus dedos.
6. Para el masaje en el estómago, hacerlo con movimientos suaves y repetitivos, deslizando sus manos de forma plana en dirección a usted.
7. Para el masaje en las piernas, puede utilizar la misma técnica que con los brazos.
8. Luego, colócalo boca abajo y perpendicular a ti, con su cabeza a tu izquierda. Con sus manos planas, recorre su espalda con movimientos hacia delante y hacia atrás.
9. Desliza tu mano izquierda por su espalda desde el cuello hasta sus nalgas, mientras empuja a su vez las nalgas hacia arriba con la otra mano.
10. En este punto su bebé estará bastante relajado. Puede terminar haciendo masaje en su carita con las puntas de sus dedos, con movimientos suaves circulares, desde la frente hasta las mejillas, cuidando de no meter aceite en sus ojos, nariz o boca.

Planteamiento de Investigación

Detección y manejo del retraso Psicomotor en la infancia, para un mejor abordaje fisioterapéutico en el centro AIDEPCE y en casa, municipio de Cubulco, departamento de Baja Verapaz.

Metodología de abordaje del programa de investigación

Población

Pacientes de 0 a 18 años, que consultaron la clínica de fisioterapia AIDEPCE, en el municipio de Cubulco Baja Verapaz en el período del 03 de febrero al 13 de marzo del año 2,020.

Muestra

Para el estudio se seleccionó de forma intencional 1 caso masculino de 1 año y 9 meses de edad, con el diagnóstico de Retraso Psicomotor que asistió al centro durante el período del 03 de febrero al 13 de marzo del año 2,020.

Tipo de Investigación

Investigación Documental. Se analiza información escrita sobre el tema objeto de estudio (Tipo de Investigación, 2020). Este tipo de investigación se utilizó a través de diferentes fuentes, para recolectar información específica sobre el tema objeto de estudio; así mismo para la elaboración del presente informe.

Seguimiento de Casos, es un tipo de investigación que nos permite como su nombre nos indica tener un seguimiento de determinado caso, para llevar un mejor control y abordaje de lo requerido. (EVERIFY, 2018). El seguimiento de casos se utilizó para registrar los avances del paciente; lo cual permitió establecer la eficacia del abordaje fisioterapéutico y realizar los cambios necesarios para obtener mejores resultados.

Instrumentos de recolección de datos

Ficha de Asistencia: Es un instrumento de registro propio del centro, cuenta con fecha, nombre del usuario, nombre del encargado, observaciones y firma.

Hoja de datos generales del paciente. Se utiliza para una evaluación fisioterapéutica inicial, es propia del centro. Consta de nombre, edad, fecha de nacimiento, sexo, diagnóstico, dirección, días que asiste a la terapia e historia clínica.

Hoja de Evaluación fisioterapéutica neurodesarrollo: consta de datos generales del paciente, diagnóstico, posiciones de desarrollo motor normal que hace, cómo lo hace, que impide que lo haga normalmente, estímulos, reacciones, amplitudes articulares, problemas principales y metas del tratamiento.

Otras hojas propias del centro. El centro cuenta con otras hojas de registro de datos sobre evaluación de la sensibilidad, fuerza muscular, evolución, que permitieron un mejor diagnóstico y evaluación de los resultados en el tratamiento del paciente.

Entrevistas personalizadas. Brindaron información desde la gestación, nacimiento y los primeros meses de vida del niño.

Observación: Instrumento imprescindible en todo momento del tratamiento, para verificar los resultados del abordaje y los avances del proceso para reorientar el mismo, de ser necesario.

Presentación de Resultados

Se presenta un caso que se eligió como muestra para demostrar resultados al finalizar el ETPS.

Presentación de caso

Caso único

Edad: 1 año 9 meses

Sexo: Femenino

Lugar de procedencia: Cubulco

Diagnóstico: Retraso psicomotor

Paciente con diagnóstico de retraso psicomotor, llanto persistente, malas condiciones generales, acudió en compañía de su madre quien refirió que a los 15 años quedó embarazada, durante su período de gestación no llevó un control médico, no tomó ácido fólico ni prenatales, indica que su hijo al nacer estuvo internado un mes el hospital, porque su embarazo fue interrumpido a los 8 meses de gestación. Durante los primeros meses de edad su hijo únicamente permanecía acostado boca arriba, con poco movimiento de cabeza, refiere que se sentó hasta los 9 meses de edad y que hasta la fecha se desplaza únicamente de esta manera, al momento es evaluado, cuenta con la posibilidad de acudir a tratamiento 1 vez por semana. (Expediente Clínico AIDEPCE 2020).

Evaluación fisioterapéutica inicial: fecha 05/02/2020

Decúbito supino	Decúbito prono
Asume, mantiene y tolera la posición, por poco tiempo, él busca cambiar de posición rápidamente. Domina objetos en esta posición, logra girar hacia ambos lados desde esta posición.	Asume, mantiene y tolera la posición, por poco tiempo él busca cambiar de posición rápidamente. Realiza extensión de tronco y apoyo de antebrazos y manipulación de objetos.
Sedestación	Gateo
Asume, mantiene y tolera la posición, él únicamente se desplaza desde esta posición, manipula y lanza objetos desde esta posición.	No asume esta posición, pero si la mantienen y la tolera por poco tiempo.
Hincado	Bipedestación
No asume esta posición, pero si la mantiene y tolera al llevarlo hasta la misma por poco tiempo.	No asume, ni mantiene por si solo esta posición, al llevarlo a la misma con apoyo la tolera por poco tiempo y busca la sedestación. Se logra desplazar en esta posición únicamente con apoyo y por poco tiempo.
ESTÍMULOS:	REACCIONES
Auditivos: Presentes	Enderezamiento: Disminuido
Visuales: Presentes	Equilibrio: Disminuido
Táctiles: Disminuidos	Protección: Disminuido
AMPLITUDES ARTICULARES:	Miembros Superiores: Completas
	Miembros Inferiores: Completas
Relación madre e hijo	Tono básico y patrones de postura
El niño se siente seguro al estar cerca de su madre. Niño dependiente de su madre	Tono normal.

Habilidades	Incapacidades
Logra manipular y lanzar objetos desde la posición de sedestación. Se desplaza. Reconoce diferentes texturas.	Estabilidad y adoptar la posición de bipedestación. Poca habilidad del lenguaje, dificultad para gesticular palabras.
Problemas principales	Metas de tratamiento
No realiza la marcha. Falta de equilibrio y coordinación general.	Lograr la independencia, equilibrio, coordinación y marcha.

Objetivos de tratamiento:

Mejorar reacciones de enderezamiento, equilibrio y protección, que le permitirán al niño mantener posturas para diferentes actividades.

Llegar a posiciones altas para lograr ambulación.

Mejorar traslados bajos y medios, que permitan mejorar cambios de cubito supino a hincado.

Mantener amplitudes articulares, para evitar todo tipo de contracturas.

Mejorar fuerza muscular que faciliten los patrones de movimiento.

Mejorar coordinación ojo mano, que permitan realizar actividades acordes a su edad.

Incluir a la madre o acompañante al tratamiento fisioterapéutico para su seguimiento en casa.

Inicio de tratamiento 12/02/2020

Tratamiento Fisioterapéutico:

Se inició con masaje terapéutico en todo el cuerpo, realizando movimientos de circunducción en articulación de hombro y cadera, flexión, extensión, extremidades superiores e inferiores, con el acompañamiento directo de la madre que posteriormente siguió aplicando la técnica en casa. Se realizó ejercicios de neurodesarrollo a través de la técnica de Bobath para facilitar la adquisición de patrones normales motores según el grado de desarrollo del paciente juntamente con un proceso dinámico e interactivo con el niño. Se buscó la facilitación de movimientos normales, desde traslados bajos y medios, estimulando principalmente patrones que facilitaron los traslados a posiciones altas. Con la ayuda de un rollo terapéutico se colocó al niño sentado y se realizaron cargas de peso en ambas extremidades inferiores, se colocó al niño frente a un banco y se estimuló la posición de hincado a posición de pie en conjunto con la madre quien ayudo a sostener un juguete para llamar la atención del niño.

Se realizó terapia en piscina de pelotas, que facilitó cambios de posición, desplazamiento en bipedestación con apoyo para mantener la postura. Esta intervención favoreció a la seguridad, equilibrio y coordinación del niño que por la cantidad de pelotas y la textura diferente se logró ejercer una distracción en el niño y así enfocarse en el tratamiento.

Como medio de juego y con ayuda de un balancín se estimuló el equilibrio y reacciones de enderezamiento en el niño, que al realizar los movimientos automáticamente buscaba su centro de gravedad para lograr estar estable en la posición inicial. Al comienzo del tratamiento no fue posible utilizar el balón terapéutico, pero en la tercera sesión se logró implementarlo

estimulando el equilibrio, se colocó al niño sobre el balón ayudándolo a mantener la posición sosteniendo la pelvis de modo que permaneciera sedente, con los pies apoyados se guio para llegar a la posición de pie, estimulando a la vez la propiocepción.

Se llevó al niño a la posición de pie y con ayuda de su madre y un balón se buscó que él siguiera la pelota y así poder trabajar la ambulación, coordinación pie-ojo y equilibrio.

Utilizando diferentes texturas se trabajó estimulación sensorial principalmente las extremidades inferiores, planta de los pies favoreciendo así la estimulación sensorial táctil.

Se brindó plan educacional a su madre, se recalcó actividades de estimulación ojo mano, como jugar con la pelota, dejar al niño que se desplace con libertad en un ambiente seguro, estar pendiente del hábito higiénico del niño, para continuar el tratamiento en casa.

Segunda Evaluación: 11/03/2020

Decúbito supino	Decúbito prono
Asume, mantiene y tolera la posición, con más tolerancia, él busca cambiar de posición rápidamente. Domina objetos en esta posición, logra girar hacia ambos lados desde esta posición.	Asume, mantiene y tolera la posición, después de 5-10 segundos él busca cambiar de posición rápidamente. Realiza extensión de tronco y apoyo de antebrazos y manipulación de objetos.
Sedestación	Gateo
Asume, mantiene y tolera la posición, en ocasiones él se desplaza desde esta posición, manipula y lanza objetos desde esta posición.	Asume, mantiene y tolera esta posición, después de 10 segundos la cambia. Realiza movimientos de cabeza e intenta alcanzar objetos desde la misma.
Hincado	Bipedestación

Intenta asumir esta posición, con apoyo lo logra la mantiene y logra llegar a posición de bipedestación	Asume, mantiene y tolera con poco apoyo esta posición, al llevarlo a la misma con apoyo la tolera un poco más de tiempo, busca con menos frecuencia la sedestación. Se logra desplazar en esta posición únicamente con apoyo.
ESTÍMULOS:	REACCIONES
Auditivos: Presentes	Enderezamiento: Mejoradas
Visuales: Presentes	Equilibrio: Mejoradas
Táctiles: presentes	Protección: Mejoradas
AMPLITUDES ARTICULARES: Miembros Superiores: Completas	
Miembros Inferiores: Completas	
Relación madre e hijo	Tono básico y patrones de postura
El niño se siente seguro al estar cerca de su madre. Muestra más independencia al estar en terapia y en sus AVD.	Tono normal.
Habilidades	Incapacites
Logra manipular y lanzar objetos desde diferentes posiciones. Se desplaza con mayor facilidad en la posición de pie, Reconoce diferentes texturas.	Leve dificultad para adoptar la posición de bipedestación. Poca habilidad del lenguaje, dificultad para gesticular palabras.
Problemas principales	Metas de tratamiento
Dificultad para realizar la ambulación. Falta de equilibrio y coordinación general	Lograr la independencia, equilibrio, coordinación y marcha.

Análisis general de seguimiento del caso:

Conforme avanzó el proceso de tratamiento del caso de retraso psicomotor en el niño seleccionado como muestra, atendido en la clínica AIDEPCE en el municipio de Cubulco, departamento de Baja Verapaz, se logró evidenciar el avance positivo del paciente. Estos logros, sirvieron como motivación para los padres del niño, en virtud que se visualizó mejoras en la adquisición de sus habilidades según su edad, demostrando la eficiencia y eficacia del abordaje de la alteración del desarrollo del niño.

Durante el período de tratamiento de febrero a marzo, se logró la participación dinámica, progresiva y espontánea del niño durante las sesiones de trabajo, avances que quedaron registrados en las fichas correspondientes, en la evaluación al inicio y finalización del ETPS, a pesar de haber sido interrumpido a menos de dos meses de su inicio.

El protocolo de tratamiento incluyó técnicas funcionales e interesantes para el niño que lo impulsaron a continuar con su tratamiento con entusiasmo y a mejorar en su desarrollo a medida que el abordaje fisioterapéutico avanzó. La guía facilitada a los padres para continuar con el tratamiento en casa constituyó un factor importante que permitió la continuidad de este entre una y otra cita.

Capítulo III

Programa de Educación, inclusión o prevención

Objetivos del Programa de educación

Informar a las familias que asisten al centro de AIDEPCE del municipio de Cubulco Baja Verapaz, sobre la importancia del tratamiento fisioterapéutico para lograr una mejor calidad de vida en los niños de diferentes edades y diagnósticos.

Implementar planes educacionales para dar seguimiento al tratamiento de cada paciente desde casa.

Informar a la familia sobre la importancia de dar tratamiento fisioterapéutico a los niños que presenten diferentes alteraciones en su desarrollo.

Orientar a las familias sobre la importancia de asistir siempre y puntualmente a sus citas para no interrumpir el tratamiento fisioterapéutico.

Involucrar a los padres de familia en las sesiones terapéuticas del niño.

Metodología

Durante el Ejercicio Técnico Profesional Supervisado realizado en AIDEPCE “Asociación Integral de Desarrollo para Personas con discapacidad” del 3 de febrero al 15 de marzo del 2020, se asistió con tratamientos fisioterapéuticos, a la población con diferentes tipos de discapacidad de acuerdo con las evaluaciones y diagnósticos realizados a los pacientes. La

atención se brindó de lunes a viernes en horarios de 8:00 a 17:00 horas, acomodando al paciente según la disponibilidad de tiempo de la familia que lo acompañó a su cita.

De lunes a jueves los pacientes asistieron a sus citas en el centro AIDEPCE a recibir el tratamiento específico con frecuencias de una o dos veces por semana, cada quince días y un grupo reducido el último miércoles del mes, en este último rango se incluyó las sesiones de hidroterapia desarrolladas a pacientes con disminución de fuerza muscular, equilibrio, coordinación u otros diagnósticos que lo requirieron. El viernes estuvo establecido para visitas domiciliarias al beneficiario con la finalidad de verificar el avance del tratamiento y los cuidados por parte de la familia hacia el paciente.

Cada una de las consultas en el centro tuvo una duración de 45 a 60 minutos, en la misma se involucró a los padres, o acompañantes del niño a través de preguntas directas de lo trabajado en casa, su apoyo durante la terapia a través del juego, diálogos, y participación en las actividades desarrolladas.

La clínica de AIDEPCE cuenta con el apoyo de diferentes instituciones que brindan evaluaciones, atención y cirugía de dislocación de cadera y tenotomía, cirugías de espina bífida, donaciones de silla de ruedas y verticalizadores y medidas de aparatos ortésicos. Realizado en coordinación con la clínica de fisioterapia y el área de rehabilitación.

El paciente fue atendido de forma personalizada desde el momento de entrar a la clínica; se les brindó seguridad y confianza, se observó, evaluó, diagnosticó y se estableció el tratamiento de acuerdo a su necesidad; en las siguientes citas se verificó y reevaluó el avance del abordaje de fisioterapia conjuntamente con el padre de familia, procedimiento que permitió

establecer el seguimiento en casa, redireccionar y mejorar las indicaciones según la necesidad continua de cada paciente para lograr un tratamiento acorde y funcional dentro y fuera de la clínica.

En el ETPS se seleccionó la detección y manejo del retraso psicomotor en la infancia; para el efecto se tomó como muestra, un niño que presentaba esta alteración en la adquisición de los patrones normales de movimiento según su edad. Se realizó un tratamiento con técnicas de neurodesarrollo, traslados bajos, medios y altos, masaje terapéutico, equilibrio, coordinación, estimulación sensorial, propioceptiva, cargas de peso, piscina terapéutica de pelotas. Este abordaje involucró a la familia que acompañó al niño a su cita y en casa.

Como estrategia para fortalecer el tratamiento desde casa con el apoyo de la familia y las personas que se relacionaban con el paciente, se trabajó un trifoliar con información del desarrollo psicomotor que el niño debe presentar según su edad, una guía con los signos de alarma se manifiestan cuando el infante presenta alguna alteración en sus habilidades motoras y una guía detallada con instrucciones y ejercicios que favorecieron la inclusión al ser trabajados con el niño y las personas cercanas él.

Capítulo IV

Análisis e Interpretación de Resultados

Los programas de Educación, Inclusión y Prevención fueron imprescindibles para lograr los resultados esperados en los tratamientos fisioterapéuticos desarrollados en el ETPS en AIDEPCE, municipio de Cubulco, departamento de Baja Verapaz, del 03 de febrero al 13 de marzo de 2,020; en virtud que a través de la educación, se informó y orientó a las familias sobre la importancia de la detección y tratamiento de las alteraciones del desarrollo en el niño; por consiguiente, se logró la inclusión familiar para mejorar la calidad de vida por medio del abordaje en la clínica y en el hogar. Es importante resaltar que se logró la orientación a los padres sobre la importancia de observar el desarrollo del niño desde su gestación y nacimiento, para iniciar a tiempo una intervención terapéutica de ser necesaria.

Al centro AIDEPCE es un gran apoyo para la población de Cubulco, departamento de Baja Verapaz, en donde se atendió a usuarios con diferentes discapacidades, con calidad, excelencia y amor, con protocolos y registros bien establecidos, así como con el equipo necesario según sus necesidades, lo que garantizó la atención personalizada, el éxito de los tratamientos desarrollados y la recuperación significativa de los pacientes, que facilitó la inclusión dentro de la comunidad.

Un logro significativo en esta investigación fue que la familia se involucró directamente en el proceso manteniendo activo el tratamiento, dando seguimiento adecuado y acorde a cada paciente orientado en las guías que recibió y en la asistencia periódica a sus citas. El trifoliar proporcionó información sobre signos de alerta del retraso psicomotor y la importancia del

desarrollo del niño y del correcto abordaje desde la concepción y los primeros meses de vida, conocimiento que se adquirió y no sólo fue utilizado en el tratamiento del niño objeto de estudio, sino también puede utilizarse en otros niños según se presenten las alteraciones del desarrollo.

La población en general logró una mejor aceptación de la fisioterapia como una alternativa para mejorar la calidad de vida, al acudir a la atención integral en AIDEPCE, institución que aumenta su alcance de atención a niños menores de edad, en la población del municipio de Cubulco Baja Verapaz cada año.

Conclusiones

En el municipio de Cubulco, Baja Verapaz, el desconocimiento de los padres sobre el desarrollo psicomotor en la infancia, hacían ver como normal las alteraciones que padecían los niños. Educar a los padres de familia para que busquen atención fisioterapeuta para sus hijos desde el momento que observen una alteración en su desarrollo psicomotor es imprescindible, para que se inicie el tratamiento inmediato y se alcancen los parámetros normales que le permitan al niño una calidad de vida.

El tratamiento fisioterapéutico para el abordaje del desarrollo psicomotor en el niño requiere que se establezcan protocolos personalizados que respondan a la evaluación y diagnóstico realizados al paciente. Se necesita que la familia y demás personas que conviven con el niño, garanticen la continuidad del tratamiento en el hogar.

La fisioterapia establece abordajes para el tratamiento de las diferentes alteraciones que se presentan en los niños y adultos, las cuales mejoran la calidad de vida de la persona; tomando en cuenta que el municipio de Cubulco, Baja Verapaz, cuenta con una considerable población que presenta diferentes tipos de discapacidad, según las evaluaciones y diagnósticos practicados. La falta de atención hacia los afectados en la mayoría de los casos se debe a que se desconoce la información relacionada a este tema. El centro AIDEPCE es una importante alternativa para hacer llegar la información y a la vez ser parte de la solución.

Recomendaciones

Es de suma importancia continuar informando a las familias del municipio de Cubulco, Baja Verapaz, las causas de las alteraciones del desarrollo psicomotor, formas de prevenirlas desde el período de gestación y la necesidad de un abordaje inmediato a través de la fisioterapia, cuando visualicen que las habilidades del niño no se están presentando de acuerdo con los indicadores normales según su edad; de tal manera que estén convencidos que el tratamiento oportuno permite mejorarles la calidad de vida.

Es necesario seguir trabajando con protocolos de tratamiento personalizados y dirigidos según las necesidades de cada paciente, con la participación activa de los padres de familia, para realizar las indicaciones fisioterapéuticas por medio de los planes educacionales que permitan un correcto seguimiento en casa.

Los padres de familia, cuidadores y personas cercanas al niño, que al identificar problemas que presenten alguna alteración del desarrollo, deben asistir a consultar y tratar sus casos a la clínica de fisioterapia de AIDEPCE Cubulco Baja Verapaz, que es un centro muy bien equipado y con personal capacitado que proporciona atención con protocolos acordes a las necesidades de cada paciente.

Referencias

Aguirre, A. A. (12 de Julio, 2,007). *TECHNICS OF NEURODEVELOPMENT*.

<https://www.aiu.edu/spanish/publications/student/spanish/TECHNICS%20OF%20NEURODEVELOPMENT.html#:~:text=Las%20T%C3%A9cnicas%20de%20Neurodesarrollo%20son,grado%20de%20discapacidad%20o%20en>

Ahumway cook, A., & Woollacott, M. (2001). *Control Motor, De la Investigación a la práctica Clínica*. Barcelona : Wolters Kluwer.

<file:///C:/Users/123/Downloads/Control%20Motor.%20De%20la%20Investigaci%C3%B3n%20a%20la%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%205ta.%20Edici%C3%B3n%20Anne%20Shumway-Cook%20&%20Marjorie%20H.%20Woollacott.pdf>

Alvarado López, E. P. (16 de Marzo de 2017). *Trabajo de titulación*.

<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7626/1/T-UCSG-PRE-MED-TERA-92..pdf>

Ángel, H. F. (2008). *Psicomotricidad. Fundamentación teórica y orientación práctica*.

https://books.google.com.gt/books?id=jICHdGAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=psicomotricidad.+Fundamentaci%C3%B3n+te%C3%B3rica+y+orientaciones+pr%C3%A1cticas&hl=es419&sa=X&ved=2ahUKEwjDkdC_3PLuAhXxqlkKHR_4AeUQ6AEwAHoECAEQAg#v=onepage&q=psicomotricidad.%20Fun

Antoranz Simón, E., & Villalba Indurria, J. (2010). *Desarrollo Cognitivo y Motor*.

https://books.google.com.gt/books?id=p0wJtascC7UC&pg=PA88&dq=Desarrollo+motor&hl=es419&sa=X&ved=2ahUKEwieor3Hy_LuAhVPo1kKHVD3BdcQ6AEwA3oECAUQAg#v=onepage&q=Desarrollo%20motor&f=false

Barrera Alacreu, J., & Izquierdo Rojo . (1992). *Lecciones de Neurocirugia*. Universidad de Oviedo.

<https://books.google.com.gt/books?id=NcWBDhQHSAC&pg=PA34&dq=retraso+psicomotor&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiApumSjIDpAhUMc98KHfMECH8Q6AEIMjAC#v=onepage&q=retraso%20psicomotor&f=false>

Brenda, E. (28 de Octubre de 2014). *Rehabilitación infntil y Estimulación Multicensorial* .

<https://es.slideshare.net/renxsparza/rehabilitacion-infantil-y-estimulacin-multisensorial>

Bryant, C. (1982). *Desarrollo Perseptual y Motor en el Niño*. Barcelona: Paídos Ibérica.

<https://books.google.com.gt/books?id=Zqo2GwXyqsUC&printsec=frontcover&dq=desarrollo+motor+del+ni%C3%B1o&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjJiNq19-zuAhUk2FkKHVdBClwQ6AEwAXoECAAQAQg#v=onepage&q=desarrollo%20motor%20del%20ni%C3%B1o&f=false>

Cabezuelo , G., & Frontera , P. (2012). *El Desarrollo Psicomotor desde la Infancia hasta la Adolecencia*. Madrid España.

file:///C:/Users/123/Downloads/El_desarrollo_psicomotor_desde_la.pdf

Carbajo Vélez , C. (12 de Enero de 2015). *La sala de estimulación multisensorial* .

<https://core.ac.uk/download/pdf/211100288.pdf>

Córdoba Navas, D. (2018). *Desarrollo cognitivo, sensorial, motor y psicomotor en la infancia*.

Malaga.<https://books.google.com.gt/books?id=OcZhDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=desarrollo+motor+del+ni%C3%B1o&hl=es419&sa=X&ved=2ahUKEwiv2Yul5v3uA>

[hXoRTABHQBCC3MQ6AEwAnoECAYQAg#v=onepage&q=desarrollo%20motor%20del%20ni%C3%B1o&f=false](https://books.google.com.gt/books?id=hXoRTABHQBCC3MQ6AEwAnoECAYQAg#v=onepage&q=desarrollo%20motor%20del%20ni%C3%B1o&f=false)

FAROS. (5 de Junio de 2014). *Retraso Psicomotor: causas, Diagnóstico y Tratamiento* .

<https://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/retraso-psicomotor-causas-diagnostico-tratamiento#:~:text=%C2%BFcu%C3%A1%20puede%20ser%20la%20causa,son%20algunas%20de%20las%20causas>.

Field, T. (2014). *Primera Infancia (De 0 a 2 años)*. Madrid.

https://books.google.com.gt/books?id=MQewUc6oBIC&pg=PA47&dq=Desarrollo+motor&hl=es419&sa=X&ved=2ahUKEwieor3Hy_LuAhVPo1kKHVD3BdcQ6AEwCXoECAIQAg#v=onepage&q=Desarrollo%20motor&f=false

Fundación ORDESA. (15 de Enero de 2019). *¿Qué es el masaje Shantala?*.

<https://www.ordesa.pe/blemil/consejos-madres/que-es-el-masaje-shantala>

Gassier, J. (2015). *Manual del Desarrollo Psicomotor del niño*. México.

<https://books.google.com.gt/books?id=nqWFqFQ1O4gC&pg=PA8&dq=causas+principales+del+retraso+psicomotor&hl=es419&sa=X&ved=2ahUKEwj4zujorvXuAhXAEVkfHaa49AiMQ6AEwCXoECAUQAg#v=onepage&q=causas%20principales%20del%20retraso%20psicomotor&f=false>

Gassier, J., & Rapoport, D. (2005). *Manual del Desarrollo Psicomotor del Niño*. Barcelona:

Masson.

Gil Madrona, P. (2015). *Desarrollo Psicomotor en Educación Infantil (0-6 años)*.

https://books.google.com.gt/books?id=0qX_CgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=que+

es+el+desarrollo+psicomotor&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwic9duR1vjoAhWvY98K
 HWcdAJ0Q6AEIQTAD#v=onepage&q=que%20es%20el%20desarrollo%20psicomotor
 &f=false

Gill Madrona , P., Contreras Jordán, O. R., & Gómez Barreto , I. (2008). El desarrollo motor de
 0 a 6 años. *Revista Iberoamericana de educación*, 75-76.

<https://rieoei.org/historico/documentos/rie47a04.pdf>

Gloria Cabezuelo, P. F. (s.f.). Desarrollo Psicomotor . En *El desarrollo psicomotor desde la
 infancia hasta la adolescencia* . Madrid : NARCEA, S. A. De Ediciones Madrid .

Gobierno de Chile, Ministerio de Salud . (2004). *Normas Técnicas de Estimulación y Evaluación
 del Desarrollo Psicomotor del Niño y la Niña menor de 6 años*.

[.https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/2004_Normas_tecnicas_estimulacion_y_ev
 aluacion_desarrollo.pdf](https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/2004_Normas_tecnicas_estimulacion_y_evaluacion_desarrollo.pdf)

Gueita Rodríguez, J., Alonzo Fraile , M., & Fernandez de las Peñas , C. (2015). *Terapia
 Acuática, Abordaje desde la Fisioterapia y la terapia Ocupacional* . España :
 ELSEVIER.

Iturrondo, A. M. (1994). Unidad para el desarrollo Físico . En M. Iturrondo, *Niños y Niñas que
 exploran y construyen, Currículo Para el desarrollo integral en los años preescolares*
 (pág. 21). Puerto Rico : Editorial de la universidad de Puerto Rico .

[https://books.google.com.gt/books?id=MicIYDh2_20C&pg=PA5&dq=etapas+del+neuro
 desarrollo+en+ni%C3%B1os&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj4iZv_i7rpAhUrnAKHe2R](https://books.google.com.gt/books?id=MicIYDh2_20C&pg=PA5&dq=etapas+del+neuro+desarrollo+en+ni%C3%B1os&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj4iZv_i7rpAhUrnAKHe2R)

BQIQ6AEIJjAA#v=onepage&q=etapas%20del%20neurodesarrollo%20en%20ni%C3%
Blos&f=true

Jareño Molina, E. (30 de Octubre de 2019). *Fisioterapia en Estimulación Temprana*.

<https://www.fisioterapia-online.com/articulos/fisioterapia-en-estimulacion-temprana>

Justo Martinez, E. (2014). *Desarrollo Psicomotor en Educacion Infantil*.

https://books.google.com.gt/books?id=Br_eBQAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=desarrollo+psicomotor&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjenszgiDpAhXihOAKHXjPD_oQ6AEIJTAA#v=onepage&q=desarrollo%20psicomotor&f=false

La Luna . (31 de Octubre de 2017). *Retraso en la psicomotricidad ¿qué son y como tratarlos?*.

<https://colegiolaluna.com/retrasos-en-la-psicomotricidad-que-son-y-como-tratarlos/>

Leal Quevedo, F. (2002). *Plata Rueda El Pediatra Eficiente*.

<https://books.google.com.gt/books?id=IXsYxj4zTDcC&pg=PA424&dq=desarrollo+psicomotor&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwij93LgYDpAhXtRd8KHYY1AuA4ChDoAQhkMAk#v=onepage&q=desarrollo%20psicomotor&f=false>

Lissauer, T., & Clayden, G. (2019). *Texto Ilustrado de Pediatría*. Barcelona

<https://books.google.com.gt/books?id=Vx9ZHGEVvUC&pg=PA42&dq=retraso+global+del+desarrollo&hl=es419&sa=X&ved=2ahUKEwjY4bm7nfXuAhWyTDABHao2BgoQ6AEwAXoECAIQAg#v=onepage&q=retraso%20global%20del%20desarrollo&f=false>

Lois, B. (2013). *Componentes del Desarrollo Motor Tipico y Atipico*.

[file:///C:/Users/123/Downloads/Desarrollo%20Motor%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/123/Downloads/Desarrollo%20Motor%20(1).pdf)

López Pizón, & Moge Galindo . (20 de Noviembre de 2011). *Pediatría Atención Primaria* .

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113976322011000400015#:~:text=El%20diagn%C3%B3stico%20se%20orienta%2C%20y,social%20y%20comportamiento%20del%20ni%C3%B1o.

Mayoralas Mayoralas , M., Fernandez, J., & Callejas Pérez . (15 de Mayo de 2015). *Detección y*

manejo del Retraso Psicomotor en la Infancia. https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix08/02/n8-532-539_DanielMartin.pdf

MedlinePlus. (8 de Julio de 2019). *Enciclopedia Médica* . Obtenido de Retraso del desarrollo :

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000991.htm>

Miranda Sandoval, N. E. (2018). *Evaluación del desarrollo psicomotor, mediante test de*

aprendizaje y desarrollo infantil .

http://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/7657/a124176_Miranda_N_Evaluacion_del_desarrollo_psicomotor_mediante_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Muñoz Muñoz, L. A. (2003). *Educación Psicomotriz*. Colombia: Kinesis.

<https://tachh1.files.wordpress.com/2018/03/educacion-psicomotriz-muc3b1oz.pdf>

Ojeda del Valle, M. (2014). *Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana*.

[file:///C:/Users/123/Downloads/Desarrollo%20infantil%20y%20Estimulacion%20temprana%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/123/Downloads/Desarrollo%20infantil%20y%20Estimulacion%20temprana%20(1).pdf)

Perez Cameselle, R. (2005). *Psicomotricidad. Teoría y praxis del Desarrollo Psicomotor en la Infancia*.

<https://books.google.com.gt/books?id=KIcCuGoHxMIC&printsec=frontcover&dq=Desar>

rollo+psicomotor&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjFs7OT8_LuAhVYRDABHY-VBKUQ6AEwB3oECAMQA#v=onepage&q=Desarrollo%20psicomotor&f=false

Pizón, L. (20 de Agosto de 2011). *Evaluación y manejo del niño con retraso psicomotor. Transtornos genenralizado del desarrollo*. https://pap.es/files/1116-1366-pdf/sem_03_b.pdf

Prieto Saborit, J. A., Iscar Pérez , M. J., Nistal Hernandez , P., & Verdu Carbo , N. (2012). *Estimulacion Temprana y Psicomotricidad*. España: Wanceleu Editorial Deportiva. https://books.google.com.gt/books?id=b6n_CgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=retraso+del+desarrollo+psicomotor&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiBj92YiYDpAhUHd98KHbEdA1Q4FBD0AQhkMAg#v=onepage&q=retraso%20del%20desarrollo%20psicomotor&f=false

Rigal, R. (2006). *Educación Motriz y Educación Psicomotriz en Preescolar y Primaria*. España: INDE. <https://books.google.com.gt/books?id=nTLBnz9WP5gC&printsec=frontcover&dq=Desarrollo+motor+normal+o+a+2+a%C3%B1os&hl=es419&sa=X&ved=2ahUKEwiAgavT7OzuAhWQxVkkHVT7DycQ6AEwA3oECAMQA#v=onepage&q=Desarrollo%20motor%20normal%20o%20a%202%20a%C3%B1os&f=false>

Univercidad Andres Bello . (27 de Julio de 2019). *Neurokinesiología para Retraso en el Desarrollo Psicomotor*. <https://www.postgradounab.cl/noticias/neurokinesiologia-para-retraso-en-el-desarrollo-psicomotor/>

Univercidad Autónoma de Barcelona. (2009). *Desarrollo Psicomotor y Transtornos*

Relacionados.

http://www.paidopsiquiatria.cat/files/desarrollo_psicomotor_y_transtornos_relacionados.pdf

Vericat, F. (23 de Marzo de 2012). *El Desarrollo Psicomotor y sus alteracione: entre lo normal y lo patológico.* <https://www.scielosp.org/article/csc/2013.v18n10/2977-2984/es/>

Victor, G. L. (15 de Abril de 2015). *¿Qué el desarrollo motor o psicomotor ?*

<https://rehabilitacionpremiummadrid.com/blog/victor-godoy-lopez/que-es-el-desarrollo-motor/>

Anexos

Índice

Hoja de asistencia (Beneficiarios directos e indirectos).

Hoja de anotación de datos generales (Beneficiarios directos e indirectos).

Hoja de evolución (Beneficiarios directos e indirectos).

Hojas de evaluaciones (Beneficiarios directos e indirectos).

 Evaluación de fuerza muscular y amplitud articular, miembros superiores.

 Evaluación de fuerza muscular y amplitud articular, miembros inferiores.

 Evaluación de Neurodesarrollo.

 Medición de miembros inferiores.

 Evaluación de paciente hemipléjico.

 Evaluación de Dermatomas.

 Evaluación de Miotomas, miembro superior.

 Evaluación de Miotomas, miembro inferior.

Hoja de asistencia de hidroterapia.

Hoja de visita domiciliar y monitoreo de aparato ortésico.

Instrumento de recolección de datos: Encuesta realizada a los padres de familia.

Trifoliar dirigido a padres de familia de la clínica de Cubulco, Baja Verapaz.

Guía de los Signos de Alama del Desarrollo Psicomotor, dirigido a padres de familia.

Guía de estimulación en casa, dirigido a padres de familia.



DATOS GENERALES DEL PACIENTE



Nombre: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: _____ Diagnóstico: _____

Dirección: _____

Días que asistirá a terapia: _____

Historia Clínica: _____

Evaluación fisioterapéutica inicial: _____

Ft.: _____

DATOS GENERALES

LUGAR Y FECHA				
---------------	--	--	--	--

DATOS PERSONALES

Nombre completo del paciente:	Edad:	
-------------------------------	-------	--

	Sexo:	
--	-------	--

Lugar y fecha de nacimiento:	
------------------------------	--

--	--

Religión:	Estado Civil:	No. de hijos	Tel. celular
-----------	---------------	--------------	--------------

--	--	--	--

Dirección:	
------------	--

--	--

Grado académico:	Profesión u oficio:
------------------	---------------------

--	--

Lugar de trabajo:	Tel. trabajo
-------------------	--------------

--	--

Diagnóstico actual:	
---------------------	--

--	--

Historia de la enfermedad:	
----------------------------	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

Doctor referente	Teléfono
------------------	----------

--	--

ANTECEDENTES

Quirúrgicos:	
--------------	--

Traumáticos:	
--------------	--

Alérgicos:	
------------	--

--	--

Medicamentos:	
---------------	--

--	--

Observaciones:	
----------------	--



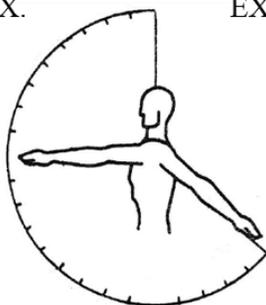
EVALUACION FISIOTERAPEUTICA

A.A Y F.M. -Miembro Superior-

Nombre: _____

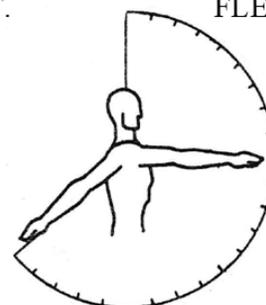
Diagnóstico: _____ Fecha de evaluación: _____

IZQUIERDO
FLEX. EXT.

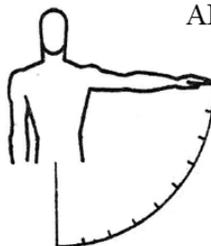


HOMBROS					
Amplitud Articular		Flexión	Elevación		0-90
		Extensión			90-180
				0-50	
Izquierdo			Derecho		
Flex.	Eleva.	Ext.	Flex.	Eleva.	Ext.
1					
2					
3					
Fuerza muscular					
1					
2					
3					

DERECHO
EXT. FLEX.



ADD. ABD.

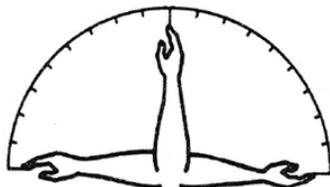


Amplitud Articular		Abducción	Adducción		0-90
				90-0	
Izquierdo			Derecho		
Abd.	Add.	Abd.	Add.		
1					
2					
3					
Fuerza muscular					
1					
2					
3					

ABD. ADD.

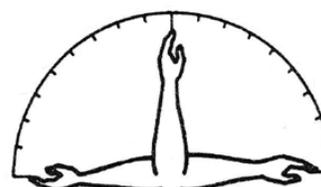


ROT. INT. ROT. EXT.

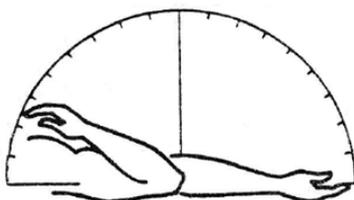


Amplitud Articular		Codo flexionado a 90 grados		Rotación Externa		0-90	
		Rotación Interna				0-90	
Izquierdo				Derecho			
Rot. In.	Rot. Ext.	Rot. In.	Rot. Ext.				
1							
2							
3							
Fuerza muscular							
1							
2							
3							

ROT. EXT. ROT. INT.

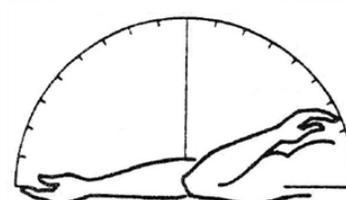


FLEX. EXT.



CODOS					
Amplitud Articular		Flexión	Extensión		0-150
				150-0	
Izquierdo			Derecho		
Flex.	Ext.	Flex.	Ext.		
1					
2					
3					
Fuerza muscular					
1					
2					
3					

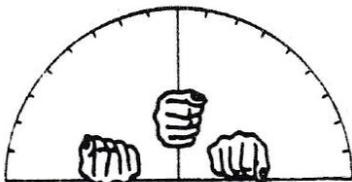
EXT. FLEX.



IZQUIERDO

SUP.

PRON.

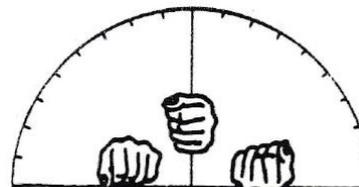


RADIO - CUBITAL				
Amplitud Articular	Izquierdo		Derecho	
	Pron.	Sup.	Pron.	Sup.
Fuerza muscular				

DERECHO

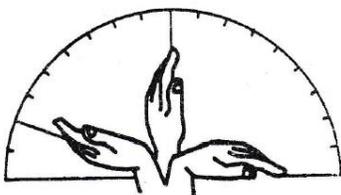
PRON.

SUP.



FL. DORS.

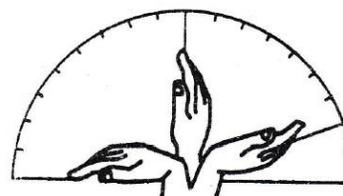
FL. PALM.



MUÑECA				
Amplitud Articular	Izquierdo		Derecho	
	Dors.	Palm.	Dors.	Palm.
Fuerza muscular				

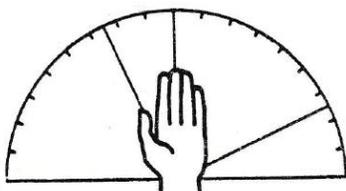
FL. PALM.

FL. DORS.



ABD.

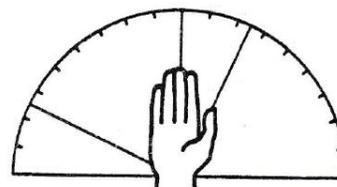
ADD.



Amplitud Articular	Izquierdo		Derecho	
	Abd.	Add.	Abd.	Add.
Fuerza muscular				

ADD.

ABD.



Evaluación: 1ra. Ft.: _____ Fecha: _____

2da. Ft.: _____ Fecha: _____

3ra.: Ft.: _____ Fecha: _____

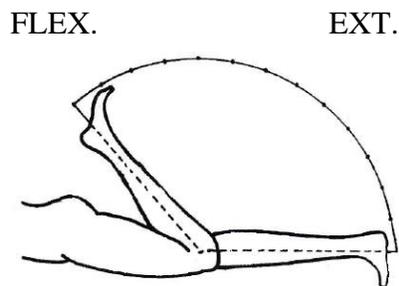


EVALUACION FISIOTERAPEUTICA A.A Y F.M. -Miembro Inferior-

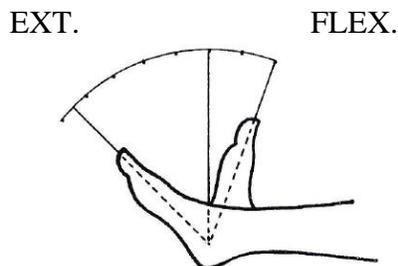
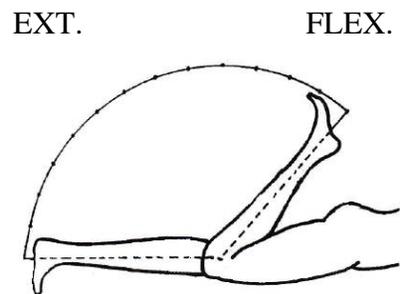
Nombre: _____

Diagnóstico: _____ Fecha de evaluación: _____

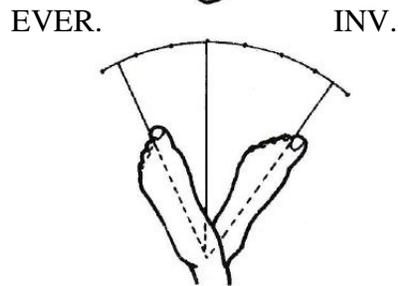
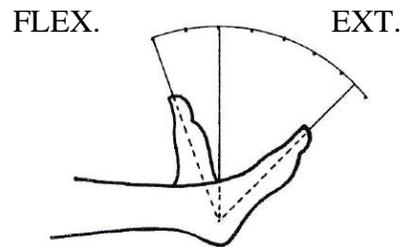
IZQUIERDO		CADERAS				DERECHO		
EXT.	FLEX.	Amplitud Articular	Flexión (rodilla recta)	0-85	Extensión	85-0	FLEX.	EXT.
		Izquierdo		Derecho				
		Flex.	Ext.	Flex.	Ext.			
		1						
		2						
		3						
		Fuerza muscular						
		1						
		2						
		3						
EXT.	FLEX.	Amplitud Articular	Flexión (rodilla flex)	0-130	Extensión	130-0	FLEX.	EXT.
		Izquierdo		Derecho				
		Flex.	Ext.	Flex.	Ext.			
		1						
		2						
		3						
		Fuerza muscular						
		1						
		2						
		3						
EXT.	EXT.C.L.	Amplitud Articular	Extensión	0-20	Extensión (y Col. Lumbar)	0-45	EXT. C.L.	EXT.
		Izquierdo		Derecho				
		Ext.	E.C.L.	Ext.	E.C.L.			
		1						
		2						
		3						
		Fuerza muscular						
		1						
		2						
		3						
ADD.	ABD.	Amplitud Articular	Abducción	0-45	Aducción	45-0	ABD.	ADD.
		Izquierdo		Derecho				
		Abd.	Add.	Abd.	Add.			
		1						
		2						
		3						
		Fuerza muscular						
		1						
		2						
		3						
ROT. INT.	ROT. EXT.	Amplitud Articular	Rot. Externa	0-45	Rot. Interna	0-45	ROT. EXT.	ROT. INT.
		Izquierdo		Derecho				
		Rot. Ext	Rot. Int	Rot. Ext	Rot. Int			
		1						
		2						
		3						
		Fuerza muscular						
		1						
		2						
		3						



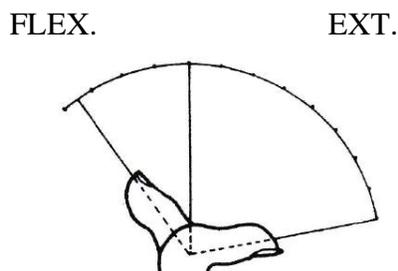
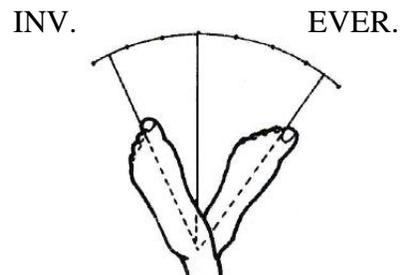
RODILLA			
Amplitud	Flexión	0-120-130	
Articular	Extensión	130-120-0	
Izquierdo		Derecho	
Flex.	Ext.	Flex.	Ext.
1			
2			
3			
Fuerza muscular			
1			
2			
3			



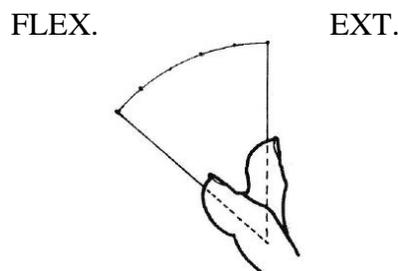
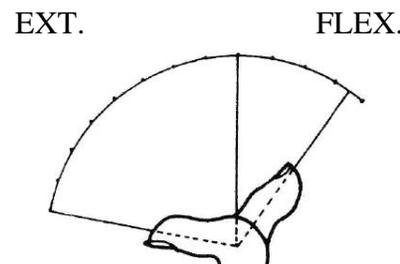
TOBILLO			
Amplitud	Flexión	0-20	
Articular	Extensión	0-45	
Izquierdo		Derecho	
Flex.	Ext.	Flex.	Ext.
1			
2			
3			
Fuerza muscular			
1			
2			
3			



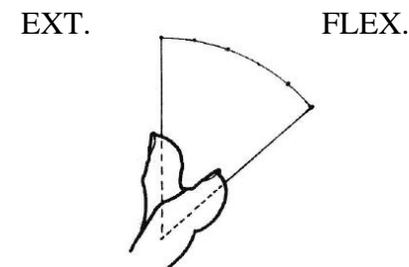
Amplitud	Inversión	0-25	
Articular	Eversión	0-45	
Izquierdo		Derecho	
Inver.	Ever.	Inver.	Ever.
1			
2			
3			
Fuerza muscular			
1			
2			
3			



ARTEJOS			
ARTICULACION PROXIMAL			
Amplitud	Flexión	0-25	
Articular	Extensión	0-80	
Izquierdo		Derecho	
Flex.	Ext.	Flex.	Ext.
1			
2			
3			
Fuerza muscular			
1			
2			
3			



ARTICULACION MEDIA Y DISTAL			
Amplitud	Flexión	0-50	
Articular	Extensión	50-0	
Izquierdo		Derecho	
Flex.	Ext.	Flex.	Ext.
1			
2			
3			
Fuerza muscular			
1			
2			
3			



Evaluación: 1ra. Ft.: _____ Fecha: _____

2da. Ft.: _____ Fecha: _____

3ra.: Ft.: _____ Fecha: _____



EVALUACION FISIOTERAPEUTICA NEURODESARROLLO

DATOS GENERALES DEL PACIENTE:

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Diagnóstico: _____

Dirección: _____ No. de expediente: _____

Fecha de evaluación: _____ Días que asiste a terapia: _____

DECUBITO SUPINO:	DECUBITO PRONO:
SEDESTACIÓN:	GATEO:
HINCADO:	BIPEDESTACIÓN:

ESTIMULOS

Auditivos: _____

Visuales: _____

Táctiles: _____

REACCIONES

Enderezamiento: _____

Equilibrio: _____

Protección: _____

Amplitudes Articulares: MIEMBROS SUPERIORES: _____

MIEMBROS INFERIORES: _____

IMPRESIÓN GENERAL

Relación madre e hijo	Tono básico y patrones de postura
Habilidades	Incapacidades
Problemas principales	Metas del tratamiento

Observaciones: _____

Ft.: _____

EVALUACION FISIOTERAPEUTICA

Medición de miembros inferiores

Nombre: _____

Diagnóstico: _____ Fecha de evaluación: _____

M.I. IZQUIERDO		MEDIDA	M.I. DERECHO		
		Ombiligo a espina iliaca anterosuperior			
		Ombiligo a maléolo interno			
		Espina iliaca anterosuperior a maléolo interno			
Volumen muscular					
Muslo			Pierna		
Del borde superior de la rotula	Izquierda		Del borde inferior de la rotula	Izquierda	
	a: _____			a: _____	
	Derecha			Derecha	
	a: _____			a: _____	

M.I. IZQUIERDO		MEDIDA	M.I. DERECHO		
		Ombiligo a espina iliaca anterosuperior			
		Ombiligo a maléolo interno			
		Espina iliaca anterosuperior a maléolo interno			
Volumen muscular					
Muslo			Pierna		
Del borde superior de la rotula	Izquierda		Del borde inferior de la rotula	Izquierda	
	a: _____			a: _____	
	Derecha			Derecha	
	a: _____			a: _____	

Fecha segunda evaluación: _____

EVALUACION FISIOTERAPEUTICA DEL PACIENTE HEMIPLEJICO

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Diagnóstico: _____

Dirección: _____

POSICION SUPINA

CUELLO Y CARA

NORMAL

AFECTO

Bueno		
Regular		
Malo		

MIEMBROS SUPERIORES

NORMAL

AFECTO

Bueno		
Regular		
Malo		

MIEMBROS INFERIORES

NORMAL

AFECTO

Bueno		
Regular		
Malo		

TRONCO

NORMAL

AFECTO

Bueno		
Regular		
Malo		

POSICIÓN SENTADA

TRANSFERENCIA _____

POSTURA _____

EQUILIBRIO _____

POSICION DE PIE

TRANSFERENCIA _____

POSTURA _____

EQUILIBRIO _____

AMBULACION**Ayuda externa****Observaciones**Silla de ruedas Andador Bastón Aparato ortopédico **COORDINACION**

MIEMBROS SUPERIORES _____

MIEMBROS INFERIORES _____

AMBULACION _____

ESTEROGNOSIS: _____

LENGUAJE Y TRAGADO _____

SENSIBILIDAD SUPERFICIAL O TACTIL

	MIEMBRO SUPERIOR hemipléjico	MIEMBRO INFERIOR hemipléjico
Normal en relación al lado no afecto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disminuido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abolido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SENSIBILIDAD PROFUNDA O PROPICEPTIVA

SENTIDO DE POSICIÓN _____

APRECIACION DE MOVIMIENTO _____

ESTADO GENERAL DEL PACIENTE

Cooperador	<input type="checkbox"/>	Agresivo	<input type="checkbox"/>
Indiferente	<input type="checkbox"/>	Eufórico	<input type="checkbox"/>
Depresivo	<input type="checkbox"/>	Inestable	<input type="checkbox"/>
Negativo	<input type="checkbox"/>	Otro:	<input type="checkbox"/>

ESTADO DE SALUD

Hipertenso	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia Cardiaca	<input type="checkbox"/>
Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>
Mareos	<input type="checkbox"/>
Débil	<input type="checkbox"/>

Observaciones

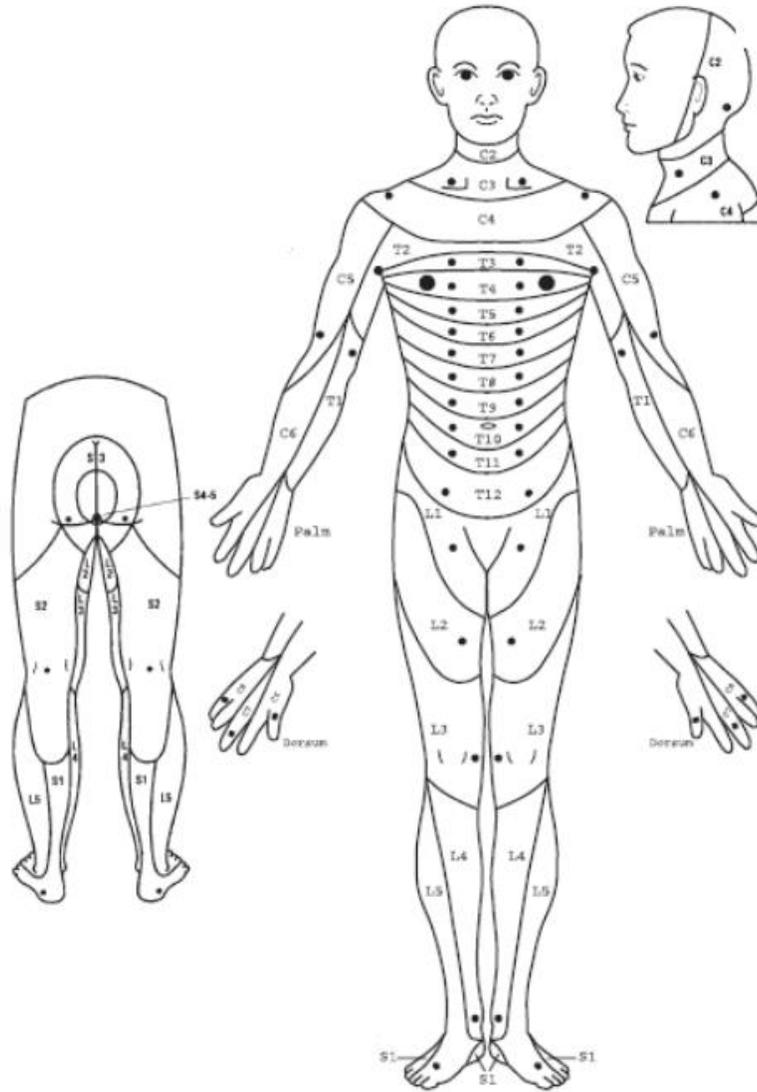
Fecha del examen: _____ Ft.: _____

EVALUACION FISIOTERAPEUTICA

Diagrama de la distribución de las Raíces Raquídeas Sensitivas -Dermatomas-

Nombre: _____

Diagnóstico: _____ Fecha de evaluación: _____



Observaciones: _____

Evaluación: 1ra. Ft.: _____ Fecha: _____

2da. Ft.: _____ Fecha: _____

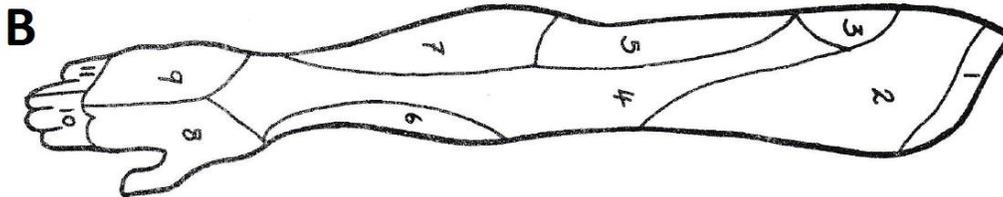
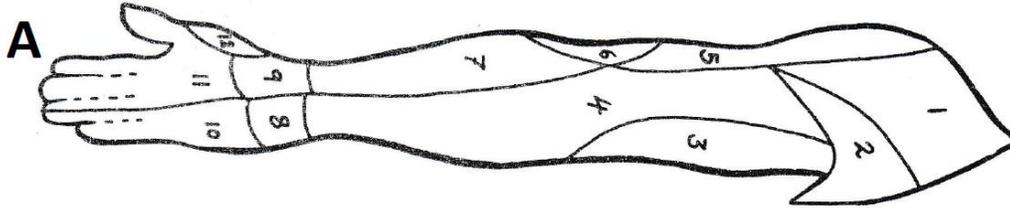
NOTA: Píntese en azul las zonas normales y en rojo las que presentan trastornos de la sensibilidad.

EVALUACION FISIOTERAPEUTICA

Sensibilidad - Miotomas MS-

Nombre: _____

Diagnóstico: _____ Fecha de evaluación: _____



A	B
1 Plexo cervical superficial	1 Plexo cervical superficial
2 intercostales	2 Circunflejo
3 Cutáneo interno	3 Intercostales
4 Braquial cutáneo interno	4 Radial
5 Circunflejo	5 Accesorio del braquial
6 Radial (R. cutánea)	6 Músculo cutáneo
7 Músculo cutáneo	7 Braquial cutáneo interno
8 Cubital (R. palmar cutáneo)	8 Radial (R. anterior)
9 Mediano (R. palmar cutáneo)	9 Cubital (R. dorsales)
10 Cubital (R. dorsales)	10 Mediano (digitales dorsales)
11 Mediano (colaterales palmares)	11 Cubital (R. dorsales)
12 Radial (R. terminales)	

Observaciones: _____

Evaluación: 1ra. Ft.: _____ Fecha: _____

2da. Ft.: _____ Fecha: _____

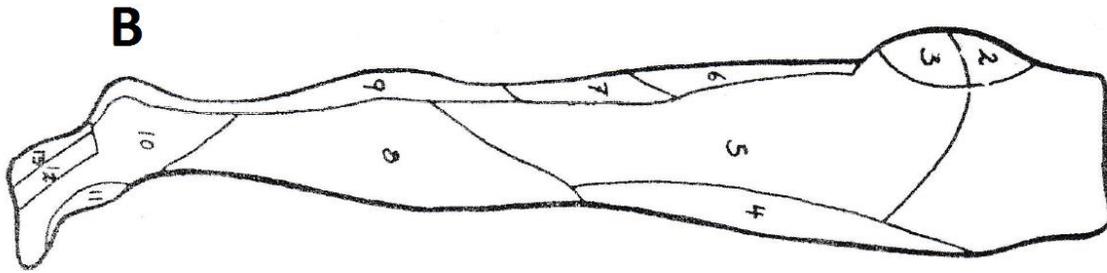
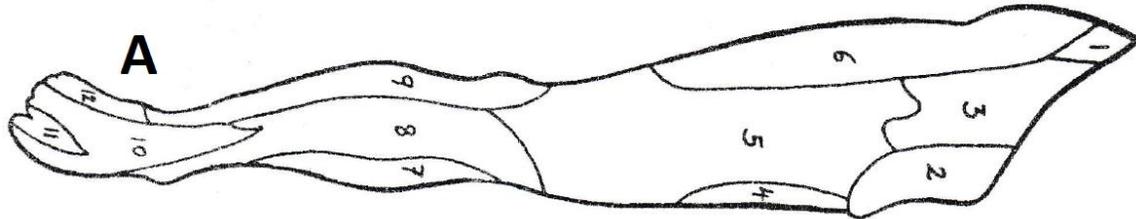
3ra.: Ft.: _____ Fecha: _____

NOTA: Píntese en azul las zonas normales y en rojo las que presentan trastornos de la sensibilidad.

EVALUACION FISIOTERAPEUTICA

Sensibilidad -Miotomas MI-

Nombre: _____
 Diagnóstico: _____ Fecha de evaluación: _____



- | A | B |
|-------------------------------|-----------------------------|
| 1 Abdóminogenital mayor | 1 Nervios lumbares |
| 2 Abdóminogenitales | 2 Sacrococcígeos |
| 3 Génitocrural | 3 Ciático menor |
| 4 Obturador | 4 Femorocutáneo |
| 5 Crural | 5 Ciático menor |
| 6 Femorocutáneo | 6 Obturador |
| 7 Safeno interno (ramas post) | 7 Obturador (ramas Cutaneo) |
| 8 Safeno interno (ramas ant) | 8 Cutáneo peroneo |
| 9 Cutáneo peroneo | 9 Safeno interno |
| 10 Musculocutaneo | 10 Safeno externo |
| 11 Tibial anterior | 11 Musculocutáneo |
| 12 Safeno externo | 12 Plantar externo |
| | 13 Plantar interno |

Observaciones: _____

Evaluación: 1ra. Ft.: _____ Fecha: _____
 2da. Ft.: _____ Fecha: _____
 3ra.: Ft.: _____ Fecha: _____

NOTA: Píntese en azul las zonas normales y en rojo las que presentan trastornos de la sensibilidad.



Formato de Hidroterapia



Actividad	Objetivos	Logros

Fecha: _____

f. _____

Encargado (a) de beneficiario

f. _____

Ft. Magalí Alvarez

VISITA DOMICILIARIA Y/O MONITOREO APARATO ORTESICO

Visita domiciliaria
Monitoreo AO
 No. _____

Diseño para: Hogar Escuela Laboral
 FUNCIÓN: _____ No. de piezas: _____
 Tipo de material del AO: _____

Paciente: _____ Edad: _____
 Encargado (a): _____ Parentesco: _____
 Dirección: _____ Diagnóstico: _____
 Fecha de visita: _____ Hora: _____

Actividad	Logros y dificultades	Recomendaciones/observaciones

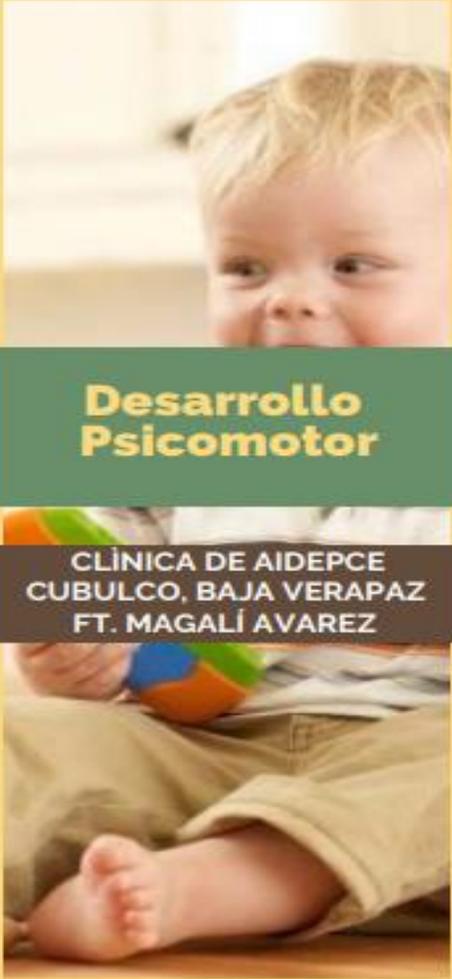
f. _____

Encargado (a) de beneficiario

f. _____

Fisioterapeuta. Magalí Alvarez

Trifoliar dirigido a padres de familia de la clínica de Cubulco, Baja Verapaz.

<h3>De 10 a 12 meses</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Se pone de pie con apoyo. • Camina sostenido bajo brazos. • Coge objetos pequeños con participación del dedo pulgar. • Encuentra objetos que son escondidos delante suyo. • Entiende cuando lo llaman por su nombre. 	<h3>De 16 a 18 Meses</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Camina solo. • Hace garabatos en el papel. • Dice al menos tres palabras. • Mete objetos pequeños dentro de botellas u orificios pequeños. • Agarra tres objetos a la vez. 	
<h3>De 13 a 15 meses</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Camina sin apoyo. • Se agacha en cuclillas. • Dice varias palabras, hace rayas con un lápiz • Apunta con el índice para pedir lo que quiere. • Se pone de pie solo. • Dice papá, mamá 	<h3>De 19 a 24 meses</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Sube las escaleras gateando con ayuda. • Se sube a una silla. • Comienza a comer solo. • Sube y baja escaleras solo. • Corre e intenta saltar con los dos pies juntos. • Dice su nombre. • Patea una pelota. 	

Desarrollo Psicomotor

CLÍNICA DE AIDEPCE
CUBULCO, BAJA VERAPAZ
FT. MAGALÍ AVAREZ

¿QUÉ ES EL DESARROLLO PSICOMOTOR ?

Es el proceso de incremento constante de las habilidades funcionales (motoras, cognitivas y de comunicación) que permiten al niño una progresiva independencia y adaptación al medio.



PRINCIPALES HITOS DE DESARROLLO

De 0 a 3 meses

- Sigue con la vista objetos de un lado a otro.
- Emite pequeños sonidos cuando está tranquilo (balbuceos).
- Sostiene y levanta ligeramente la cabeza cuando está boca abajo.



De 4 A 6 meses

- Sonríe cuando le hablan frente a su cara.
- Busca con la vista la fuente de sonido.
- Sostiene y levanta por completo la cabeza cuando está boca abajo.
- Vocalización prolongada.
- Diferencia a su madre o cuidador/a principal.

De 7 a 9 meses

- Se mantiene sentado por un corto tiempo con leve apoyo.
- Dice: da-da-da, pa-papa, ma-ma-ma, cuando se le habla.
- Agarra objetos a su alrededor.
- Juega con sus pies.

Guía de los Signos de Alarma del Desarrollo Psicomotor, dirigido a padres de familia de la clínica de Cubulco, Baja Verapaz.



Signos de Alarma del Desarrollo Psicomotor.

Clínica de AIDEPCE,
Cubulco Baja Verapaz
Ft. Magalí Alvarez



Edad media y variabilidad de algunas funciones

Función	Edad	Variabilidad
Sonrisa	4 a 6 semanas	1 a 8 semanas
Agarra objeto	5 meses	4 a 6 meses
Sentado con apoyo	7 meses	4 a 12 meses
Anda sin ayuda	13 meses	8 a 18 meses
Palabras con sentido	12 meses	8 a 24 meses
Frases	21 a 24 meses	10 a 36 meses
Bebe de una taza	15 meses	9 a 21 meses
Se viste solo	3 a 4 años	33 a 72 meses
Control de esfínteres:		
Diurno	2 años	16 a 48 meses
Nocturno	3 años	18 a 72 meses

¿Qué es un signo de Alarma del Desarrollo Psicomotor ?



Un signo de alarma es la expresión clínica de una desviación del patrón normal del desarrollo. Un signo de alarma no supone necesariamente la presencia de patología neurológica, pero es una alarma, una alerta que obliga a hacer un seguimiento evolutivo más exhaustivo del niño.

Primer mes

- No levanta la cabeza momentáneamente en posición boca abajo.
- No fija la mirada.
- Irritabilidad sin causa clara.
- Trastorno de la succión.
- Totalmente flácido.



3 meses

- Ausencia de sostén cefálico.
- No sigue objetos con la mirada.
- Ausencia de sonrisa afectiva.
- No reacciona a los sonidos.
- Irritabilidad.
- Totalmente flácido.



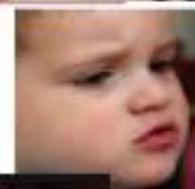
De 4 a 6 meses

- No controla la cabeza.
- No fija la mirada en las personas.
- Mantiene las manos en puño.
- Ausencia de sedestación con apoyo.
- No logra girarse hacia boca arriba o abajo.
- No alcanza objetos .
- No utiliza alguna de las dos manos.



De 7 a 9 meses

- No controla por completo la cabeza.
- No se sostiene al ser llevado a una posición sentada.
- Se mantiene en una sola posición.
- Ausencia de monosílabos y bisílabos.
- espasticidad(rigidez) en miembros inferiores.
- Ausencia de volteo.
- No es capaz de retener los objetos.
- No reconoce a las personas de su entorno.



De 10 a 12 meses

- No se mantiene sentado ni por instantes.
- No responde a sonidos ni cuando le hablan.
- Ausencia de bipedestación.
- Manipulación repetitiva, torpe, asimétrica.
- Presencia de movimientos involuntarios o simétricos.
- Falta de interés por desplazarse.
- No explora juguetes.
- No imita gestos.
- No repite sonidos



De 13 a 18 meses

- No camina con apoyo.
- Ausencia de marcha autónoma.
- No sube escalones gateando.
- No emite ninguna palabra.
- No nombra ni señala objetos.
- No construye torres con cubos.
- Falta de juego imitado.
- No dice palabras sueltas.



De 19 a 24 meses

- No intenta subir ni bajar escaleras.
- No entiende orden verbal gestual.
- No intenta formar torres.
- No corre.
- No realiza trazos con un lápiz.
- No señala partes de su cuerpo.
- No pide de comer o de beber.
- No realiza juego imitado.
- No patea la pelota.
- No une palabras para formar frases.



Guía de estimulación en casa, dirigido a padres de familia de la clínica de Cubulco, Baja Verapaz.

Guía de Estimulación en Casa.

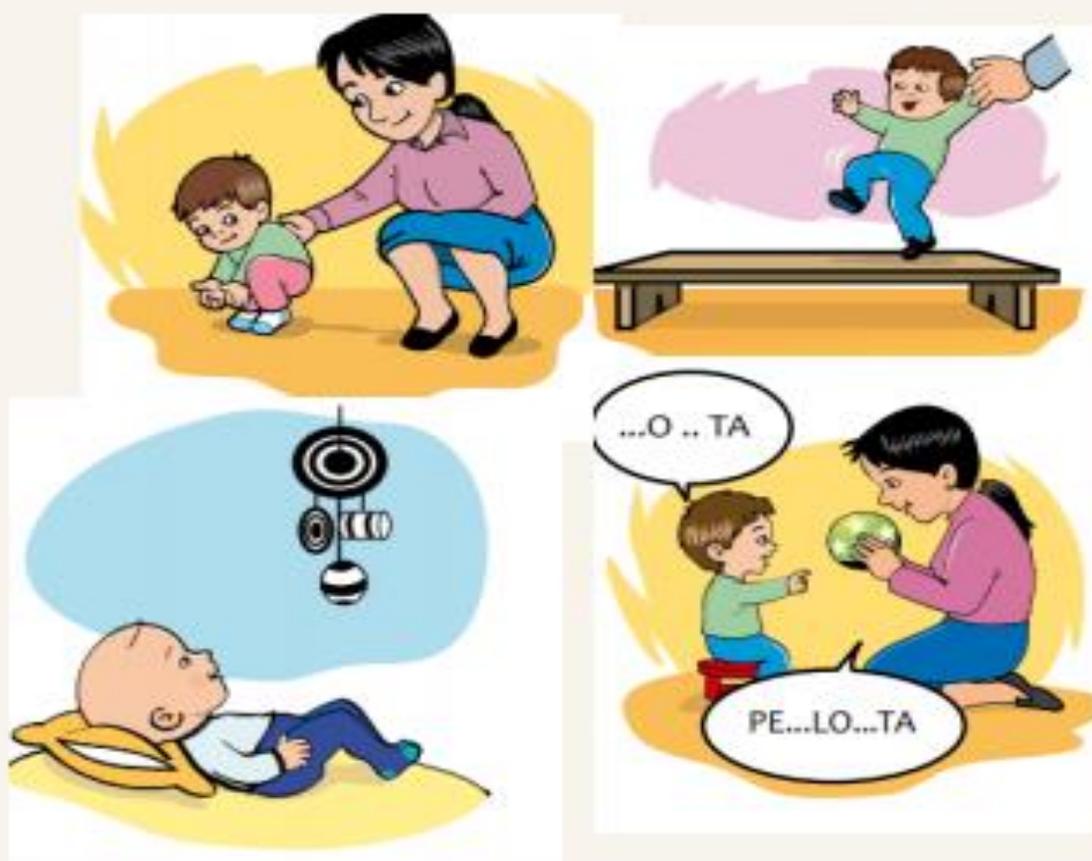
**Clínica AIDEPCE, Cubulco Baja
Verapaz**

FT. Magalí Alvarez



Actividades que puedes realizar en casa

La estimulación brindada en casa permite generar avances y cambios importantes en el desarrollo de niño desde el movimiento, coordinación, socialización y lenguaje.



Recién Nacido



Acueste al bebé boca abajo, sobre una manta extendida en el piso. Muestre al bebé un sonajero o campanilla de color negro o rojo, hágala sonar y cuando el bebé la mire muévala hacia arriba para que intente levantar la cabeza.



Continúe con el bebé boca abajo, descúbrale por un momento la espalda y acariciesela con un dedo, desde la nuca hasta su cadera. Repita esta acción aumentando el número de dedos cada vez.



Continúe con el bebé boca abajo, descúbrale por un momento la espalda y acariciesela con un dedo, desde la nuca hasta su cadera. Repita esta acción aumentando el número de dedos cada vez.



Continúe con el bebé boca arriba, con ayuda de sus dedos forme una sonrisa en la boquita del bebé; sonríale mientras realiza este ejercicio.

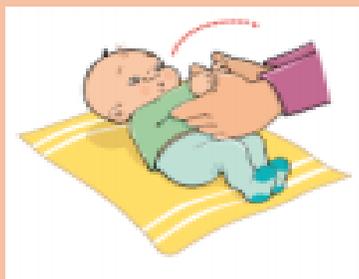


Tome un pedazo de algodón y hágalo rozar suavemente por las mejillas, labios y toda la cara del bebé.



Acarícielo las manos haciendo movimientos circulares dentro de sus palmas; estire y acaricie cada uno de sus dedos.

De 1 a 3 meses



Acueste a la niña o niño boca arriba sobre una manta extendida en el piso. Coloque sus dedos pulgares dentro de las manos de la niña o niño, sujételo firmemente y levántelo un poco hacia la posición sentado, para que intente sostener la cabeza.



Coloque un objeto de color rojo a 30 cm de la cara de la niña o niño y muévelo lentamente de un lado a otro para que lo siga con la vista e intente mover la cabeza. Asegúrese que la niña o niño fije la mirada en la pelota antes de comenzarla a mover



Continúe con la niña o niño boca arriba. Coloque una sonaja, campana o cascabel a unos 15 cm de una oreja y hágala sonar, para que la niña o niño busque la fuente del sonido al escucharlo; repita esta acción con la otra oreja, muéstrele el objeto haciéndolo sonar y luego deje que juegue con él.

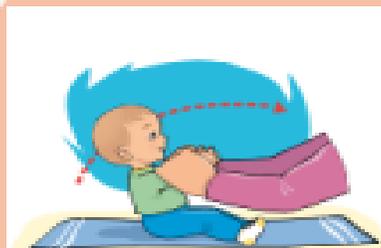


Hablar o cantar frente a la cara de la niña o niño, cuando haya fijado la mirada en usted, muévase de un lado a otro para que lo siga con la vista e intente mover la cabeza.



Hablar o cantar frente a la cara de la niña o niño, cuando haya fijado la mirada en usted, muévase de un lado a otro para que lo siga con la vista e intente mover la cabeza

De 4 a 6 meses



Acueste a la niña o niño boca arriba sobre una manta en el piso, tómelolo de los antebrazos y lentamente siéntelo, acompañe la acción diciéndole "arriba". Estando sentado inclinarlo lentamente hacia adelante para que apoye sus manos entre sus piernas en reacción de defensa.



Coloque a la niña o niño semisentado sobre una manta, juegue con él escondiéndose detrás de un pañuelo y reaparezca, llamándole por su nombre; repita la misma acción tapando a la niña o niño con el pañuelo.



Sentar con ayuda a la niña o niño frente a un espejo para que se mire, acarícielo y dele besitos para que pueda observar las demostraciones de cariño, déjelo tocar el espejo si desea hacerlo.

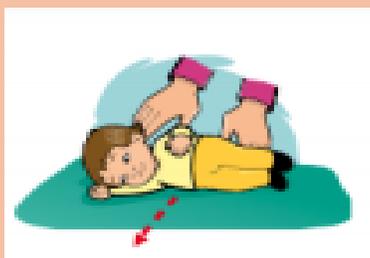


Coloque a la niña o niño semi-sentado sobre una manta, apoyado con cojines o almohadas; haga sonar objetos delante de él a un ritmo (sonajas, tambor, maracas, cascabeles, campanas) y con el mismo ritmo intente hacerlo con su voz



Acueste a la niña o niño boca abajo sobre una manta y póngale juguetes un poco retirados del alcance de sus manos para que trate de alcanzarlos. Ayúdelo colocando sus manos en la planta de los pies para que le sirva de apoyo e intente arrastrarse.(10 minutos)

De 7 a 9 meses



Acueste a la niña o niño boca arriba sobre una manta, estimularlo a que gire a la posición boca abajo, extendiendo el brazo y la pierna hacia donde se dará la vuelta, ayúdelo a rodar.



Acueste a la niña o niño boca abajo sobre una frazada enrollada y ruédelo lentamente hacia los lados; enséñele a detener la caída con los brazos.

Darle a la niña o niño una caja mediana o recipiente plástico para que meta y saque objetos pequeños. (cubos, tapas de gaseosa).

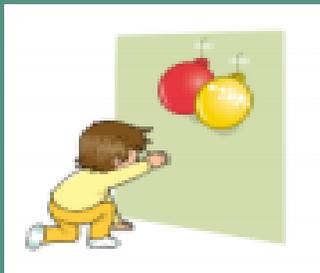


Coloque a la niña o niño boca abajo y pásese una sabana doblada a lo largo del vientre. Luego colocarlo apoyado en manos y rodillas, para que se acostumbre a la posición de gateo, coloque juguetes delante de él. Déjelo avanzar si intenta hacerlo.

DE 10 a 12 meses



Entregarle a la niña o niño juguetes que produzcan diferentes sonidos. Entregarle a la niña o niño juguetes que produzcan diferentes sonidos



Perfore una lámina de microporoso con agujeros pequeños y diferentes tamaños para que la niña o niño meta sus dedos y mire a través de ellos



Cuelgue en la pared o puertas, globos pequeños y moños de cintas de agua de colores; sienta a la niña o niño a la altura de ellos para que intente ponerse de pie. Cada vez cuélguelos mas arriba para que se esfuerce por agarrarlos.

Colócalo junto a la cama para que se apoye en ella con una mano y tómale la otra para darle mayor seguridad; guíalo alrededor de la cama para que camine.

DE 13 a 15 meses

- Motiva al niño a cargar objetos ligeros y transportarlos de un lugar a otro.
- Enséñale a jalar o empujar objetos ligeros.
- Invítalo a caminar con ayuda; tómalolo de la mano o colócalo cerca de algún mueble del que se pueda apoyar.
- Motiva al niño a caminar solo, mostrándole algún juguete que le guste. Debes estar cerca para transmitirle seguridad.
- Coloca una fila de sillas separadas por una corta distancia; en la primera pon un juguete para que lo tome; pasado un tiempo cambia ese juguete a la siguiente silla y así sucesivamente para que el niño vaya de un lugar a otro. Después podrás aumentar el espacio entre cada silla.
- Lanza globos o pelotas hacia diferentes direcciones para que el niño se dirija a ellas caminando sin ayuda.
- Dale vasos de plástico de diferentes tamaños para que los encaje uno dentro de otro.



DE 16 a 18 meses

- Estimula su patrón de marcha, motivándolo a caminar por diferentes espacios: inclinaciones (rampas), caminos estrechos, entre otros.
- Realiza junto con el bebé, tomándolo de la mano, la marcha hacia varias direcciones: adelante, atrás, a un lado, al otro, en zigzag, haciendo círculos.
- Permítele que camine descalzo sobre arena o cualquier otro sitio liso. Esto le ayudará a fortalecer sus tobillos y a la sensación táctil.
- Acompaña al niño mientras empuja una pelota con un pie y camina tras ella, tomándole la mano para que no pierda el equilibrio.
- Motívalo para que se suba sobre almohadas, como si fuesen escalones.



- Dale cajitas vacías de cerillos y enséñale a abrirlas y cerrarlas, ocupando las dos manos; una para sostener la caja y otra para jalar y abrir o cerrar.
- Enséñale con canciones su esquema corporal, pidiéndole que con sus manos toque su cabeza, hombros, piernas.
- Muéstrale cómo estirar los brazos y caminar; como imitando un avión.
- Ayúdalo a subir escaleras; primero gateando y después, tomándolo de la mano, que suba un pie y luego otro de manera alterna.



De 19 a 24 meses

- Invita al niño a imitar diferentes posturas de animales y a caminar como ellos; por ejemplo, caminar en cuatro puntos como un perro o un gato.
- Tómalo de la mano y enséñale a caminar de prisa persiguiendo a algún hermanito o a su papá.
- Dale la oportunidad de que participe en casa haciendo mandados (pídele que lleve objetos ligeros a personas dentro de casa); por ejemplo, "por favor llévale esta galleta a papá".
- Dale carritos de plástico o de madera para que los empuje por diferentes lugares (sobre rampas, pisos planos o inclinados, entre otros).
- Sobre una mesa, coloca una pelotita de papel y enséñale cómo empujarla sobre la superficie utilizando un solo dedo; después pídele que lo haga.



- Muéstrale un libro y enséñale cómo hojearlo; después invítalo a que lo realice solo.
- Dale crayones gruesos y permítele que haga movimientos libres sobre papel, motivando y reconociendo sus garabatos como algo valioso.
- Cuando los vidrios de la ventana estén empañados, permítele que con el dedo dibuje garabatos sobre ellos.
- Motívalo a imitar diferentes movimientos; por ejemplo, agacharse, ponerse de rodillas, en cuclillas y marchar.

