

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA

***“Estimulación temprana en lactantes  
prematuros menores de un año, y  
algunos factores familiares y del niño”***

Seminario Tesis para optar al Grado de Licenciado de Enfermería.

**AUTORES:**

Karina Olivares Massú  
Eileen Pino Neira  
Claudia Rojas Cruz  
Valentina Sillerico Asenjo  
Luis Villablanca Villalobos

**DOCENTE GUÍA:** Marta Bahamondes Aliaga.

VALPARAISO – CHILE

2006

**Agradecemos:**

*A nuestras familias,  
por ser un pilar de fortaleza, motivación,  
y hacernos las personas que hoy somos.*

*A Dios,  
por las virtudes que nos unieron como grupo.*

*A nuestra docente guía,  
Sra. Marta Bahamondes,  
por su apoyo y orientación.*

*A la Dra. M<sup>a</sup> Isabel Saldes y la Enfermera Mariela Rojas,  
quienes nos facilitaron  
la realización de la investigación.*

*Y a todas aquellas personas significativas,  
que alguna vez aportaron su granito de arena  
para el desarrollo de nuestro estudio.*

*A todos sinceramente...*

*Gracias.*

## ÍNDICE

✦ <b>Agradecimientos</b>	ii
✦ <b>Índice</b>	iii
<b>CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN</b>	
✦ <b>Introducción</b>	2
✦ <b>Delimitación del Problema</b>	4
✦ <b>Definición de Términos</b>	4
✦ <b>Limitaciones del Estudio</b>	6
<b>CAPITULO 2: MARCO CONCEPTUAL</b>	
✦ <b>Crecimiento y Desarrollo del Lactante</b>	
- <b>Crecimiento y Desarrollo del lactante menor de 1 año</b>	8
- <b>Teorías del Desarrollo</b>	14
- <b>Desarrollo Psicomotor</b>	16
✦ <b>Satisfacción de Necesidades en el Niño Prematuro</b>	17
✦ <b>Integración Sensorial</b>	20
✦ <b>Enriquecimiento Sensorial y Estimulación Temprana</b>	22
✦ <b>Epidemiología del Prematuro Extremo</b>	27
✦ <b>Rol del Profesional de Enfermería en el Policlínico de Seguimiento del Prematuro</b>	27
✦ <b>Objetivos Generales</b>	31
✦ <b>Objetivos Específicos</b>	31
✦ <b>Definición y Operacionalización de Variables</b>	32

<b>CAPITULO 3: METODOLOGÍA</b>	
✦ <b>Organización del Trabajo grupal</b>	45
✦ <b>Revisión Bibliográfica</b>	46
✦ <b>Definición de Universo y Diseño Muestral</b>	46
✦ <b>Metodología de Recolección de Datos</b>	48
✦ <b>Método de Procesamiento y Análisis de Datos</b>	50
✦ <b>Criterios para efectuar el Análisis de los Resultados</b>	51
✦ <b>Organización del trabajo en terreno</b>	53
<b>CAPITULO 4: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS</b>	
✦ <b>Análisis Descriptivo de los Resultados del Estudio</b>	55
<b>CAPITULO 5: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y RESUMEN</b>	
✦ <b>Conclusiones</b>	87
✦ <b>Recomendaciones</b>	89
✦ <b>Resumen</b>	90
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	
✦ <b>Referencias bibliográficas</b>	91
✦ <b>Bibliografía</b>	92

## **ANEXOS**

- **Anexo 1:** Hitos del Desarrollo.
- **Anexo 2:** Actividades de Estimulación del niño hasta el año de vida.
- **Anexo 3:** Resumen: Programa de salud del niño – comisión nacional policlínico de seguimiento de prematuros.
- **Anexo 4:** Consentimiento Informado.
- **Anexo 5:** Instrumento de Valoración Cuestionario.
- **Anexo 6:** Entrevista a Profesionales.

## INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

### GRÁFICOS:

#### ✓ Factores Familiares

	<b>Página</b>
✓ <b>Gráfico N° 1:</b> Distribución de los cuidadores según tramos de edad de los lactantes.	55
✓ <b>Gráfico N° 2:</b> Distribución de edades de los(as) cuidadores(as) de los lactantes en estudio.	56
✓ <b>Gráfico N° 3:</b> Distribución de la escolaridad de los(as) cuidadores(as) de los lactantes en estudio.	57
✓ <b>Gráfico N° 4:</b> Distribución de los(as) cuidadores(as) según su experiencia previa en estimulación temprana.	58
✓ <b>Gráfico N° 5:</b> Distribución sobre actividades de estimulación recibida de los profesionales de salud.	59
✓ <b>Gráfico N° 6:</b> Distribución sobre las actividades de Estimulación específica según cada profesional de la Salud.	60
✓ <b>Gráfico N° 7:</b> Distribución sobre las Actividades de Estimulación recibidas por los cuidadores de otras personas.	61
✓ <b>Gráfico N° 8:</b> Distribución sobre las Actividades de Estimulación obtenidas de los medios de comunicación.	62
✓ <b>Gráfico N° 9:</b> Distribución de tipos de familia de los cuidadores de los lactantes en estudio.	63
✓ <b>Gráfico N° 10:</b> Distribución de los lactantes según edad	64
✓ <b>Gráfico N° 11:</b> Distribución de lactantes según género	64
✓ <b>Gráfico N° 12:</b> Distribución de Peso de los lactantes.	65
✓ <b>Gráfico N° 13:</b> Edad Gestacional del lactante en semanas	66
✓ <b>Gráfico N° 14:</b> Distribución de lactantes que recibieron Lactancia Materna	67
✓ <b>Gráfico N° 15:</b> Distribución que tuvo lactancia materna en los lactantes que la recibieron.	68
✓ <b>Gráfico 16:</b> Distribución de los lactantes que presentaron alteraciones en el estado de salud desde el momento del nacimiento al alta.	69
✓ <b>Gráfico N° 17:</b> Distribución de las alteraciones del estado de salud	70

que presentaron los lactantes según sistema, desde el nacimiento hasta el momento del alta.	
✓ <b>Gráfico N° 18:</b> Distribución de los lactantes que presentaron alteraciones en el estado de salud desde el alta al momento del estudio.	71
✓ <b>Gráfico N° 19:</b> Distribución de las alteraciones del estado de salud que presentaron los lactantes por sistema, desde el alta al momento del estudio.	72
✓ <b>Gráfico N° 20:</b> Distribución de los lactantes según lugar que ocupa entre sus hermanos	73

### TABLAS:

	<b>Página</b>
✓ <b>Tabla n° 1:</b> Población de Prematuros Extremos Menores de un año asignada a los Consultorios de Especialidades Hospital Dr. Gustavo Fricke y Dr. Carlos Van Buren.	52
<b>Tabla n° 2:</b> Estratificación de la muestra según la edad de los prematuros de los consultorios de especialidades Hospital Dr. Gustavo Fricke y Hospital Dr. Carlos Van Buren.	52
✓ <b>Tabla n° 3:</b> Descripción general del instrumento.	54
<b>Tabla n° 4:</b> Criterios de Análisis para la frecuencia de las actividades y categoría de estimulación.	57
✓ <b>Tabla n° 5:</b> Actividades de Estimulación en el Área Motora Primer Periodo (0 a 3 meses).	74
✓ <b>Tabla n° 6:</b> Actividades de Estimulación en el Área Lenguaje Primer Periodo (0 a 3 meses).	75
✓ <b>Tabla n° 7:</b> Actividades Estimulación en el Área Coordinación Primer Periodo (0 a 3 meses).	76
✓ <b>Tabla N° 8:</b> Actividades de Estimulación en el Área Social Primer Periodo (0 a 3 meses)	77
✓ <b>Tabla N° 9:</b> Actividades de Estimulación en el Área Motora Segundo Periodo (4 a 6 meses)	78
✓ <b>Tabla N° 10:</b> Actividades Estimulación en el Área Lenguaje Segundo Periodo (4 a 6 meses)	79
✓ <b>Tabla N° 11:</b> Actividades Estimulación en el Área Coordinación Segundo Periodo (4 a 6 meses)	80
✓ <b>Tabla N° 12:</b> Actividades de Estimulación en el Área Social Segundo Periodo (4 a 6 meses)	81
✓ <b>Tabla N° 13:</b> Actividades de Estimulación en el Área Motora Tercer Período (7 a 12 meses)	82
✓ <b>Tabla N° 14:</b> Actividades de Estimulación en el Área Lenguaje	83

Tercer Período (7 a 12 meses)	
✓ <b>Tabla N° 15:</b> Actividades Estimulación en el Área Coordinación Tercer Período (7 a 12 meses)	84
✓ <b>Tabla N° 16:</b> Actividades Estimulación Área Social Tercer Período (7 a 12 meses)	85



# **CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN**

## INTRODUCCION

El crecimiento y desarrollo de los seres humanos constituye un espiral, que requiere de la superación de una etapa para avanzar a la siguiente. Este crecimiento es a nivel biosicosocial y requiere de la interacción de múltiples factores, para que se lleve a cabo satisfactoriamente. Cuando este proceso se ve interrumpido previo al nacimiento de un ser humano, se altera también el curso del desarrollo siendo necesaria una adaptación de dichos factores entre los cuales se encuentran las personas que cuidan al niño y que deben contar con las características necesarias para favorecer el óptimo crecimiento y desarrollo de sus hijos.

Es por esto, que nace el concepto de “Estimulación temprana”, entendido como toda aquella actividad de contacto o juego que propicia, fortalece y desarrolla adecuada y oportunamente las potencialidades del lactante de acuerdo a la etapa de desarrollo psicomotor en que se encuentra.

El equipo de salud también favorece esta estimulación, entregando las competencias necesarias a los(as) cuidadores(as), para que puedan llevar a cabo la crianza de la mejor forma posible dentro de sus posibilidades. Es aquí donde la enfermera cumple un rol fundamental a través de todas sus funciones; entrega información, capacita, realiza controles de salud, entre otras actividades.

En Chile, la incidencia para el año 2004 de los recién nacidos de muy bajo peso de nacimiento, también conocidos como prematuros extremos, corresponde aproximadamente al 0,9% de los nacidos vivos (250.000 niños); siendo estos prematuros los más vulnerables de sufrir alteraciones en su crecimiento y desarrollo.

Es por esto que existe en Chile, el *Programa de salud del niño – comisión nacional policlínico de seguimiento de prematuros*, cuyo objetivo es optimizar el estado de salud de los lactantes prematuros.

Por lo anterior, nace la inquietud de investigar acerca de la Estimulación Temprana que brindan los(as) cuidadores(as) de los lactantes prematuros extremos menores de un año de los Consultorios de Especialidades de la Quinta Región, por ser ellos más susceptibles de sufrir alteraciones en su desarrollo psicomotor.

Se presenta a continuación un estudio Cuantitativo de Tipo Descriptivo Transversal con el que se espera contribuir con algunas sugerencias que puedan servir para la implementación de estrategias educativas de Estimulación Temprana a los niños prematuros.

## DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Estimulación temprana que realizan los cuidadores a lactantes prematuros menores de un año, y algunos factores familiares y del niño, en consultorios de Especialidades de Hospital Carlos Van Buren y Hospital Gustavo Fricke, de la provincia de Valparaíso 2006.

### **Definición de Términos:**

- **Cuidadores:** se considera a la madre, padre u otra persona que está a cargo del niño como mínimo 8 horas diarias, entre los que se incluye: abuelos, tíos, hermanos mayores, primos u otros adultos.
- **Lactantes prematuros menores de un año:** corresponde a lactantes prematuros extremos de ambos sexos entre 0 días y 11 meses 29 días de vida, nacidos antes de las 32 semanas de gestación y/o con un peso igual o menor a 1.500 kilogramos (considerando uno o ambos requisitos como válidos) en control activo en los Consultorios de Especialidades de Hospital Dr. Carlos Van Buren y Hospital Dr. Gustavo Fricke. Sin antecedentes patología crónica.
- **Actividades de estimulación temprana:** corresponde a todas las actividades psicomotoras que realizan los cuidadores con el niño para que alcance un desarrollo óptimo de sus capacidades físicas y mentales, según la etapa de desarrollo en que se encuentre.

- **Factores familiares:** corresponden a las características de la familia, tales como:
  1. Edad del cuidador
  2. Escolaridad del cuidador
  3. Experiencias previas del cuidador en estimulación temprana
  4. Fuentes de información del cuidador
  5. Tipo de familia
  
- **Factores del niño:** corresponden a las características del niño tales como:
  1. Edad
  2. Sexo
  3. Peso de nacimiento
  4. Edad gestacional
  5. Duración de lactancia materna
  6. Antecedentes de salud
  7. Número ordinal del lactante dentro de sus hermanos vivos.

## LIMITACIONES DEL ESTUDIO

### a) Etapa de Diseño:

- ☞ Escasa bibliografía actualizada relacionada con el tema.
- ☞ Complejidad en la confección del instrumento del estudio, debido a la selección de actividades de estimulación necesarias para la correcta evaluación de los hitos del desarrollo.
- ☞ Escaso acceso a la población en Atención Primaria.
- ☞ Dificultad en el acceso de información en el campo clínico de Valparaíso, debido a la ausencia del profesional de Enfermería.

### b) Etapa de Ejecución:

- ☞ Dificultades en la aplicación del instrumento, debido a la incompatibilidad horaria, con las otras cátedras de la carrera.

## **CAPÍTULO 2: MARCO CONCEPTUAL**

## **CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL LACTANTE MENOR DE UN AÑO**

### **(1)**

El estudio del crecimiento y desarrollo constituye la base en el manejo pediátrico. Se entiende por crecimiento a las modificaciones del tamaño del cuerpo como un todo o de sus partes; y por desarrollo a los aspectos de diferenciación morfológica y los cambios funcionales que están moldeados principalmente por interacciones con el entorno, y que pueden afectar al ámbito estructural, emocional o social.

El crecimiento y desarrollo, desde el nacimiento hasta el primer año de vida es muy acelerado, el niño triplica su peso, aumenta el doble su estatura y alcanza el 70% del crecimiento cerebral. Esto sucede en un lactante de término (nacido en las 38 a 41 semanas de gestación), eutrófico (de peso normal entre 2500 a 4000 kilogramos) y adecuado para su edad gestacional (se ubica entre el percentil 10 y 90 según las tablas de crecimiento y desarrollo). Ahora bien si hablamos de lactantes Prematuros o de Pretérmino (nacido antes de las 37 semanas de gestación) se observa que al nacer su peso es menor en comparación con el RN de término (menos de 2500 kilogramos), y presentan alteraciones en su crecimiento y desarrollo debido a la inmadurez de su sistemas orgánicos. Pueden presentar síntomas específicos complejos, que emergen a lo largo de la vida, aún en la adolescencia (anormalidades motoras sutiles, trastornos en el aprendizaje y problemas de conducta). Algunos con consecuencia de lesiones directas y otros secundarios al ambiente extrauterino y la capacidad aún inmadura del Sistema Nervioso Central (SNC) de adaptación a una existencia autónoma, fuera del útero. Pero el riesgo y las perspectivas del RN de pretérmino no es el mismo, pues



depende del grado de inmadurez con el que nazca el niño, edad gestacional, peso al nacimiento y los problemas de salud que pueda tener en la primera etapa de su vida.

A continuación se mencionan y comparan algunas de las características de crecimiento y desarrollo físico de un lactante de término con un lactante prematuro.

### **Proporciones Corporales**

El lactante de término, parece desproporcionado con una cabeza grande que equivale a  $\frac{1}{4}$  de su longitud corporal total, y extremidades cortas. Posee abundante tejido adiposo principalmente en las extremidades. Con un peso promedio de 3.200 kilogramos y una talla de 50 centímetros.

En lactante de pretérmino las proporciones corporales son similares al de término, con peso y talla inferiores a 2500 kilogramos y 47 centímetros respectivamente. Y hay mínima actividad muscular y poca cantidad de grasa

### **Cabeza**

En lactante de término el crecimiento craneano es rápido, aumenta 1.5 cm/mes en los primeros 6 meses y los siguientes 6 meses sólo 0.5 cm/mes. El cierre de las suturas craneales y la fontanela posterior o Landa sucede a los 3 meses; y la anterior o Bregma a los 18 meses.

El aumento de tamaño de la cabeza está en relación con el crecimiento y diferenciación del sistema nervioso central.

Conducto auditivo desarrollado y funcional desde el nacimiento. Al mes es capaz de discriminar sonidos.

La agudeza visual mejora a las seis semanas y logra la binocularidad, que se establece definitivamente a los cuatro meses. La percepción de profundidad o estereopia inicia su desarrollo entre los 7 y 9 meses.

El cuello es corto, con pliegues por la acumulación de tejido adiposo (grasa).

En lactante de pretérmino el perímetro craneal es menor que el de término. Presenta ciertas características como: cabeza grande en relación a su cuerpo, al igual que lactante de término; craneotabes (huesos craneales blandos); ojos prominentes, y pabellones auriculares blandos y mal desarrollados.

## **Tórax**

En lactante de término. Alrededor del año su circunferencia se iguala a la de la cabeza. Las costillas están horizontales, la respiración es abdominal, más lenta y relativamente estable, con un promedio de 40 – 50 respiraciones por minuto. Los músculos intercostales poseen escaso desarrollo, la capacidad torácica es pequeña.

El sistema respiratorio no está completamente maduro, sus características anatómicas son especiales: conductos nasales cortos, poca vascularización y escaso desarrollo del epitelio ciliar, trompa de Eustaquio corta y recta comunicada directamente con la nasofaringe, la tráquea cercana a los bronquios que son cortos y de diámetro pequeño. El corazón a esta edad representa el 0.9% del peso corporal. Su frecuencia se hace más lenta que en la etapa de recién nacido alcanzando en el primer semestre un promedio 130 pulsaciones por minuto y en el segundo semestre 115 pulsaciones por minuto. Los valores de la presión arterial fluctúan entre los 106-94 / 59-50.

En lactante de pretérmino el perímetro torácico es menor de 29 cm. Se observa un Tórax estrecho con nódulos mamarios poco desarrollados. Los problemas respiratorios se deben a la inmadurez del centro respiratoria e inmadurez pulmonar {caja torácica insuficiente, musculatura respiratoria ineficaz, desarrollo alveolar incompleto, y disminución del surfactante (sustancia que proporciona elasticidad al pulmón)}.

En relación a sistema cardiovascular los lactantes de pretérmino presentan inmadurez del miocardio, inmadurez de los vasos y persistencia de los conductos fetales (ductus arterioso).

Todo esto puede provocar taquicardias, hipotensión arterial, ductus persistente e insuficiencia cardiaca.

Hay déficit de vitamina E y de los depósitos de Fe. Estos problemas provocan anemia general, anemia hemolítica y anemia ferropénica.

## **Abdomen**

En lactante de término existe un aumento fisiológico del colon, ocupando un gran volumen y desplazando el diafragma hacia arriba, lo que reduce la capacidad torácica. La posición del estómago es más horizontal, su tamaño aumenta durante el primer año, logrando tolerar un mayor volumen de alimentos. (1 mes 90-150 cc; 1 año 200 a 300 cc)

Se debe destacar que el funcionamiento digestivo, el hígado y el páncreas tienen características especiales debido a su inmadurez.

Las deposiciones tienen características relacionadas con la alimentación: pastosas cuando sólo se alimenta con leche, y más sólidas cuando se le agregan papillas. Su frecuencia se relaciona con la frecuencia de la alimentación.

El sistema renal cumple de manera adecuada la función de filtración pese a la inmadurez relativa que presenta. Los volúmenes promedio de orina en 24 horas son: 2 a 11 meses: 400- 500 c.c. La frecuencia de la diuresis es variable, esperando que entre una toma (pecho o mamadera) y otra, esté mojado el pañal.

En lactante de pretérmino se aprecia igualmente con un abdomen prominente. Las alteraciones que se observan son: inmadurez anatómica funcional, musculatura del cardias poco desarrollada, escasa capacidad del gástrica, inmadurez enzimática; estas alteraciones van a causar las siguientes complicaciones: reflejo de succión disminuido, reflujo gastroesofágico, vómitos, dificultad para absorber grasas y vitaminas.

Las alteraciones en la eliminación que puede presentar el lactante de pretérmino son: incapacidad para eliminar solutos por la orina, causado por inmadurez renal, aumento

excesivo de pérdidas hídricas por la gran permeabilidad y extensión cutánea, alteración de la motilidad intestinal por el peristaltismo debido a la inmadurez nerviosa; todo esto hace que sea más susceptible a: oliguria, edemas, hematuria, deshidratación, hipernatremia, acidosis, estreñimiento, íleo paralítico, tapón meconial.

### **Sistema Inmunológico**

Durante los primeros meses se defiende con los antígenos que su madre traspasó a través de la placenta. Luego ante la exposición a los antígenos administrados mediante las vacunas o a la exposición directa a las enfermedades, el niño adquiere su propia inmunidad. Además recibe inmunoprotección por medio de la Lactancia Materna.

En lactante de pretérmino encontramos: inmunodependencia fisiológica, inmadurez en formación de anticuerpos y defensa celular, piel y membranas mucosas poco protectoras; todo esto puede ocasionar infecciones congénitas, perinatales y hospitalarias.

### **Desarrollo Óseo**

Existe un crecimiento de los huesos planos. El tejido pasa de fibro-cartilaginoso a óseo propiamente tal mediante el desarrollo que se despliega en los núcleos de osificación.

En lactante de pretérmino presenta Craneotabes, es decir huesos blandos que pueden ocasionar Deformaciones óseas.

### **Desarrollo Muscular**

El tejido muscular desplaza el tejido adiposo en forma paulatina estimulado por el desarrollo progresivo de la psicomotricidad.

Los lactantes de pretérmino presentan movimientos lentos, fuerza y actividad muscular mínima y reflejos disminuidos. En relación a su actividad postural y de extremidades: puede presentar hipotonía y extremidades en extensión, y se caracterizan por ser: cortas, delgadas (poco desarrollo muscular), uñas blandas y cortas, y pliegue único transversal en plantas de los pies.

### **Piel**

Es delgada, de estrato córneo (superficial) muy fino; las glándulas sudoríparas y sebáceas no han terminado su desarrollo. Asimismo existe un déficit en los mecanismos de regulación de la temperatura e hidratación ya que el tejido subcutáneo y la hipodermis son más delgados.

La piel en los lactantes de pretérmino presenta las siguientes características: es delgada, resalte de relieves óseos, color rojizo intenso, ictericia precoz fisiológica y persistente, cianosis distal, edemas y lanugo

Además se caracteriza por tener: inmadurez del centro termorregulador y facilidad para asimilar la temperatura ambiental; todo esto puede ocasionar inestabilidad térmica.

### **Genitales**

En recién nacido de pretérmino se observan: testículos no descendidos, escroto con pocas arrugas y labios mayores poco desarrollados.

## **TEORIAS DEL DESARROLLO**

### **Teoría del Desarrollo psicosocial. Erik Erikson (2)**

#### **Primer estadio: Etapa De Confianza versus Desconfianza**

El primer estadio, el de infancia o etapa sensorio-oral comprende desde el nacimiento a los 12 – 18 meses de vida. La tarea es desarrollar la confianza sin eliminar completamente la capacidad para desconfiar.

Si el padre y la madre proveen al recién nacido de un grado de familiaridad, consistencia y continuidad, el niño desarrollará un sentimiento de que el mundo, especialmente el mundo social, es un lugar seguro para estar; que las personas son de fiar y amorosas.

Si se logra un equilibrio, el niño desarrollará la virtud de esperanza, una fuerte creencia en la que se considera que siempre habrá una solución al final del camino, a pesar de que las cosas vayan mal. Uno de los signos que nos indican si el niño va bien en este primer estadio es si puede ser capaz de esperar sin demasiado reclamo ante la demora a una respuesta de satisfacción ante una necesidad.

### **Teoría del Desarrollo Psicosexual. Sigmund Freud (3)**

#### **Primera etapa: Oral**

Durante el primer año de vida posnatal, el origen principal de la búsqueda de placer y al mismo tiempo, de conflicto y frustración es la actividad oral.

La diversión que obtiene el niño de chupar, morder, mascar y vocalizar se ve restringido muy pronto por los que lo cuidan, la madre está pendiente cada vez de que el niño se chupa el dedo o mordisquea juguetes; es criticado y castigado, si no se somete y es recompensado por hacerlo.

En el período oral, el niño encuentra por primera vez el poder de la autoridad en su vida, una autoridad que es limitada en la búsqueda de placer. De esta manera, se determina la formación de rasgos que moldean su personalidad posteriormente.

### **Teoría del Desarrollo Cognoscitivo. Jean Piaget (4)**

#### **Primera etapa (estadio uno) 0-1 reflejos**

El primer estadio cubre el primer mes de vida, durante este tiempo las reacciones del recién nacido a la estimulación ambiental son reflejos naturales. Es a través de la modificación de estos reflejos que el infante evoluciona al segundo estadio.

Cada objeto nuevo que el niño encuentra, lo explora con actividades sensitivas y motrices que forman parte de las capacidades innatas del infante se dan procesos de asimilación y acomodación que sirven para ajustar los patrones sensoriales ya establecidos, para poder incorporar los aspectos que proporcionan los nuevos objetos de estímulo.

#### **Segunda etapa (estadio dos) 1-4 meses reacciones circulares primarias.**

En el segundo estadio el niño interactúa más con el medio ambiente. Esta etapa se caracteriza por acciones que ocurren al azar y que radican en el propio cuerpo del niño, por ejemplo al rozar con su dedo pulgar su boca, se activará el reflejo de succión, dando una sensación de placer y llevará a la repetición de la respuesta.

#### **Tercera etapa (estadio 3) 4-8 meses: Reacciones circulares secundarias.**

En la tercera sub etapa que empieza alrededor de los cuatro meses, el niño es claramente capaz de poner en marcha y de interrumpir un patrón de conducta. Se

caracteriza por la intencionalidad, ahora las consecuencias del comportamiento se vuelven de importancia primordial en la perpetuación de la conducta.

#### **Cuarta etapa (estadio 4) 8-12 meses: Coordinación de esquemas secundarios.**

En la cuarta sub etapa el bebé reúne varias reacciones secundarias a fin de conseguir logros más complejos. No sólo descubre la relación entre una acción y su consecuencia, y no sólo perpetúa esa acción. El niño empleará distintas técnicas o diversos sistemas de respuestas (esquemas) que anteriormente ha empleado con éxito.

### **DESARROLLO PSICOMOTOR (5)**

Los procesos de desarrollo neurológico, como son la adquisición de habilidades motoras gruesas o finas, dependen en gran medida de la maduración de las estructuras nerviosas pero pueden verse modificadas por el entorno, la experiencia y factores genéticos.

Durante los primeros meses de vida puede ser difícil distinguir entre el crecimiento y desarrollo físico y la maduración neurológica y conductual. Pero desde el final del primer año y durante la infancia, las funciones cognitivas e intelectuales se miden cada vez más por las capacidades de comunicación y por la habilidad para manejar material abstracto y simbólico.

El desarrollo psicosocial del niño integra todo lo anterior en un proceso que incorpora la constitución genética, la cognición y la experiencia a la configuración continua y definitiva del individuo como una persona y una personalidad únicas.

Como se menciono anteriormente, durante su primer año de vida, el niño se desarrolla con rapidez sorprendente, tanto físicamente como en su capacidad perceptiva y habilidades motrices. El desarrollo motriz por tanto corre paralelo al psicológico y ocupa junto con este un factor primordial en el desarrollo de la afectividad. Por lo que el conocimiento del desarrollo psicomotor y actividad refleja



reviste gran importancia; ya que su identificación presupone el conocimiento básico del desarrollo del SNC.

## **SATISFACCIÓN DE NECESIDADES EN EL NIÑO PREMATURO (6)**

### **➤ Necesidad de Respiración**

Los bebés prematuros, carecen de una proteína llamada surfactante que se produce en los pulmones e impide que los alvéolos se colapsen y puedan llenarse de aire. Esto les provoca dificultad para respirar y oxigenarse, y a menudo necesitan oxígeno adicional y asistencia respiratoria mecánica para mantener dilatados los pulmones.

El centro regulador de la respiración de estos bebés también es inmaduro, y en ocasiones, dejan de respirar durante unos segundos (apnea). Todas estas manifestaciones dependen de la dosis, de la forma de consumo y mucho, de la susceptibilidad de cada prematuro.

El problema del surfactante se trata con la administración de surfactante exógeno, por vía endotraqueal).

### **➤ Necesidad de Alimentación**

En lactante de pretérmino, debido a su inmadurez funcional, se presentan una serie de alteraciones en los mecanismos como: Reflejo de succión disminuido, Reflujo gastroesofágico, Vómitos, Dificultad para absorber grasas y vitamina.

Si bien estos niños reciben un manejo nutricional intensivo durante su estadía hospitalaria, debe haber preocupación por la que recibirán en el hogar después del alta. Desde noviembre del 2003 se inicia en el país un programa de alimentación con

leches especiales para prematuro (como parte del Programa Nacional de Alimentación Complementaria, PNAC) las cuales se usarán como complemento de la lactancia materna, durante el primer año de edad corregida.

Todo prematuro nacido con un peso menor a 1500 Kg. o una edad gestacional menor a 32 semanas es beneficiario del programa y se debe evaluar previo al alta su situación de lactancia materna, para determinar en consecuencia cual es la necesidad de apoyo en fórmulas de prematuros que requerirá ese niño(a) al alta, pudiendo encontrar las siguientes situaciones: Lactancia Materna Exclusiva y no requiere fórmula; Lactancia Materna predominante. Aquel niño(a) que recibe el 50% o más de leche materna y requiere fórmula; Fórmula de prematuro predominante: Aquel niño(a) que recibe menos del 50% de leche materna y requiere fórmula; y Fórmula exclusiva.

Además en los controles de estos niños es importante considerar: crecimiento adecuado (peso, talla, perímetro cefálico), control en policlínico de seguimiento nivel secundario, suplementar con hierro, zinc, vitamina D; reevaluación periódica de la situación de lactancia.

#### ➤ **Necesidad de Eliminación**

En el prematuro, las alteraciones en la eliminación que puede presentar producto de la inmadurez funcional, son: oliguria, edemas, hematuria, deshidratación, hipernatremia, acidosis, estreñimiento, íleo paralítico, tapón meconial.

Por lo que los cuidados deben ir dirigidos a evitar estas complicaciones, observando tempranamente signos y síntomas, educando a la madre a reconocerlos.

#### ➤ **Necesidad de Termorregulación**

El lactante prematuro presenta características propias como piel fina, menor cantidad de grasa parda que disminuye sus funciones; no es capaz de producir calor por otros medios, ni tienen la habilidad para responder al frío con escalofríos; las pérdidas de calor son mayores que la del lactante de término, a esto se suma la inmadurez del

centro termorregulador y facilidad para asimilar la temperatura ambiental; todo esto puede ocasionar inestabilidad térmica y hipertermia ambiental.

Por lo que es totalmente dependiente en la satisfacción de esta necesidad, la temperatura ideal del ambiente en el que se encuentra el prematuro debe ser de 33 a 35° C, para lograr una temperatura entre 36,5 a 36,8 en el lactante.

#### ➤ **Necesidad de Seguridad y Protección**

*Prevención de Enfermedades:* en el prematuro todos los mecanismos de defensa son inmaduros, presentan inmunodependencia fisiológica, inmadurez en formación de anticuerpos y defensa celular, piel y membranas mucosas poco protectoras; todo esto los hace más susceptibles a las infecciones.

Para evitar o prevenir que el niño presente infecciones es importante fomentar la lactancia materna para que así la madre le proporcione inmunidad o que reciba una alimentación adecuada según el Programa Nacional de Alimentación Complementaria(PNAC), y vigilar la adhesión del menor al programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Otra actividad importante es educar a la madre y a la familia sobre la prevención a través de vacunas que contempla el PAI.

#### ➤ **Necesidad de Reposo y Sueño**

El lactante prematuro duerme la mayor parte del día, debido a su rápido crecimiento y producción de energía. Las horas de sueño varían de acuerdo a la edad, los periodos de reposo y vigilia son breves. A medida que crece y madura se reducen las horas de sueño. Deben dormir en decúbito lateral derecho, para evitar asfixias. Los cuidados son los mismos que el lactante de término, eso si en el lactante prematuro el riesgo de asfixia es mayor debido a su inmadurez funcional.

#### ➤ **Necesidad de Afecto**

El recién nacido prematuro, necesita de cuidados intensivos y de hospitalización prolongada, así como la incertidumbre ante los problemas que pueden surgir durante su ingreso hospitalario y la posibilidad de secuelas futuras, representa para sus padres

trastornos emocionales que pueden repercutir en el vínculo afectivo con su hijo, en la relación de pareja, familia, entorno social y laboral y con los profesionales que atienden al niño.

En los padres hay sentimientos de angustia, temor e incertidumbre, que muchas veces se prolonga más allá de la hospitalización del niño. El cuidado hacia el hijo prematuro es ambivalente, lo maltratan y abandonan o lo sobreprotegen.

Los vínculos afectivos continúan entorpecidiéndose dada la inmadurez neurológica de los prematuros al no poder girarse, abrir los ojos o sonreír frente a los estímulos de sus padres, lo que crea la sensación de no ser correspondido y genera en las madres sentimientos de tristeza y soledad, especialmente durante la primera semana de vida. Si a lo anterior agregamos un entorno inhóspito, ruidoso, sin privacidad y rodeado de máquinas que entorpecen aún más el contacto físico con el bebé.

Además los padres de niños prematuros se enfrentan a la falta de comunicación. El complejo lenguaje médico crea un abismo entre ellos y el equipo de salud.

Es importante que se fomente el contacto temprano para ayudar en lo más posible a la formación del vínculo. También se debe comunicar constantemente a los padres sobre el estado de salud, la evolución y pronósticos; aclarar dudas y escuchar inquietudes.

### **Integración sensorial (7)**

Toda la información la recibimos del mundo externo, a través de nuestros sentidos. Estos procesos sensoriales ocurren dentro del sistema nervioso a nivel no consciente, por eso generalmente no estamos informados de que esto está ocurriendo. Aunque entendemos por sentidos a los de gusto, olfato, visión y audición, la mayoría no nos damos cuenta que nuestro sistema nervioso también recibe información sobre el tacto, movimiento, fuerza de gravedad y posición del cuerpo en el espacio. De igual manera que los ojos detectan información visual y la transfieren al cerebro para ser interpretada, todos los sistemas sensoriales tiene receptores que recogen información de luz, tacto, dolor, temperatura y presión. Estructuras dentro del oído

interno detectan movimientos y cambios de posición de cabeza. Componentes de los músculos, articulaciones y tendones proveen conciencia de la posición del cuerpo.

El sistema vestibular responde a los movimientos del cuerpo a través del espacio y los cambios de la posición de la cabeza. Coordina automáticamente los movimientos de ojos, cabeza y cuerpo. Mantiene el tono muscular, coordinación de ambos lados del cuerpo y mantención de la cabeza en posición erecta en contra de la gravedad.

También se encuentra en sentido de propiocepción que es el que nos da información al cuerpo, es lo que hace posible que una persona guíe los movimientos de sus brazos y piernas sin tener que observar cada acción.

Los sistemas cutáneos, vestibular y de propioceptivos, empiezan funcionar muy temprano en la vida, incluso antes del nacimiento. Estos sentidos básicos están íntimamente conectados entre ellos y forman conexiones con otros sistemas del cerebro a medida que se desarrollan.

La integración sensorial no solamente nos permite responder apropiadamente a las sensaciones que recibe del cuerpo, sino también nos permite que actuemos en el espacio.

Cuando el cerebro no organiza o procesa el flujo de impulsos sensoriales de manera que proporcione al individuo una información adecuada del entorno, así como la dirección eficaz del comportamiento humano, podemos decir que hay una disfunción de la integración sensorial, por lo que se dificulta el aprendizaje y a menudo el individuo se siente incómodo consigo mismo y no está al nivel de las exigencias y tensiones comunes.

Signos de disfunción sensorio integrativa:

- Hipersensibilidad al tacto, al movimiento, sonidos o estímulos visuales.
- Baja reacción a estimulación sensorial.
- Nivel de actividad que es inusualmente alto o bajo.
- Retardo del lenguaje, habla, habilidades motoras y logros académicos.
- Pobre organización de la conducta.
- Pobre concepto de si mismo.

### **Los Padres y la Integración Sensorial en el Niño (8)**

La forma más importante en que los padres puedan estimular a sus hijos, es sabiendo la existencia y la importancia en el desarrollo del niño. Cuando se conocen las maneras en que pueden experimentar diversos tipos de estimulación sensorial, los padres pueden proveer un ambiente enriquecido que va a facilitar el crecimiento y la maduración en forma sana.

Otro punto importante, es reconocer que todos los niños son individuos con intereses, respuestas y necesidades únicas. Los padres pueden analizar las necesidades individuales observando las respuestas del niño en diferentes situaciones. Es importante para los padres observar la respuesta del niño a una actividad y estar listos para cambiarla basándose en las respuestas del niño.

### **Enriquecimiento sensorial y Estimulación Temprana (9)**

En primera instancia la educación es un hecho social que, en última instancia, busca proveer al ser humano de los medios necesarios para que pueda enfrentarse con éxito a la vida. Por esta misma razón al niño se le prepara no sólo para que más tarde sea un buen alumno o aprovechado estudiante, sino también para que desarrolle todas sus potencialidades y pueda convertirse en una persona adaptada, útil y equilibrada.

El ser humano, dentro de la escala animal, es quizás el más indefenso de todos. A diferencia de los otros seres que, instintivamente y casi de inmediato, luego de nacer, se hallan en condiciones de valerse por sí mismos, el hombre necesita someterse a un lento proceso de aprendizaje, a través del cual va aprendiendo a comer, a hablar, a caminar y a ejecutar casi todas las actividades indispensables para la vida. Una vez que el niño tiene contacto con el medio externo es capaz de percibir y responder a todos los estímulos que experimenta; estos son conducidos, como se menciono anteriormente, por medio de los sentidos, que es la principal fuente de información para el cerebro del RN para que este pueda desarrollar el pensamiento intencional. Todo esto necesita un previo enriquecimiento y/o estimulación sensorial eficaz, es decir, satisfacer las necesidades de abrigo, nutrición, calor y protección. Por lo tanto la intervención de enfermería fundamental radica en la supervisión y apoyo de los padres durante el período de estimulación de los niños para evitar el déficit o la sobre estimulación.

Además el enriquecimiento sensorial favorece en los siguientes aspectos: satisfacción del papel materno, interacción positiva de los padres con el hijo y un aumento del desarrollo infantil.

Parte de tal aprendizaje, lo lleva a efecto por experiencia personal; muchas otras cosas se aprenden por imitación, por influencia del ambiente. Por lo tanto la educación no es sólo de índole intelectual sino que guarda estrecha relación con el equilibrio entre lo biopsicosocial, motor y emocional.

De esta manera se ofrece al pequeño una educación, la cual busca liberar al indefenso animalito que llora en la cuna, en un ser humano, en una persona moral, con carácter y conciencia, capaz de actuar con iniciativa y responder inteligentemente ante cualquier eventualidad que le ofrezcan en el mundo y la vida. Y sobretodo ser persona libre y responsable

Dentro de su situación de ser incompleto, alrededor del niño se da una realidad anatómica – fisiológica incuestionable: su cerebro tiene un desarrollo insuficiente, concretamente a nivel de su corteza cerebral. Su cerebro interno, en cambio, que todos traemos en común con los animales, funciona equilibradamente rigiendo – así –

la vida instintiva. Este cerebro interno va cediendo su lugar al desarrollo de la corteza cerebral y al paulatino ejercicio de la inteligencia.

Por esto es importante el contacto, primero y de mayor envergadura, que es con la madre. El ambiente material (de estimulación), en consecuencia, debe ser óptimo de modo que la formación de su corteza cerebral, alcance el final deseado.

Mediante el vínculo con la madre y también los familiares cercanos, el niño comienza a asimilar pautas culturales y definir sus patrones de comportamiento. El eventual malestar psicológico del entorno el cual lo cuida, repercutirá sobre el sistema nervioso del infante, al cual se le plantearán de ese modo respuestas para las que no está preparado, originando reacciones de defensa que en nada ayudan a madurar la vida de la inteligencia, ya que obligan al pequeño a responder de acuerdo a su instinto.

De esta manera se entorpece o limita la madurez de la corteza cerebral, es decir, obstaculizando y aún deteniendo la evolución del niño como ser humano. Por tanto es relevante el amor materno, el equilibrio y armonía familiar, en suma por le “**clima de seguridad afectiva**” que pueda rodearle.

Y por esto es también muy importante que los padres conozcan **los signos de fatiga**, cuando un niño se encuentra con sobreestimulación y/o estrés, como por ejemplo: bostezo, ojos cerrados, párpados caídos, mejillas colgantes, extremidades sin fuerza, flacidez, agitación, movimientos frenéticos, pausa, náuseas, babeo, separación de los dedos, arqueamiento y desviación de la mirada.

Al mismo tiempo necesitan tener **conocimientos sobre el patrón de interacción**, es decir, el lazo de comunicación entre los padres y el niño a medida que recibe estimulación, tales como: comportamientos que el niño tiene para comenzar una interacción (estado de alerta, abre las manos, emite sonidos balbuceantes, sonrío, el niño observa a la persona con la que interacciona, acercamiento de mano a boca, agarrar, esfuerzos para succionar, encogerse o acurrucarse.). Pero ante todo, estimular significa incitar, avivar o invitar a la ejecución de una cosa.

A continuación se mencionan definiciones de Estimulación Temprana, según diferentes autores:



Según Rosa Richter de Ayarza (10):

*“Llamase Estimulación Temprana al conjunto de acciones y motivaciones ambientales que se ofrecen al niño desde aun antes de su nacimiento para ayudarlo a crecer y desarrollarse saludablemente”.*

Elsa Figueroa de Camacho la define como (11):

*“Una serie de actividades efectuadas directamente o indirectamente desde la más temprana edad, dirigidas a proveerle la mayor cantidad posible de oportunidades de interacción efectiva y adecuada con el medio ambiente humano y físico, con el fin de estimular su desarrollo general o en áreas específicas”.*

El doctor Hernán Montenegro la define como (12):

*“El conjunto de acciones tendiente a proporcionar al niño las experiencias que éste necesita desde su nacimiento, para desarrollar al máximo su potencial psicológico. Esto se logra a través de la presencia de personas y objetos en cantidad y oportunidad adecuada en el contexto de situaciones de variada complejidad, que emergen en el niño un cierto grado de interés y actividad, condición necesaria para lograr una relación dinámica con su medio ambiente y un aprendizaje efectivo”*

“La estimulación temprana se define como un conjunto de acciones que potencian al máximo las habilidades físicas, mentales y psicosociales del niño, mediante estimulación repetitiva, continua y sistematizada” (13)

Es evidente que no existe un nivel de inteligencia fijo. Este puede ser cambiado y desarrollado por el medio ambiente, especialmente en los primeros años de vida. Por esto la estimulación temprana convenientemente manejada puede producir grandes cambios en el funcionamiento del cerebro y el desarrollo mental.

En ningún período de su vida, el niño se desarrolla con mayor rapidez que durante los primeros años de vida. Y a los adultos les corresponde alentar este avance.

Los niños estimulados desde su nacimiento han logrado el mayor desarrollo orgánico y funcional de su sistema nervioso y de sus órganos de contacto y de intercambio con su mundo externo, además, de un equilibrio adecuado en su crecimiento físico, intelectual y emocional.

La estimulación temprana en última instancia desarrolla la personalidad, involucrando o interviniendo simultáneamente en las tres esferas: intelectual, bio - psicomotora y socio-emocional; por estas razones se encuentra estrechamente ligada a la alimentación, en primer lugar, a la vida familiar y al ambiente total que rodea al niño y que se exige sea favorable para su auspicio y normal desarrollo.

Los programas de atención o estimulación temprana son fundamentales en aquellos niños que presenten cierto déficit o cierta dificultad en el desarrollo normal. Esta es una forma de prevenir y mejorar el posible déficit del desarrollo del niño; es una manera de enseñarle a mostrar una actitud ante las personas, y ante diferentes objetos, es decir, fijar su atención y despertar su interés ante los acontecimientos de la vida. También es una forma de trabajar en una serie de tareas de una manera constante, pero introduciendo una pequeña novedad. Si no hay suficiente constancia en los aprendizajes, no aprenderá la tarea y se le olvidará rápidamente, y si la novedad es excesiva se va a desconectar y abrumar. A la vez es un programa que pretende favorecer la autonomía del sujeto, y lograr un nivel socioeducativo aceptable.

Por lo tanto la *estimulación temprana no es hacer una tarea mecánica y repetitiva hasta que la aprenda de memoria, sino todo lo contrario, es intentar conseguir una respuesta positiva del niño para cimentar los pilares fundamentales de su crecimiento armonioso y saludable, así como para facilitar su posterior aprendizaje.*

Por todo lo expuesto anteriormente es que se debe resaltar la importancia de la integración sensorial por medio de la Estimulación Temprana en los niños de pretérmino dada su mayor vulnerabilidad y consiguiente mayor riesgo de sufrir algún tipo de déficit en su Desarrollo Psicomotor.

## **Epidemiología del prematuro extremo**

La incidencia en Chile para el año 2004 de los recién nacidos de muy bajo peso de nacimiento (RNMBPN) corresponde aproximadamente al 0,9% de los nacidos vivos (250.000 niños); por lo que se estima que el Sistema de Salud anualmente otorga una atención de alta complejidad a 2.565 RN con estas características a lo largo del país. Esta situación exige a los Servicios de Salud, un replanteamiento en la atención posterior al egreso de las unidades neonatales y por lo tanto, las estrategias sanitarias se han reorientado constituyéndose en una de las prioridades de salud del país, garantizándose como tal en la actual reforma sanitaria. (Minsal, 2004).

### **Rol de la Enfermera en el Policlínico de Seguimiento del Prematuro**

#### Objetivo:

Realizar la gestión del cuidado integral del niño durante el seguimiento del niño prematuro.

En cada Servicio de Salud del país debe existir a lo menos un Policlínico de seguimiento de niños prematuros extremos y entregar la atención de alta especialidad que requieren una vez egresados de la neonatología, concientes de que el alta no significa necesariamente que deje de necesitar cuidados especiales, por ello se diseñó

este sistema de atención especial para el seguimiento niños hasta por lo menos los 7 años de edad y cuyo propósito final es optimizar el estado de salud de estos niños, para favorecer su incorporación a la sociedad, con el máximo de sus potencialidades.

La estructura de éste programa, en el que se integran los distintos niveles del Sistema de Atención de Salud, pretende abordar lo más integralmente posible los problemas de salud que frecuentemente aquejan a los niños prematuros durante su etapa de crecimiento y desarrollo.

Cada Policlínico de seguimiento debe contar con horas de médicos y enfermeras asignados a la función para controlar y vigilar el desarrollo de estos niños, ofreciéndoles un acceso oportuno a las acciones de salud que se estiman permiten darle solución adecuada a sus problemas de salud más frecuentes. Para ello se requiere del apoyo de especialistas y de redes de atención claramente definidas y estructuradas, para facilitar el manejo oportuno y de calidad de la atención requerida.

### **Funciones del rol**

#### **1.- Competencias de gestión y liderazgo**

- Utiliza los principios de la gestión y la administración en la organización del cuidado del niño prematuro en la red de salud.
- Participa en la planificación, organización, ejecución y evaluación del programa de seguimiento de los niños prematuros en el ámbito local.
- Planifica, organiza, dirige, coordina y controla los recursos necesarios para otorgar cuidados integrales del niño prematuro.
- Plantea e implementa soluciones a problemas administrativos en unidades de gestión del cuidado de enfermería.
- Crea y mantiene un ambiente terapéutico seguro de cuidados a través de la calidad asegurada y estrategias en el manejo de los riesgos.
- Conoce, aplica, actualiza, adapta y/o desarrolla guías clínicas que permitan ofrecer a todo el equipo una similitud y continuidad del cuidado.

- Mantiene información actualizada del perfil epidemiológico, demográfico y social de la población asignada, genera información estadística y emite informes periódicos según requerimientos.
- Evalúa la gestión de los cuidados en cuanto a su calidad y cantidad para el usuario (niños prematuros, familia y comunidad) y la institución.
- Lidera grupos de trabajo, ejerciendo la dirección, supervisión y evaluación del personal a su cargo.
- Constituye y trabaja en equipos de salud, reconociendo las competencias y compartiendo las responsabilidades con los demás integrantes.
- Mantiene canales y sistemas de comunicación expeditos en todos los niveles de atención.
- Establece alianzas estratégicas entre los diferentes sectores involucrados en el cuidado del niño nacido prematuro.

## 2.- Competencias asistenciales

- Planifica y provee cuidado directo e integral aplicando el proceso enfermero, considerando la promoción, prevención, recuperación de la salud y rehabilitación del daño del niño prematuro y su familia
- Actúa como un medio de apoyo del niño y su familia para enfrentar en las mejores condiciones posibles los cambios de salud relacionados con la discapacidad y muerte.
- Demuestra acertados juicios clínicos y toma decisiones de enfermería en el contexto de entrega de cuidados, basados en evidencias científicas.
- Ejecuta las acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico.
- Prioriza y distribuye efectivamente la carga laboral y el manejo del tiempo.
- Identifica, fortalece, promueve y evalúa las capacidades y conductas de autocuidado en el niño, padres y/o cuidadores y su familia.
- Vela por el cumplimiento de la normativa vigente de control infecciones.
- Actúa como enlace, coordinadora y facilitadora de los diferentes servicios que requieren los usuarios.

- Documenta la atención de enfermería según normas y estándares técnicos y legales vigentes, demostrando profesionalismo y cultura al presentar registros e informes en forma clara y precisa.

### 3. - Competencias educativas

- Incorpora y aplica el proceso educativo en su quehacer profesional, tanto en acciones individuales como colectivas.
- Diagnosticar necesidades de educativas del niño, sus padres y/o cuidadores, así como de la familia y comunidad.
- Determina necesidades de educativas del equipo de enfermería.
- Actúa permanente orientada hacia la satisfacción de la necesidad de educación en salud detectada en la población asignada.
- Elabora, ejecuta y evalúa programas educativos para elevar el nivel de salud y calidad de vida, utilizando distintas estrategias metodológicas, acordes al contexto cultural y social en el que actúa.
- Formula, ejecuta y evalúa programas de capacitación dirigidos al equipo de enfermería, voluntarios y otros actores relevantes, para el mejoramiento del cuidado que se otorga a los niños prematuros, familia y comunidad.
- Reconoce la necesidad de una revisión regular y de actualización de su propia práctica.

### 4.- Competencias en investigación

- Aplica el método científico como herramienta fundamental en el análisis y resolución de los problemas inherentes a su quehacer profesional.
- Realiza investigación atingente a su ámbito laboral para el desarrollo de la enfermería y mejorar los estándares de cuidados.
- Participa en la generación y/o colaboradora en proyectos de investigación.
- Desarrolla el razonamiento crítico en la interpretación de distintas fuentes de información.

- Aplica los conocimientos generados por la disciplina para optimizar la calidad de los cuidados de enfermería.
- Difunde y aplica las mejoras obtenidas de los resultados de la investigación.

## **OBJETIVOS**

### **I. Objetivos Generales**

1. Conocer las actividades de estimulación que realizan los cuidadores a lactantes prematuros menores de un año.
2. Identificar factores familiares y del niño presentes en el estudio.

### **II. Objetivos Específicos**

- 1.1 Identificar actividades de estimulación que realizan los padres a los lactantes del estudio.
- 1.2 Describir actividades de estimulación que realizan los padres a los lactantes del estudio.
- 2.1 Identificar los siguientes factores familiares:
  - ✓ Edad del cuidador
  - ✓ Escolaridad del cuidador
  - ✓ Experiencias previas del cuidador en estimulación temprana
  - ✓ Fuentes de información del cuidador
  - ✓ Tipo de familia

- ✓ Antecedentes de salud
- ✓ Número ordinal del lactante dentro de sus hermanos vivos.

2.2 Identificar los siguientes factores del niño:

- ✓ Edad del niño
- ✓ Sexo
- ✓ Peso de nacimiento
- ✓ Edad gestacional
- ✓ Duración de Lactancia Materna





		<p><u>Área coordinación:</u></p> <p><u>Área social:</u></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>→ ¿Usted le canta a su niño?</li><li>→ ¿Hace usted, sonidos con distintos objetos para que el niño la mire?</li><li>→ ¿Cuando le da pecho a su niño, le habla y/o canta, y deja usted que el niño la acaricie?</li><li>→ ¿Usted le muestre a su niño cosas de colores y las mueve lentamente para que las siga con la vista?</li><li>→ ¿Usted coloca su dedo en la mano del niño para que lo apriete?</li><li>→ ¿Usted cuelga un móvil con objetos de modo que su niño trate de alcanzarlo?</li><li>→ ¿Usted acomoda a su niño con cojines o mantas para que quede medio sentado?</li><li>→ ¿Usted le muestra a su niño objeto diciendo el nombre de éstos?</li><li>→ ¿Mientras muda o amamanta a su niño, trata que él mantenga contacto visual con usted?</li></ul>	
--	--	---	---	--

		<p><u>Área motora:</u></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>→ Dentro de las 24 primeras horas de nacido ¿pudo pasar momentos junto a su hijo?</li><li>→ ¿Usted le sonrío a su niño, cuando él lo hace?</li><li>→ ¿Usted saca a su niño fuera de la casa para que vea niños jugando, árboles u otros objetos?</li><li>→ ¿Usted le muestra a su niño otras personas de la casa para que también le hablen y le hagan cariño?</li> <li>✓ 4 a 6 meses</li><li>→ ¿Usted le mueve las piernas a su niño como si anduviera en bicicleta?</li><li>→ ¿Usted se acuesta en la cama de espalda y coloca al niño de guatita encima de usted?</li><li>→ ¿Juega usted con su niño, animándolo a levantar su cuerpo haciendo fuerza con sus brazos?</li><li>→ ¿Cuando muda o baña a su niño, lo deja que juegue con su cuerpo, que se tome los pies, que patalee?</li><li>→ ¿Usted coloca a su niño de guatita un rato y</li></ul>	
--	--	----------------------------	---	--

		<p><u>Área lenguaje:</u></p>	<p>coloca algo vistoso frente a él, para que levante su cabeza y mueva los brazos?</p> <p>→ ¿Usted le habla a su niño y repite lo que él dice, “agú, da – da, etc.”?</p> <p>→ ¿Usted le enseña a su niño como se llaman los integrantes de la familia?</p> <p>→ ¿Usted le enseña a su niño como se llaman las cosas que a él le llaman la atención?</p> <p>→ ¿Usted a su hijo le nombra animales y el sonido que estos emiten?</p> <p>→ ¿Usted le hace sonidos a su niño con distintos objetos?, como por ejemplo: cascabeles, tarros, juguetes, etc.</p>	
		<p><u>Área coordinación:</u></p>	<p>→ ¿Usted le muestra a su niño cosas desde distintos lados para que las mire?</p> <p>→ ¿Usted juega con el niño a las escondidas; se tapa la cara para luego reaparecer y le sonrío?</p> <p>→ ¿Usted le pasa a su niño objetos de diferentes texturas para que él las toque?</p>	

		<p><u>Área social:</u></p> <p><u>Área motora:</u></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>→ ¿Usted le pasa a su niño objetos sonoros, como un cascabel?</li><li>→ ¿Usted le coloca a su niño objetos de goma en la mano para que él mismo trate de llevárselo a la boca?</li><li>→ ¿Usted le sonrío a su niño cuando él le sonrío?</li><li>→ ¿Usted le enseña a su niño como se llaman los integrantes de la familia?</li><li>→ ¿Usted celebra las cosas que su niño está aprendiendo?</li><li>→ ¿Usted lleva al niño a pasear?</li><li>→ ¿Usted coloca al niño en el exterior de la vivienda para que mire a las personas, animales, plantas, etc.?</li><li>✓ 7 a 12 meses</li><li>→ ¿Sienta al niño con juguetes a su alrededor?</li><li>→ ¿Usted coloca al niño de guatita y lo deja arrastrarse o gatear?</li><li>→ ¿Estando el niño de guatita, usted le toma las</li></ul>	
--	--	---	--	--

		<p><u>Área lenguaje:</u></p> <p><u>Área coordinación:</u></p>	<p>piernas y las levanta completamente del suelo para que él camine sobre sus manos?</p> <p>→ ¿Usted estimula al niño para que se pare, afirmándose de algo o de alguien, o lo sujeta para que dé pasitos?</p> <p>→ ¿Posee su niño un lugar seguro donde pueda jugar, como corral, cuna, etc.?</p> <p>→ ¿Usted le habla a su niño?</p> <p>→ ¿Usted le canta a su niño?</p> <p>→ ¿Usted repite los sonidos que el niño dice o gestos que el niño hace?</p> <p>→ ¿Usted le muestra a su niño partes de su cuerpo y luego se las nombra?</p> <p>→ ¿Usted le dice “no” a su niño cuando él va a realizar alguna acción negativa (tocar un enchufe, acercarse a la cocina y/o estufa, etc.)?</p> <p>→ ¿Mientras usted alimenta a su niño deja que tome la cuchara?</p> <p>→ ¿Usted le pasa a su niño pedacitos de pan para que</p>	
--	--	---	---	--

		<u>Área social:</u>	<p>él coma solo?</p> <p>→ ¿Usted le quita objetos a su niño con el cual esta jugando y lo deja cerca para que intente tomarlo?</p> <p>→ ¿Usted deja jugar a su niño en el agua con algunos objetos?</p> <p>→ ¿Usted pone música para que el niño se mueva al sonido de ésta?</p> <p>→ ¿Usted le pide ayuda a su niño para ordenar los juguetes?</p> <p>→ ¿Usted le permite a su niño relacionarse con otros niños?</p> <p>→ ¿Usted realiza gestos simples como: bostezar, aplaudir o hacer chao para que el niño los imite?</p> <p>→ ¿Usted le enseña a su niño a reconocer límites como donde no debe jugar y lo que no debe tocar?</p> <p>→ ¿Usted le pide a su niño que le entregue objeto como un juguete o la mamadera?</p>	
--	--	---------------------	--	--

## **VARIABLES INDEPENDIENTES**

- 1. Edad del niño:** Corresponde a la edad cumplida del niño desde su nacimiento al momento del estudio.

**Indicador:**

- Número de meses

**Sub- indicadores:**

- 0 – 3 meses
- 4- 6 meses
- 7 – 12 meses

- 2. Sexo del niño:** se refiere de forma específica a las características biológicas que convierten a una persona en hombre o mujer.

**Indicadores:**

- Femenino
- Masculino

- 3. Peso al nacer:** Corresponde a los gramos que pesó el niño al nacer.

**Indicador:**

- Peso en gramos

- 4. Edad Gestacional:** Es el tiempo medido en semanas desde el primer día del último ciclo menstrual de la madre hasta la fecha del nacimiento del lactante en estudio.

**Indicadores:**

- Número de semanas



5. **Duración de Lactancia Materna:** Tiempo durante el cual el lactante recibe o recibió leche de su madre biológica en forma directa.

**Indicadores:**

- Edad de inicio
- Edad de término

**Sub - indicadores:**

- Tiempo en semanas

6. **Alteraciones del estado de salud:** Corresponde al antecedente de alteraciones de los sistemas corporales del niño informados por la madre, que no le han provocado daño permanente.

**Indicador:**

- Sistemas corporales alterados.

**Sub- indicadores:**

- Sistema respiratorio
- Sistema circulatorio
- Sistema digestivo
- Sistema músculo- esquelético

**Indicador:**

- Periodo en que se presentó la alteración.

**Sub- indicadores:**

- Desde el nacimiento al momento del alta.
- Desde el alta al momento del estudio.

7. **Número ordinal del lactante dentro de sus hermanos:** lugar que ocupa el lactante del estudio en relación a sus hermanos vivos.

**Indicadores:**

- Primero
- Segundo
- Tercero
- Cuarto
- Quinto y más

8. **Edad del cuidador/a:** lapso de tiempo transcurrido entre el nacimiento y hasta el momento del estudio.

**Indicadores:**

- Número de años

9. **Escolaridad del cuidador:** Corresponde a la cantidad de años aprobados por los cuidadores en el sistema de educación formal al momento del estudio.

**Indicadores:**

- Sin educación
- Educación Básica
- Educación Media
- Educación Técnica
- Educación Superior

**Sub – Indicadores:**

- Completa
- Incompleta

**10. Experiencias Previas del cuidador:** Corresponde a las actividades de Estimulación Temprana que han realizado los cuidadores a hijos, hermanos menores, u otro lactante; previas a la crianza del lactante en estudio.

**Indicadores:**

- Si
- No

**11. Fuentes de Información:** corresponde a las personas y/o medios a través de los cuales los cuidadores han obtenido información sobre actividades de estimulación temprana.

**Indicadores:**

- Profesionales de la salud
- Otras personas
- Medios de Comunicación

**Sub – Indicadores:**

Profesionales de la salud

- Pediatra
- Enfermera (o)
- Matrón (a)
- Otro

Otras personas

- Familiares
- Amigos
- Vecinos
- Otro

Medios de Comunicación

- Libros
- Revistas científica
- Folletos
- Internet
- Otro

**12. Tipo de familia:** Corresponde a la estructura del grupo familiar a la que pertenece el lactante en estudio.

**Indicador:**

- Nuclear
- Extendida

**Sub – Indicadores:**

- Completa
- Incompleta

## **CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA**

## **METODOLOGÍA**

### **1. Organización Del Trabajo Grupal.**

El grupo de Seminario de Tesis se constituyó en el mes de Agosto del 2004 y se conformó por 5 alumnos (Karina Olivares, Eileen Pino, Claudia Rojas, Valentina Sillerico, Luis Villablanca) de III año de la Carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso.

El tema seleccionado por el grupo, pertenece al área de Enfermería Pediátrica.

Para el desarrollo del Seminario de Tesis se contó con la asesoría de la Docente Guía, Marta Bahamondes Aliaga, académica del Departamento de Enfermería Pediátrica, con quien se realizaron reuniones formales los días Viernes de cada semana en un horario de 10:00 a 12:00 horas, en la Escuela de Enfermería y Obstetricia. También se realizaron sesiones extra programáticas con y sin asesoría de la Docente Guía, según necesidad de la investigación y disponibilidad de los tesistas.

Para realizar el trabajo coordinadamente se eligió una directiva compuesta por los cargos de: presidente, secretaria y tesorera. Las alumnas destinadas a estos cargos fueron permanentes durante el desarrollo de la tesis.

El trabajo se inició con la revisión bibliográfica sobre el tema, realizando las correspondientes fichas bibliográficas, además de entrevistas a profesionales relacionadas con el tema.

Se solicitaron permisos a través de cartas a las respectivas autoridades pertenecientes a los distintos consultorios de ambos hospitales para la recolección de los datos.

## **2. Revisión Bibliográfica.**

Al iniciar el Seminario de Tesis se recopiló la información existente sobre el área problemática, la cual fue realizada individualmente en forma semanal y luego se analizó en conjunto para llegar a la delimitación del problema en estudio.

La revisión bibliográfica durante el desarrollo del Seminario de Tesis incluyó las siguientes fuentes: textos, revistas, seminario de tesis anteriores, publicaciones de internet e investigaciones anteriores respecto al tema. Todo esto con la finalidad de elaborar el marco teórico como base de nuestro estudio y además, para ampliar nuestros conocimientos respecto al tema.

Luego de este análisis, llegamos a la decisión de realizar un estudio cuantitativo de tipo descriptivo.

## **3. Definición Del Universo y Diseño Muestral.**

- **Universo:** El universo estuvo constituido por 203 cuidadores (as) de los lactantes prematuros extremos menores de un año, que pertenecen al Programa de Seguimiento de Niños prematuros, y que asisten a control regularmente a 2 consultorios de especialidades, el policlínico de neonatología del Hospital Dr. Gustavo Fricke y Hospital Dr. Carlos Van Buren.

Los criterios de elección de dichos establecimientos se basó en:

- Concentración de Población seleccionada.
- Accesibilidad de los tesisistas.
- Disposición por parte de los profesionales de salud de los establecimientos.

- **Diseño Muestral:** la muestra investigada corresponde a los cuidadores de lactantes prematuros extremos menores de una año que asistían a control durante

el período comprendido entre el 16 de agosto y 15 de septiembre del 2006, lo que correspondió a 81 cuidadores (as).

En las siguientes tablas se detalla la población menor de un año asignada a los Consultorios de Especialidades, el Universo y la Muestra:

**TABLA N° 1: Población de Prematuros Extremos Menores de un año asignada a los Consultorios de Especialidades Hospital Dr. Gustavo Fricke y Dr. Carlos Van Buren**

<b>Consultorio de Especialidad</b>	<b>Universo</b>	<b>Muestra</b>
Hospital Dr. Gustavo Fricke	90	54
Hospital Dr. Carlos Van Buren	113	27
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>81</b>

La muestra se estratificó de la siguiente manera:

**TABLA N° 2: Estratificación de la muestra según la edad de los Prematuros de los Consultorios de Especialidades Hospital Dr. Gustavo Fricke y Dr. Carlos Van Buren**

<b>Edad en meses</b>	<b>Número de Cuidadores</b>	<b>Porcentaje</b>
[0 ; 3]	30	37 %
[4 ; 6]	14	17 %
[7 ; 12]	37	46 %
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>100 %</b>



#### **4. Metodología De Recolección De Datos.**

Con la finalidad de recoger los datos que permitirán medir las variables del estudio, se confecciona un instrumento: Cuestionario.

#### **Descripción del Instrumento**

##### **CUESTIONARIO:**

El Cuestionario consta de 3 ítems (ver anexo 4), alternando preguntas abiertas y cerradas de tipo selección múltiple o respuesta dicotómica Comprende 3 partes:

- La primera parte recopila los antecedentes generales. Incluyendo 4 preguntas referentes a antecedentes del prematuro en estudio.
- La segunda parte comprende 10 preguntas, destinada a recoger los antecedentes del prematuro en estudio.
- La tercera parte incluye 6 preguntas referente a los antecedentes familiares del cuidador (a) del prematuro en estudio.
- Cuarta parte incluye preguntas que permiten conocer la frecuencia de las actividades de estimulación temprana realizada por los cuidadores (as) en las siguientes áreas:
  1. Área Motora
  2. Área Coordinación
  3. Área Lenguaje
  4. Área Social

El instrumento de medición se subdividió en 3 períodos de según tramos de edad de los lactantes y actividades realizadas por los cuidadores de acuerdo a las áreas del Desarrollo Psicomotor. Una forma de registrar la frecuencia de las actividades de estimulación fue a través de una escala ordinal. Ver tabla N° 3:

**Tabla Nº 3: Descripción general del instrumento**

Periodo	Área	Cantidad de Actividades por Área	Frecuencia de Estimulación
Primero [0 ; 3]	Motora	5	Nunca /Casi Nunca /A Menudo / Casi Siempre / Siempre
	Lenguaje	5	Nunca /Casi Nunca /A Menudo / Casi Siempre / Siempre
	Coordinación	5	Nunca /Casi Nunca /A Menudo / Casi Siempre / Siempre
	Social	5	Nunca /Casi Nunca /A Menudo / Casi Siempre / Siempre
Segundo [4 ; 6]	Motora	5	Nunca /Casi Nunca /A Menudo / Casi Siempre / Siempre
	Lenguaje	5	Nunca /Casi Nunca /A Menudo / Casi Siempre / Siempre
	Coordinación	5	Nunca /Casi Nunca /A Menudo / Casi Siempre / Siempre
	Social	5	Nunca /Casi Nunca /A Menudo / Casi Siempre / Siempre
Tercero [7 ; 12]	Motora	5	Nunca /Casi Nunca /A Menudo / Casi Siempre / Siempre
	Lenguaje	5	Nunca /Casi Nunca /A Menudo / Casi Siempre / Siempre
	Coordinación	5	Nunca /Casi Nunca /A Menudo / Casi Siempre / Siempre
	Social	5	Nunca /Casi Nunca /A Menudo / Casi Siempre / Siempre

**Fuente: Pauta de Registro para los padres del lactante**

Considerando que las actividades de Estimulación Temprana a realizar por el cuidador (a), son distintas según la edad del prematuro, éstas se agrupan en tres intervalos de edad:

1. Cuestionario de 0 – 3 meses
2. Cuestionario de 4 – 6 meses
3. Cuestionario de 7 – 12 meses

### **Estudio de Confiabilidad del Instrumento**

Una vez confeccionado el instrumento, fue revisado por la Docente Guía. Posteriormente se procedió a realizar la prueba de dicho instrumento, con el instructivo y la carta de Consentimiento Informado Correspondiente (Ver anexo 3). La prueba de los instrumentos fue realizada al 10% del total de la muestra de los cuidadores (as) de Prematuros Extremos, correspondiendo 5 al Consultorio de especialidades de Hospital Dr. Gustavo Fricke y 3 al Consultorio de especialidades Hospital Dr. Carlos Van Buren. Esta prueba se llevo a cabo el día 9 de agosto del 2006.

Los objetivos de la prueba de los instrumentos fueron los siguientes:

- ✓ Determinar el tiempo promedio necesario para la aplicación de los instrumentos.
- ✓ Identificar aquellas preguntas que necesitaban ser modificadas a causa de presentar dificultades de comprensión e interpretación.
- ✓ Recibir sugerencias u opiniones de los cuidadores (as) encuestados.

La prueba de los instrumentos nos permitió:

- ✓ Determinar el tiempo promedio necesario de aplicar los instrumentos.
- ✓ Modificar preguntas que presentaban algún grado de dificultad.
- ✓ Mejorar o ampliar aspectos de los instrumentos.

## **5. Método De Procesamiento Y Análisis De Datos.**

Para la tabulación de los datos obtenidos a través de la aplicación de los instrumentos se utilizó un PC Pentium IV memoria ram 512 MB, disco duro de 55 GB. En el programa Software Practice and Experience, [www.stata.com](http://www.stata.com). Intercooded Stata 9.1 for Windows.

## **6. Criterios Para Efectuar El Análisis De Los Resultados**

1. La variable *Edad del Niño* se categorizó de acuerdo a los siguientes intervalos: *1 – 3 meses*, *4 – 6 meses* y *7 – 12 meses*. De acuerdo a la Fecha de Nacimiento y la Edad actual del Niño se realizó el cálculo de la *Edad Corregida* que se clasificó en los mismos intervalos de *1 – 3 meses*, *4 – 6 meses* y *7 – 12 meses*.

2. La variable *Peso del Nacimiento* se clasificó en los siguientes intervalos:

<i>Extremo</i>	<i>500 – 1000 kilogramos</i>
<i>Muy bajo peso</i>	<i>1000 – 1500 kilogramos</i>
<i>Bajo peso</i>	<i>1500 – 2500 kilogramos</i>

3. La Variable *Edad Gestacional* se categorizó de acuerdo al número de semanas correspondiendo a los siguientes intervalos: *16 – 25 semanas*, *26 – 29 semanas* y *30 – 33 semanas*.

4. La variable *Duración de la Lactancia Materna* categorizó de acuerdo a los siguientes intervalos: *2 – 10 semanas*, *11 – 19 semanas*, *20 – 28 semanas*, *29 – 37 semanas* y *38 – 47 semanas*.

5. La variable Alteraciones del Estado de Salud se categorizaron de acuerdo a los siguientes sistemas: *Respiratorio*, *Circulatorio*, *Digestivo* y *Otros*. Como indicador se utilizó el *Periodo en que se Presentó la Alteración*; subdividiéndose en sub – indicadores: *Alteraciones de Salud del Nacimiento al Alta* y *Alteraciones de Salud del Alta al Nacimiento*.

6. La variable *Actividades de Estimulación* se clasificó en las siguientes categorías:

- a. Área motora
- b. Área Coordinación
- c. Área Lenguaje
- d. Área Social

Cada dimensión se operacionalizó con cinco indicadores que corresponden a 5 actividades de Estimulación Temprana. Siendo 20 actividades por grupo de edad.

A cada actividad se le asignó un puntaje, que corresponde a 1 punto para cada una. El puntaje total que corresponde a 20; y se dividió este puntaje en las 5 frecuencias establecidas por los investigadores, de las que se obtuvieron los siguientes intervalos:

**TABLA N° 4: Criterios de Análisis para la Frecuencia de las Actividades y Categoría de Estimulación**

<b>Frecuencia Criterios de Análisis</b>	<b>Operacionalización Intervalos</b>	<b>Categorías de Clasificación de Estimulación</b>
Nunca	[ 0 ; 4 [	<b>Deficiente</b>
Casi nunca	[ 4 ; 8 [	
A menudo	[ 8 ; 12 [	<b>Regular</b>
Casi Siempre	[ 12 ; 15 [	<b>Buena</b>
Siempre	[ 15 ; 20 ]	<b>Muy Buena</b>

En la tabla anterior se observa que se desprendieron las siguientes categorías para la clasificación de la estimulación:

- **Muy Buena:** comprende el intervalo establecido para la frecuencia Siempre, que corresponde a [ 15 ; 20 [ puntos.
- **Buena:** comprende el intervalo establecido para la frecuencia Buena, que corresponde a [ 12 ; 15[ puntos.
- **Suficiente:** comprende el intervalo establecido para la frecuencia Buena, que corresponde a [ 8 ; 12 [ puntos.
- **Deficiente:** comprende el intervalo establecido para la frecuencia Buena, que corresponde a [ 4 ; 8 [ y [ 0 ; 4 [ puntos.

## **7. Organización Del Trabajo En Terreno**

Previo a la aplicación de los instrumento se solicitó oficialmente la autorización a los directivos de cada Consultorio a través de cartas de Dirección de la Escuela de Enfermería y Obstetricia.

Una vez obtenida la autorización, se concertó la fecha y hora para la aplicación de los instrumentos.

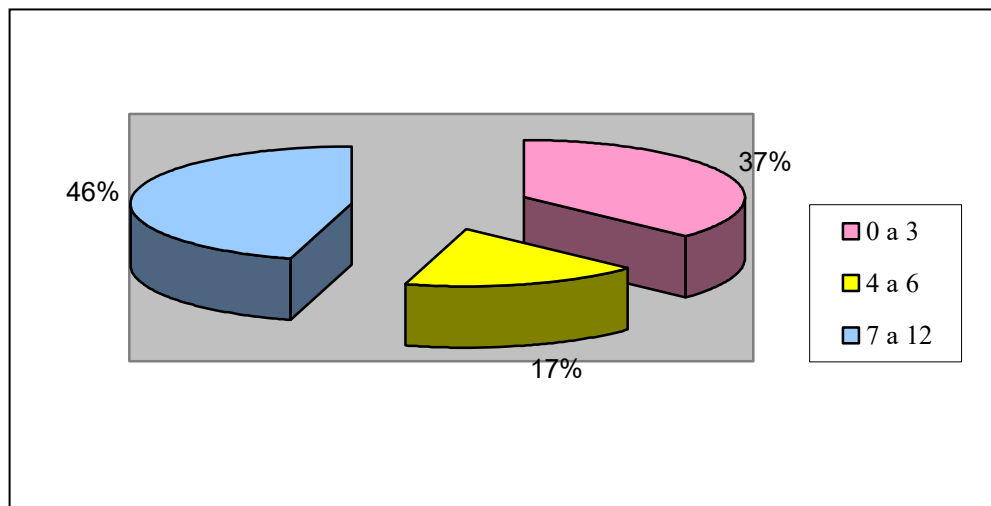
Los datos fueron recolectados a través de de la aplicación de instrumentos durante los meses de agosto y septiembre del 2006 por los integrantes del Seminario de Tesis, distribuidos según disponibilidad de horario, respetando la fecha y hora fijada con anterioridad.

## **CAPÍTULO 4: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.**

## ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO

### ➤ Antecedentes De La Muestra

**Gráfico N° 1:** Distribución porcentual de los 81 cuidadores según tramos de edad de los lactantes.



La muestra corresponde a un total de 81 cuidadores(as), de los cuáles: 37% corresponden a cuidadores(as) de lactantes de 0 a 3 meses; 17% corresponden a cuidadores(as) de lactantes de 4 a 6 meses y 46% corresponden a cuidadores(as) de lactantes de a 12 meses.

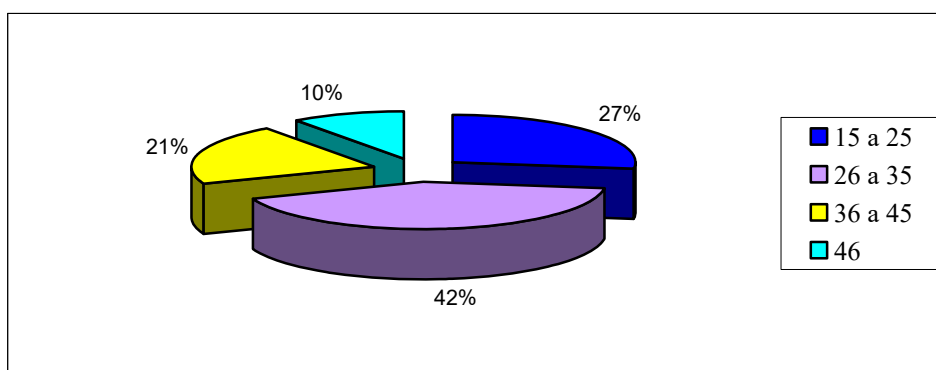


### 1.3 Factores familiares y del niño presentes en el estudio.

#### 1.3.1 Factores familiares

##### ✓ Edad del Cuidador

**Gráfico N° 2:** Distribución porcentual de las de edades de los(as) cuidadores(as) de los lactantes en estudio.

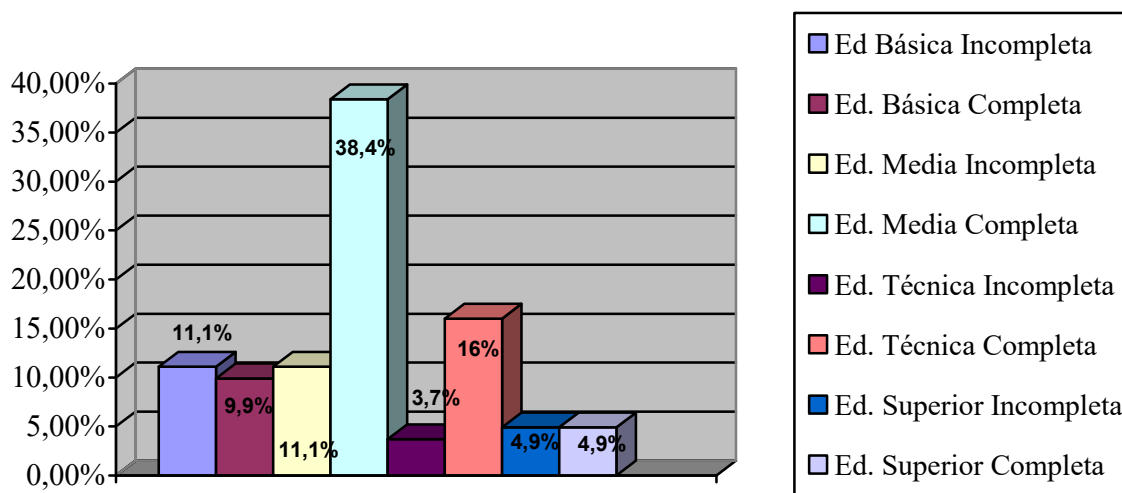


El 42% de los(as) cuidadores(as) de lactantes prematuros tiene como promedio 30 años de edad.

Esto sería beneficioso para la estimulación del niño, pues los(as) cuidadores(as) cuentan con la capacidad física de entregar una adecuada estimulación.

✓ **Escolaridad del Cuidador (a)**

**Gráfico N° 3:** Distribución porcentual de la escolaridad de los(as) cuidadores(as) de los lactantes en estudio.



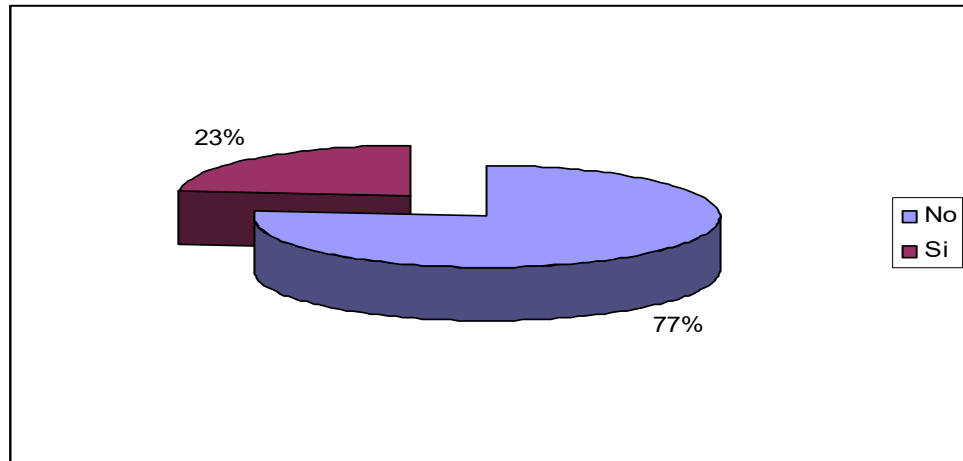
El promedio de escolaridad de los(as) cuidadores(as) es de 38,4% con Estudios de educación Media Completa, lo que supera el promedio nacional que corresponde a enseñanza Básica Completa (CENSO 2002). La escolaridad mínima encontrada corresponde al 11,1% con educación Básica Incompleta, por lo que un bajo porcentaje de cuidadores(as) se considera con baja escolaridad.

Se concluye que los(as) cuidadores(as) tienen una buena escolaridad que favorece el acceso y comprensión de información sobre Actividades de Estimulación Temprana y desarrollo del lactante.

Por otro lado, esto favorece una mejor comprensión de la educación que brinda el equipo de salud a los(as) cuidadores(as).

✓ **Experiencias previas del cuidador(a) en estimulación temprana.**

**Gráfico N° 4:** Distribución porcentual de los(as) cuidadores(as) según su experiencia previa en estimulación temprana.



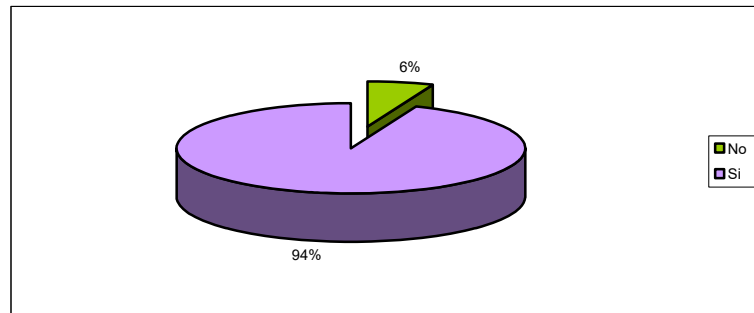
De los 81 cuidadores(as) de lactantes sólo el 23% de ellos ha tenido experiencias previas en estimulación temprana; y un 77% no ha tenido experiencias previas.

Las experiencias previas favorecen al cuidador(a), al contar con los conocimientos y destrezas previas para entregar un ambiente sensorialmente estimulante y beneficiar el desarrollo de los lactantes.

El bajo porcentaje de cuidadores(as) con experiencias previas puede indicar que cuentan con menor información sobre Estimulación Temprana, y/o con menos destrezas que aquellos cuidadores(as) que si tenían experiencias con niños prematuros, lo que puede dificultar en alguna medida la crianza.

✓ **Fuentes de Información sobre estimulación temprana recibida por los cuidadores.**

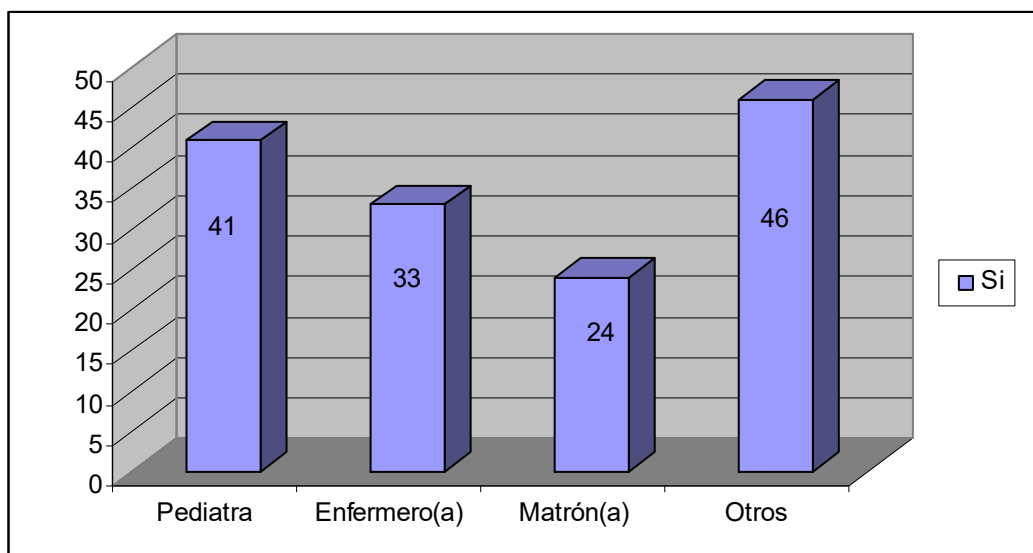
**Gráfico N° 5:** Distribución porcentual sobre actividades de estimulación recibida por los cuidadores de los profesionales de salud.



El 94 % (76) de los(as) cuidadores(as) de lactantes prematuros obtuvo información de actividades de estimulación por parte de los profesionales de Salud. Y el 6% restante no la recibió.

El recibir información por parte de los profesionales de salud es beneficioso, pues asegura el acceso a información adecuada y fiable. Lo que puede indicar que los profesionales de salud cumplen con un rol educativo adecuado, entregando la información necesaria a los(as) cuidadores(as) para entregar una buena estimulación.

**Gráfico N° 6:** Distribución porcentual sobre las actividades de Estimulación recibida por los cuidadores según los distintos profesionales de la Salud.

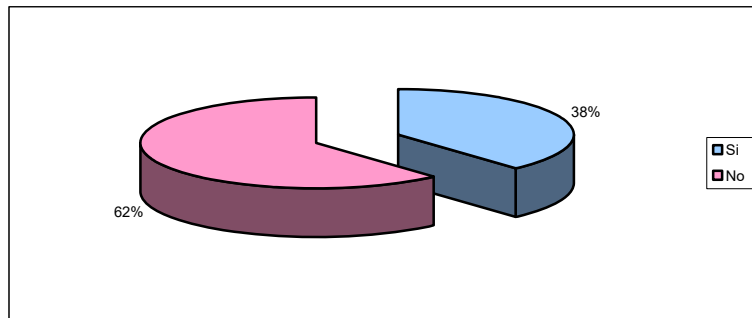


De los(as) 76 cuidadores(as) que obtuvieron información por parte de los profesionales de salud, 41 recibieron información del Pediatra, 33 información de la enfermera, 24 información del Matrón y 46 cuidadores(as) obtuvieron información de otros profesionales.

Según el gráfico en la respuesta otros, la mayor información obtenida de otros profesionales son por parte del Kinesiólogo. También se destacan otros profesionales de salud como el Fisiatra, Paramédico, Alumnos de Enfermería y Medicina, Neurólogo y Neonatólogo. Cabe destacar, que los(as) cuidadores(as) reciben información de más de un profesional.

El acceso a la diversidad de profesionales es beneficioso al asegurar la entrega de información por parte de uno de ellos. Por otro lado, puede resultar desfavorable pues puede llevar a una confusión del cuidador(a) cuando realice las actividades de estimulación temprana, al recibir distintas indicaciones; pues no se tiene aún un protocolo que sea utilizado por todos los profesionales que implica el programa de Seguimiento del Prematuro.

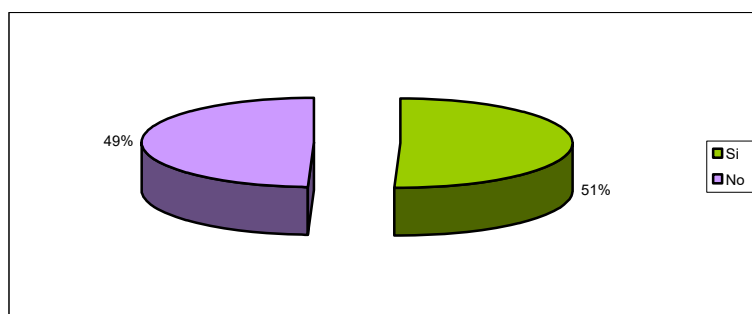
**Gráfico N° 7:** Distribución porcentual sobre la información de Actividades de Estimulación recibida por los cuidadores de otras personas.



El 38% (31) de los(as) cuidadores(as) de lactantes obtuvo información de actividades de estimulación por medio de otras personas. De estos el 93,5% recibió información de Actividades de Estimulación por parte de sus familiares. Se puede deducir que seguramente es la familia quien está más cerca del lactante, y sus cuidadores(as), por ende son ellos los que transmiten sus conocimientos.

Cabe destacar que el acceso a la información por parte de otras personas no profesionales de salud puede resultar desfavorable al no ser confiable, no contando con la seguridad de la base teórica.

**Gráfico N° 8:** Distribución porcentual sobre las Actividades de Estimulación obtenidas de los medios de comunicación.



El 51% (41) de los(as) cuidadores(as) de lactantes obtuvo información a través de los medios de comunicación de las actividades de estimulación.

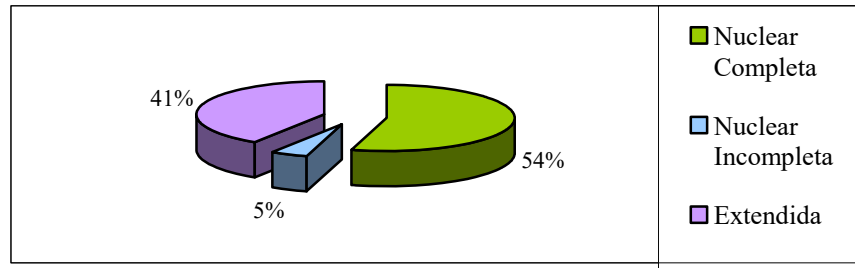
La mayor información de los cuidadores(as) fue obtenida por medio de Libros y revistas.

Esto nos indica que, de los(as) cuidadores(as) que obtuvieron información, fue por su interés de conocer sobre las actividades de estimulación.

De todas maneras el porcentaje que obtuvo información por parte de los medios de comunicación es regular, lo que puede indicar que la inquietud y búsqueda de información es escasa, también indicaría escasa difusión del tema en los medios de comunicación y/o una buena entrega de información por parte de los profesionales de salud no siendo necesaria la búsqueda extra de información. .

### ✓ Tipo de Familia

**Gráfico N° 9:** Distribución de tipos de familia de los cuidadores de los lactantes en estudio.



De los 81 lactantes 44 de ellos, es decir el 54%, provienen de familias del tipo Nuclear Completa, lo que se acerca al porcentaje promedio de familia nuclear a nivel nacional que es 63%. Esto resulta beneficioso, pues una familia bien constituida es núcleo básico fundamental y principal factor protector para un buen crecimiento y desarrollo del niño.

El 41% de los lactantes proviene de familia del tipo extendida, lo que también puede resultar beneficioso, pues al existir más de una generación en el núcleo familiar se cuenta con más redes de apoyo para la crianza del niño.

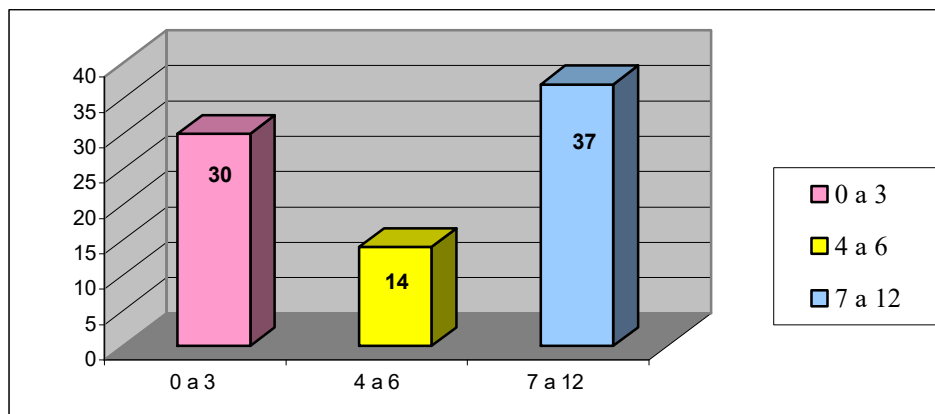
Sólo un 5% proviene de una familia nuclear incompleta o monoparental, lo que puede significar que el lactante se ve privado de uno de los padres, que en el mayor parte de los casos es el rol de padre. Lo que puede afectar al óptimo desarrollo del niño.



### 1.3.2 Factores del niño.

#### ✓ Edad del Lactante

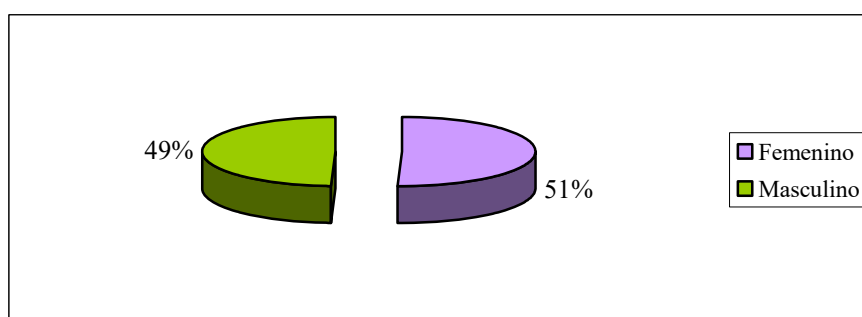
**Gráfico N° 10:** Distribución de los lactantes según edad



El mayor número de lactantes se da en el tramo de edad de 7 a 12 meses, correspondiente a 37 lactantes (45,7%). Continúa el tramo de edad de 0 a 3 meses, que son 30 lactantes (37%). Finalmente el tramo de 4 a 6 meses con un total de 14 lactantes (17,3%).

#### ✓ Sexo del lactante.

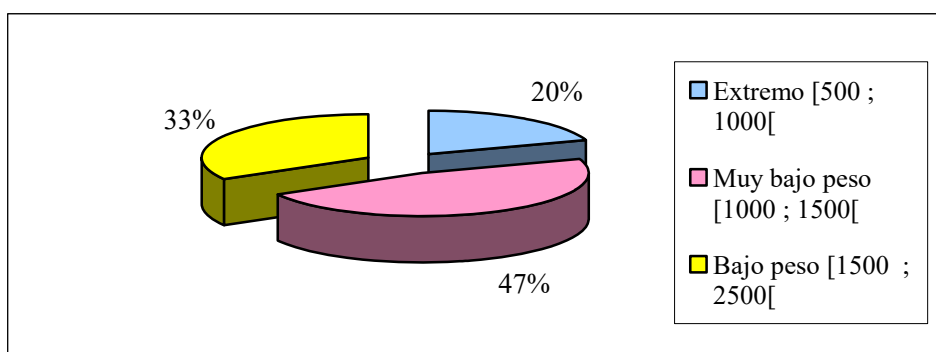
**Gráfico N° 11:** Distribución porcentual de lactantes según género



De los 81 lactantes 51% corresponden al sexo femenino y 49% al sexo masculino.

✓ **Peso de Nacimiento**

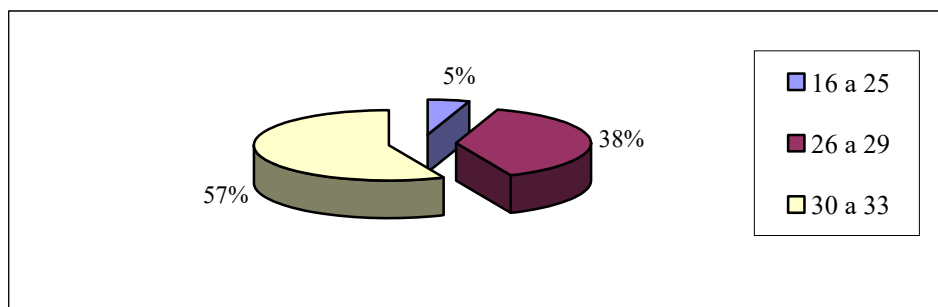
**Gráfico N° 12:** Distribución porcentual del Peso de los lactantes.



El 47% de los lactantes en estudio tiene Muy Bajo Peso; el 33% bajo peso y sólo el 20% peso extremo. Al ser un bajo porcentaje con peso de mayor riesgo, disminuye la posibilidad de presentar alteraciones de salud asociadas al bajo peso, lo que permite que el niño tenga un desarrollo adecuado, por lo tanto los cuidadores(as) pueden entregar una estimulación adecuada al contar con la buena salud del lactante.

### ✓ Edad Gestacional

**Gráfico N° 13:** Distribución porcentual de la edad Gestacional del lactante.

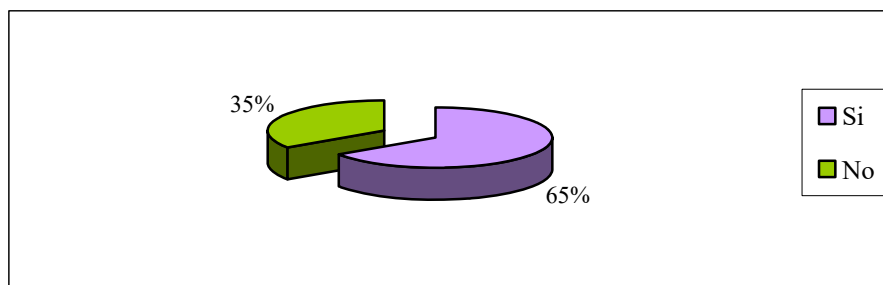


El 57% corresponde al intervalo de 30 a 33 semanas de gestación. Luego el 38% de 26 a 29 semanas de gestación. Y por último los intervalos entre las 16 a 25 semanas de gestación corresponde al 5%.

Lo anterior es beneficioso, pues a mayor edad gestacional disminuye el riesgo de presentar alteraciones de salud por inmadurez de los sistemas. Además hay una mejor madurez del lactante para responder frente a la estimulación entregada, por sus cuidadores(as).

✓ **Lactancia Materna**

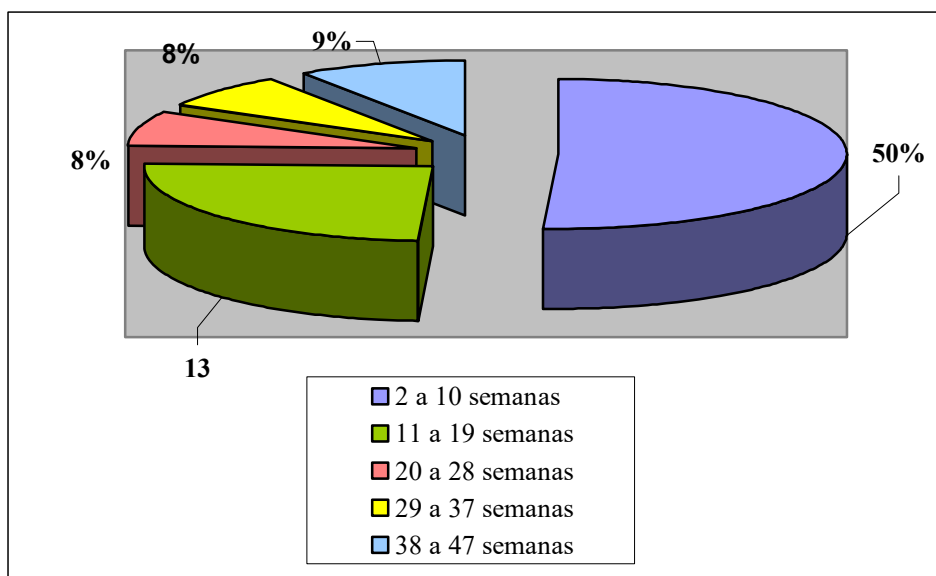
**Gráfico N° 14:** Distribución de lactantes que recibieron Lactancia Materna



De los 81 lactantes en estudio 53 (65%) de ellos han recibido lactancia materna.

La lactancia materna es un factor protector, frente a alteraciones que se puedan presentar producto de la edad del lactante, favorece el crecimiento y desarrollo de este, además de permitir el apego con su madre, esta instancia es propicia para favorecer una adecuada estimulación para el lactante.

**Gráfico N° 15:** Distribución porcentual de la duración que tuvo la lactancia materna en los lactantes que la recibieron.

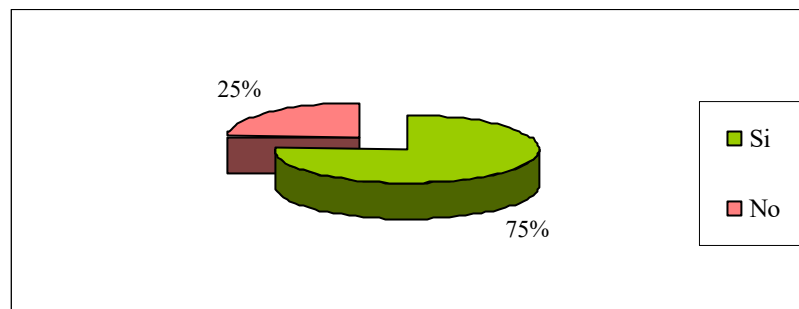


De los 53 lactantes, 18 de ellos continúan recibiendo lactancia materna.

La mayoría de los lactantes que recibieron lactancia materna (50%), la duración promedio corresponde de 2 a 10 semanas desde el nacimiento, se puede considerar de corta duración, ya que lo ideal es que su duración sea de 6 meses para permitir un correcto apego, además de aportar los nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo del lactante.

✓ **Antecedentes de Salud**

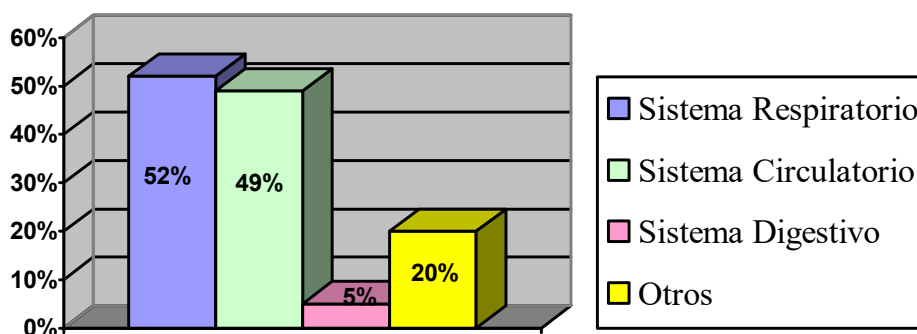
**Gráfico 16:** Distribución porcentual de los lactantes que presentaron alteraciones en el estado de salud desde el momento del nacimiento al alta.



El 75% de los lactantes en estudio presentó alteraciones de salud.

Esto puede deberse a la inmadurez fisiológica en la que se encuentran, lo que los hace vulnerables de adquirir algún tipo de problemas en su salud.

**Gráfico N° 17:** Distribución porcentual de las alteraciones del estado de salud que presentaron los lactantes según sistema, desde el nacimiento hasta el momento del alta.

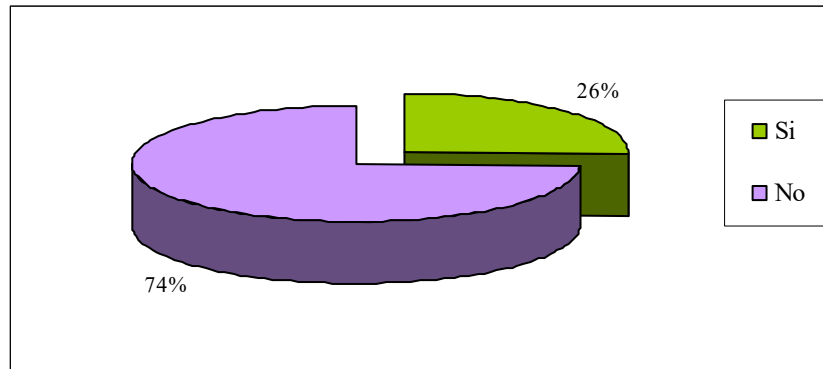


El mayor porcentaje de alteraciones del estado de salud corresponden al Sistema Respiratorio con un 52% y al Sistema Circulatorio con un 49%.

La mayoría de los lactantes prematuros presentó como principales alteraciones Displasia Broncopulmonar, Ictericia Neonatal, Anemia, Sepsis y Apnea.

Uno de los sistemas más inmaduros es el sistema respiratorio, por lo que las mayores alteraciones en salud, se observan en este sistema. Lo que puede implicar una dificultad en la estimulación, ya que, los(as) cuidadores(as) se enfocan más en los problemas de salud, que de entregar una buena estimulación.

**Gráfico N° 18:** Distribución porcentual de los lactantes que presentaron alteraciones en el estado de salud desde el alta al momento del estudio.

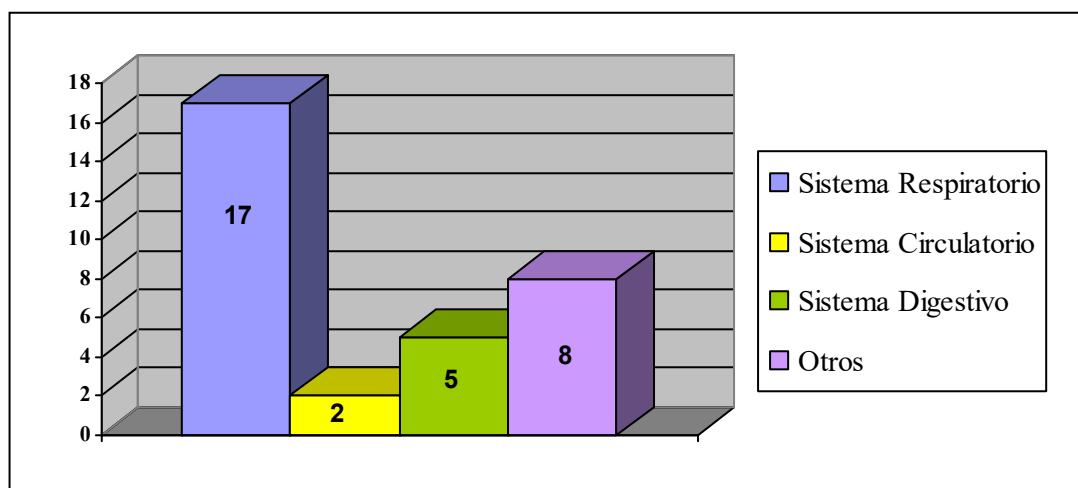


El 26% de los lactantes en estudio presentó alteraciones de salud.

El sistema respiratorio por ser inmaduro aún al momento del alta, es el que mayor problema presenta en los lactantes.



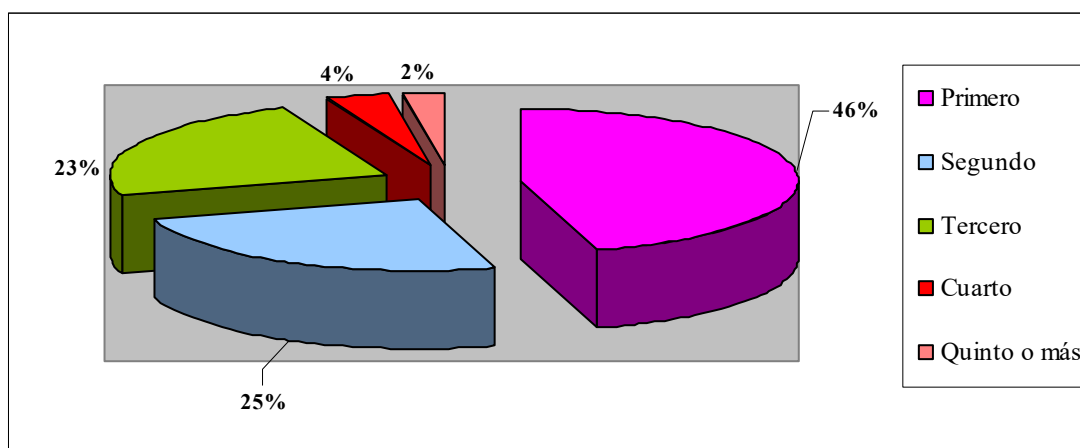
**Gráfico N° 19:** Distribución de las alteraciones del estado de salud que presentaron los lactantes por sistema, desde el alta al momento del estudio.



Las alteraciones de salud que más se repiten entre los lactantes en estudio desde el alta hasta el momento del estudio es la Displasia Broncopulmonar y la Neumonía con 4 lactantes cada una, luego Rotavirus con 3 lactantes.

Se observa que predominan preferentemente las patologías asociadas a sistema respiratorio, esto se puede deber a que éste sistema es uno de los más inmaduros, al momento del nacimiento.

**Gráfico N° 20:** Distribución de los lactantes según lugar que ocupa entre sus hermanos.



De los 81 cuidadores(as) de los lactantes en estudio el 46% corresponde al primer hijo.

Lo que indicaría por parte de los padres que es un factor protector, ya que es mayor preocupación y dedicación con el lactante, pero al mismo tiempo es un factor de riesgo, pues desconocen las actividades necesarias para realizar una buena estimulación, además la ausencia de hermanos, no permite un reforzamiento en las actividades de estimulación.

**1.4 Actividades de Estimulación que realizan los(as) Cuidadores(as) a lactantes prematuros de 0 a 3 meses por áreas de desarrollo.**

**1.4.1 Tabla N° 5: Actividades de Estimulación en el Área Motora.**

ESTIMULACIÓN TEMPRANA	CUIDADORES	
	N	Porcentaje
MUY BUENA	7	23,33%
BUENA	9	30%
REGULAR	6	20%
DEFICIENTE	8	26,66%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

En el período de 0 a 3 meses, 9 cuidadores(as) que corresponde al 30% realizan una **Buena** Estimulación en el Área Motora. En el período de 0 a 3 meses, 8 cuidadores(as) que corresponde al 26,66% realizan una **Deficiente** Estimulación en el Área Motora. En el período de 0 a 3 meses, 7 cuidadores(as) que corresponde al 23,33% realizan una **Muy Buena** Estimulación en el Área Motora. En el período de 0 a 3 meses, 6 cuidadores(as) que corresponde al 20% realizan una **Regular** Estimulación en el Área Motora.

**1.2.1.1 Tabla N° 6: Actividades de Estimulación en el Área Lenguaje**

ESTIMULACIÓN TEMPRANA	CUIDADORES	
	N	Porcentaje
MUY BUENA	27	90%
BUENA	3	10%
REGULAR	-	-
DEFICIENTE	-	-
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

En el período de 0 a 3 meses, 27 cuidadores(as) que corresponde al 90% realizan una **Muy Buena** Estimulación en el Área Lenguaje. En el período de 0 a 3 meses, 3 cuidadores(as) que corresponde al 10% realizan una **Buena** Estimulación en el Área Lenguaje. En el período de 0 a 3 meses, ninguno de los(as) cuidadores(as) realizan una **Regular o Deficiente** Estimulación en el Área Lenguaje.

**1.2.1.2 Tabla N° 7: Actividades de Estimulación en el Área Coordinación**

ESTIMULACIÓN TEMPRANA	CUIDADORES	
	N	Porcentaje
<b>MUY BUENA</b>	14	46,67%
<b>BUENA</b>	14	46,67%
<b>REGULAR</b>	2	6,66%
<b>DEFICIENTE</b>	-	-
<b>Total</b>	<b>30</b>	100%

En el período de 0 a 3 meses, 14 cuidadores(as) que corresponde al 46,67% realizan una **Muy Buena** Estimulación en el Área Coordinación. En el período de 0 a 3 meses, 14 cuidadores(as) que corresponde al 46,67% realizan una **Buena** Estimulación en el Área Coordinación. En el período de 0 a 3 meses, 2 cuidadores(as) que corresponde al 6,66% realizan una **Regular** Estimulación en el Área Coordinación. En el período de 0 a 3 meses, ninguno de los(as) cuidadores(as) realizan una **Deficiente** Estimulación en el Área Coordinación.

**1.2.1.3 Tabla N° 8: Actividades de Estimulación en el Área Social**

<b>ESTIMULACIÓN TEMPRANA</b>	<b>CUIDADORES</b>	
	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>MUY BUENA</b>	11	36,67%
<b>BUENA</b>	18	60%
<b>REGULAR</b>	1	3,33%
<b>DEFICIENTE</b>	-	-
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

En el período de 0 a 3 meses, 18 cuidadores(as) que corresponde al 60,00% realizan una **Buena** Estimulación en el Área Social. En el período de 0 a 3 meses, 11 cuidadores(as) que corresponde al 36,67% realizan una **Muy Buena** Estimulación en el Área Social. En el período de 0 a 3 meses, 1 cuidador(a) que corresponde al 3,33% realizan una **Regular** Estimulación en el Área Social. En el período de 0 a 3 meses, ninguno de los(as) cuidadores(as) realizan una **Deficiente** Estimulación en el Área Social.

**1.2.2 Actividades de Estimulación que realizan los(as) cuidadores(as) a Lactantes Prematuros de 4 a 6 meses por áreas de desarrollo.**

**1.2.2.1 Tabla N° 9: Actividades de Estimulación en el Área Motora**

ESTIMULACIÓN TEMPRANA	CUIDADORES	
	N	Porcentaje
<b>MUY BUENA</b>	9	64,30%
<b>BUENA</b>	3	21,41%
<b>REGULAR</b>	2	14,29%
<b>DEFICIENTE</b>	-	-
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

En el periodo de 4 a 6 meses, 9 cuidadores(as) que corresponde al 64,30% realizan una **Muy Buena** Estimulación en el Área Motora. En el periodo de 4 a 6 meses, 3 cuidadores(as) que corresponde al 21,41% realizan una **Buena** Estimulación en el Área Motora. En el periodo de 4 a 6 meses, 2 cuidadores(as) que corresponde al 14,29% realizan una **Regular** Estimulación en el Área Motora. En el periodo de 4 a 6 meses, ninguno de los(as) cuidadores(as) realizan una **Deficiente** Estimulación en el Área Motora.

**1.2.2.2 Tabla N° 10: Actividades de Estimulación en el Área Lenguaje**

ESTIMULACIÓN TEMPRANA	CUIDADORES	
	N	Porcentaje
MUY BUENA	9	64,30%
BUENA	4	28,56%
REGULAR	-	-
DEFICIENTE	1	7,14%
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

En el periodo de 4 a 6 meses, 9 cuidadores(as) que corresponde al 64,30% realizan una **Muy Buena** Estimulación en el Área Lenguaje. En el periodo de 4 a 6 meses, 4 cuidadores(as) que corresponde al 28,56% realizan una **Buena** Estimulación en el Área Lenguaje. En el periodo de 4 a 6 meses, ninguno de los(as) cuidadores(as) realizan una **Regular** Estimulación en el Área Lenguaje. En el periodo de 4 a 6 meses, 1 cuidador(a) que corresponde al 7,14% realizan una **Deficiente** Estimulación en el Área Lenguaje.



**1.2.2.3 Tabla N° 11: Actividades de Estimulación en el Área Coordinación**

ESTIMULACIÓN TEMPRANA	CUIDADORES	
	N	Porcentaje
<b>MUY BUENA</b>	9	64,30%
<b>BUENA</b>	5	35,70%
<b>REGULAR</b>	-	-
<b>DEFICIENTE</b>	-	-
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

En el periodo de 4 a 6 meses, 9 cuidadores(as) que corresponde al 64,30% realizan una **Muy Buena** Estimulación en el Área Coordinación. En el periodo de 4 a 6 meses, 5 cuidadores(as) que corresponde al 35,70% realizan una **Buena** Estimulación en el Área Coordinación. En el periodo de 4 a 6 meses, ninguno de los(as) cuidadores(as) realizan una **Regular** Estimulación en el Área Coordinación. En el periodo de 4 a 6 meses, ninguno de los(as) cuidadores(as) realizan una **Deficiente** Estimulación en el Área Coordinación.

**1.2.2.4 Tabla N° 12: Actividades de Estimulación en el Área Social**

ESTIMULACIÓN TEMPRANA	CUIDADORES	
	N	Porcentaje
<b>MUY BUENA</b>	10	71,45%
<b>BUENA</b>	3	21,41%
<b>REGULAR</b>	1	7,14%
<b>DEFICIENTE</b>	-	-
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

En el periodo de 4 a 6 meses, 10 cuidadores(as) que corresponde al 71,45% realizan una **Muy Buena** Estimulación en el Área Social. En el periodo de 4 a 6 meses, 3 cuidadores(as) que corresponde al 21,41% realizan una **Buena** Estimulación en el Área Social. En el periodo de 4 a 6 meses, 1 cuidador(a) que corresponde al 7,14% realizan una **Regular** Estimulación en el Área Social. En el periodo de 4 a 6 meses, ninguno de los(as) cuidadores(as) realizan una **Deficiente** Estimulación en el Área Social.

### 1.2.3 Actividades de Estimulación que realizan los(as) Cuidadores a lactantes prematuros de 7 a 12 meses por áreas de desarrollo.

#### 1.2.3.1 Tabla N° 13: Actividades de Estimulación en el Área Motora

ESTIMULACIÓN TEMPRANA	CUIDADORES	
	N	Porcentaje
MUY BUENA	20	54,05%
BUENA	15	40,54%
REGULAR	2	5,41%
DEFICIENTE	-	-
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100%</b>

En el periodo de 7 a 12 meses, 20 cuidadores(as) que corresponde al 54,05% realizan una **Muy Buena** Estimulación en el Área Motora. En el periodo de 7 a 12 meses, 15 cuidadores(as) que corresponde al 40,54% realizan una **Buena** Estimulación en el Área Motora. En el periodo de 7 a 12 meses, 2 cuidadores(as) que corresponde al 5,41% realizan una **Regular** Estimulación en el Área Motora. En el periodo de 7 a 12 meses, ninguno de los(as) cuidadores(as) realizan una **Deficiente** Estimulación en el Área Motora.

**1.2.3.2 Tabla N° 14: Actividades de Estimulación en el Área Lenguaje**

ESTIMULACIÓN TEMPRANA	CUIDADORES	
	N	Porcentaje
<b>MUY BUENA</b>	32	86,49%
<b>BUENA</b>	5	13,51%
<b>REGULAR</b>	-	-
<b>DEFICIENTE</b>	-	-
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100%</b>

En el periodo de 7 a 12 meses, 32 cuidadores(as) que corresponde al 86,49% realizan una **Muy Buena** Estimulación en el Área Motora. En el periodo de 7 a 12 meses, 5 cuidadores(as) que corresponde al 13,51% realizan una **Buena** Estimulación en el Área Motora. En el periodo de 7 a 12 meses, ningún cuidadores (as) realizan una **Regular** Estimulación en el Área Motora. En el periodo de 7 a 12 meses, ninguno de los(as) cuidadores(as) realizan una **Deficiente** Estimulación en el Área Motora.

**1.2.3.3 Tabla N° 15: Actividades de Estimulación en el Área Coordinación**

ESTIMULACIÓN TEMPRANA	CUIDADORES	
	N	Porcentaje
<b>MUY BUENA</b>	19	51,35%
<b>BUENA</b>	13	35,14%
<b>REGULAR</b>	5	13,14%
<b>DEFICIENTE</b>	-	-
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100%</b>

En el periodo de 7 a 12 meses, 19 cuidadores(as) que corresponde al 51,35% realizan una **Muy Buena** Estimulación en el Área Motora. En el periodo de 7 a 12 meses, 13 cuidadores(as) que corresponde al 35,14% realizan una **Buena** Estimulación en el Área Motora. En el periodo de 7 a 12 meses, 5 cuidadores(as) que corresponde al 13,14% realizan una **Regular** Estimulación en el Área Motora. En el periodo de 7 a 12 meses, ninguno de los(as) cuidadores(as) realizan una **Deficiente** Estimulación en el Área Motora.

**1.2.3.4 Tabla N° 16: Actividades de Estimulación en el Área Social**

ESTIMULACIÓN TEMPRANA	CUIDADORES	
	N	Porcentaje
MUY BUENA	17	45,95%
BUENA	9	24,32%
REGULAR	10	27,03%
DEFICIENTE	1	2,70%
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,00%</b>

En el periodo de 7 a 12 meses, 17 cuidadores(as) que corresponde al 45,95% realizan una **Muy Buena** Estimulación en el Área Motora. En el periodo de 7 a 12 meses, 9 cuidadores(as) que corresponde al 24,32% realizan una **Buena** Estimulación en el Área Motora. En el periodo de 7 a 12 meses, 10 cuidadores(as) que corresponde al 27,03% realizan una **Regular** Estimulación en el Área Motora. En el periodo de 7 a 12 meses, 1 cuidador (a) que corresponde a 2,70% realizan una **Deficiente** Estimulación en el Área Motora

**CAPÍTULOS 5: CONCLUSIONES,  
RECOMENDACIONES  
Y RESUMEN.**

## CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en la investigación, se puede concluir lo siguiente:

1. Las áreas más estimuladas, por rango de edad corresponden a: área Lenguaje en el tramo de 0 a 3 meses; área Social de los 4 a 6 meses y área Lenguaje en el tramo de 7 a 12 meses.
2. Las áreas menos estimuladas, por rango de edad, corresponden a: área Motora en el tramo de 0 a 3 meses; área Lenguaje en los 4 a 6 meses y área Social en el tramo de 7 a 12 meses.
3. Los rangos de edad mejor estimuladas son los de: 4 a 6 meses y 7 a 12 meses, considerando estimulación muy buena; mientras que la estimulación es sólo buena en el tramo de 0 a 3 meses.
4. La mitad de los(as) cuidadores(as) de los lactantes del estudio tiene como máximo 30 años de edad, de los cuales, la mayoría corresponden a las madres de los lactantes, siendo ésta la edad en la cual se encuentran física y psicológicamente preparadas para criar y cuidar a su hijo, y así cumplir de manera satisfactoria su rol de madre.
5. Menos de la mitad de los(as) cuidadores(as) de los lactantes en estudio tienen en promedio una escolaridad de educación Media Completa, y una pequeña parte de ellos posee educación básica incompleta, que es la escolaridad mínima encontrada.
6. Las  $\frac{3}{4}$  de los(as) cuidadores(as) de los lactantes ha tenido experiencias previas en estimulación temprana, en su mayoría por hijos anteriores al lactante en estudio.



7. La mayoría de los(as) cuidadores(as) de los lactantes del estudio ha recibido información sobre estimulación temprana, tal vez por mayor difusión del tema y sobre todo por tratarse de niños prematuros, los que se encuentran con controles de salud en forma periódica y sistemática, en algunos casos por varios profesionales del equipo de salud simultáneamente.
8. Casi la mitad de los(as) cuidadores(as), refiere haber recibido información sobre estimulación temprana de parte del pediatra, y sólo  $\frac{1}{4}$  de ellos, recibió información de la enfermera, esto podría significar la poca difusión de las actividades de estimulación por parte de la enfermera que controla al lactante o la poca claridad del rol que desempeña éste profesional en un nivel de atención secundaria.
9. La mayoría de los(as) cuidadores(as) de los lactantes ha recibido información de sus familiares a cerca de las actividades de estimulación. Por ende son ellos los que le traspasan conocimiento en forma primaria.
10. Poco más de la mitad de los(as) cuidadores(as) de los lactantes obtuvo información de las Actividades de Estimulación por medios de comunicación, especialmente por medio de Libros y revistas. Esto estaría indicando que los(as) cuidadores(as) que obtuvieron éste tipo de información, fue por su propio interés.
11. Más de la mitad de los lactantes del estudio pertenecen a familias nucleares completas, factor muy importante si se toma en cuenta que una familia bien constituida es el núcleo básico, fundamental y principal factor protector para un buen crecimiento y desarrollo del niño.

## RECOMENDACIONES

Se exponen las siguientes recomendaciones, las que se consideran de gran relevancia para obtener los mejores resultados en el desarrollo psicomotor de los lactantes prematuros.

1. Continuar con investigaciones, en relación, a otros factores que pudieran intervenir en la realización de actividades de estimulación temprana del desarrollo psicomotor de lo lactantes prematuros.
2. Aumentar el número de evaluaciones del desarrollo psicomotor en los lactantes que asisten a control de salud infantil con la enfermera en el nivel secundario.
3. Implementación por parte de la Enfermera de Atención Secundaria de actividades educativas a los(as) cuidadores(as) y/o madres respecto a las actividades específicas de estimulación temprana del desarrollo psicomotor a realizar según edad del lactante.
4. Cumplimiento estricto de la aplicación de la escala de evaluación del desarrollo psicomotor, de acuerdo a la norma que rige al centro de atención secundaria de salud.
5. Que la Enfermera de la atención secundaria asuma un rol más activo en el Programa de seguimiento del Prematuro extremo, a través de capacitaciones que le permitan entregar una atención adecuada a las condiciones de éstos lactantes.
6. Publicación de éstos y otros estudios respecto al tema. Que sean dados a conocer, para así estimular la realización de nuevas investigaciones y contribuir al fomento y protección del desarrollo óptimo del lactante.

7. Realizar nuevas investigaciones sobre la estimulación del desarrollo psicomotor en el segundo año de vida, debido a que principalmente es en éste periodo cuando son más evidentes las diferencias en el desarrollo psicomotor de los lactantes.

## **R E S U M E N**

Las actividades de estimulación temprana del desarrollo psicomotor realizadas por los(as) cuidadores(as) de los lactantes prematuros extremos, se pueden ver influenciadas tanto por factores familiares como por los propios factores del lactante prematuro, los que inciden directamente en el grado de satisfacción de la estimulación recibida. De esta manera las distintas áreas del desarrollo psicomotor (motora, lenguaje, coordinación y social) progresan en forma continua.

La presente investigación abarcó una muestra de 81 cuidadores de lactantes prematuros extremos entre 0 mes y 11 meses 29 días, que se controlan regularmente en el programa del seguimiento del prematuro en los policlínicos de seguimientos del Hospital Dr. Carlos Van Buren y Hospital Dr. Gustavo Fricke durante el 16 de Agosto al 15 de Septiembre del año 2006.

Se puede concluir que la estimulación brindada por los(as) cuidadores(as) de los lactantes prematuros extremos, es adecuada, clasificándose por los investigadores en una categoría de buena a muy buena en todos los rangos de edad. Lo anterior indica que la estimulación temprana entregada representa un factor protector del desarrollo psicomotor en los lactantes prematuros extremos.

Cabe destacar que el equipo de salud cumple un rol relevante al ser el orientador de los(as) cuidadores(as) en la estimulación que deben entregar a los lactantes prematuros. Entre ellos el profesional de enfermería que mantiene contacto directo y continuo con ellos, entrega los conocimientos básicos necesarios para otorgar un cuidado integral a los lactantes prematuros y sus familias.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) (1) Meneghello, J. (1997). *Tratado de Pediatría* (5° ed., Tomo I, pp 634- 643). Iberoamericana – McGraw Hill.
- 2) (2) [www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/personalidad/erikerikson.htm](http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/personalidad/erikerikson.htm)
- 3) (3) [www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/personalidad/sigmundfreud.htm](http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/personalidad/sigmundfreud.htm)
- 4) (4) [www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/personalidad/jeanpiaget.htm](http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/personalidad/jeanpiaget.htm)
- 5) (5) BERHAM, Vaughan, N. *Tratado de pediatría*. 13° ed. Vol. I, Iberoamericana – McGraw Hill, 1988. 6 a 16p.
- 6) (6) *Tiempo de Desarrollo y Cuidado del Bebé Prematuro*.  
En: [www.mipediatra.com.mx/folletos/prematuro-cuidados.htm](http://www.mipediatra.com.mx/folletos/prematuro-cuidados.htm)
- 7) (7) GÓMEZ L. Silvia. 2003. *Guía para entender integración sensorial*. En: SEMINARIO: “A parent guide to understanding sensory integration” 10 y 11 Noviembre 2003. Santiago, Universidad de Chile, Carrera de Terapia Ocupacional.
- 8) (8) Lira, M. (1997). *Manuales de Estimulación “1° año de vida”*. Chile. Galdoc.

## BIBLIOGRAFÍA

### I. Libros:

- 1) Berham, Vaughan, N. (1998) *Tratado de pediatría*. (13° ed., Vol. I, pp 6- 16), Iberoamericana – McGraw Hill.
- 2) Meneghello J. (1997) *Tratado de pediatría* (5ª ed., Tomo I, pp 634 – 643) Iberoamericana – McGraw Hill.
- 3) Lira, M. (1997). *Manuales de Estimulación “1° año de vida”*. Chile. Galdoc.
- 4) Hernández, R., Fernández C., Baptista, P. (2003), *Metodología de la Investigación*, Mc Graw-Hill.
- 5) Canavos, G. (1995) *Probabilidades y estadística*, Mc Graw-Hill.

### II. Revistas:

- 1) Brand G. (2004). “Guía para padres: Programa de estimulación y evaluación del desarrollo psicomotor del niño menor de 2 años de edad”. *Pediatría al día*. Vol. 20. N°1 Marzo – Abril, pp 53-55.
- 2) Brand, G. (2004). “Guía para padres: Programa de estimulación y evaluación del desarrollo psicomotor del niño menor de 2 años de edad” *Pediatría al día*. Vol. 20. N°2 Mayo – Junio, pp 21-24.

### III. Artículo de diario:

Mundo bebé. (2005, 28 Octubre) *Diario La Tercera*, pp 6-7.

#### **IV. Congresos:**

Gómez, S. (2003). Guía para entender integración sensorial. En Carrera de Terapia Ocupacional. (Ed), Seminario “A parent guide to understanding sensory integration”. Santiago, Chile: Universidad de Chile.

#### **V. Tesis:**

Aguilera, P. y otros (2004) *Estimulación temprana que realizan los(as) cuidadores(as) a lactantes menores de un año y su relación con factores filiales, familiares e institucionales*. Valparaíso, Chile. Universidad de Valparaíso, Escuela de Enfermería y Obstetricia.

#### **VI. Páginas Web:**

- 1) Dr. Ramón Acosta (2000) Método piel a piel. Evaluación del neurocomportamiento hasta el año de edad corregida.. Hospital General Universitario (Cuba). Recuperado el 5 de octubre del 2005 de [www.scielo.sld.cu](http://www.scielo.sld.cu)
- 2) Dra. Pilar García Sánchez (2005) XIX Congreso Perinatal Servicio de Neonatología Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado el 12 de octubre del 2005 de [www.prematuro.cl/webjunio/congresoespanol141.cuidado](http://www.prematuro.cl/webjunio/congresoespanol141.cuidado)
- 3) “Estimulación temprana de padres a niños prematuros”. Recuperado el 30 de septiembre del 2005 de <http://interrogar.nezit.com.ar/estimulación.htm>
- 4) María Elena Laree Capítulo 33: “Factores ambientales del ambiente terapéutico que influyen en el RN prematuro”. Recuperado el 15 de septiembre del 2005 de: [www.redclinica.cl/html/archivos/33.pdf](http://www.redclinica.cl/html/archivos/33.pdf)
- 5) Juan Manuel Betancourt. *Identificación de reflejos de supervivencia en niños prematuros*. Hospital Universitario del Valle, Colombia. Recuperado el 30 de septiembre del 2005 de:

[www.correo.puj.edu.co/proyectossintesis/hipervinculos/desarrollohumano.htm](http://www.correo.puj.edu.co/proyectossintesis/hipervinculos/desarrollohumano.htm)

- 6) Patricia Mena y más autores (2003) Revista Chilena Pediátrica. Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile. Recuperado el 5 de octubre del 2005 de: <http://64.233.187.104/search.org.ar/archivos/2003>
- 7) Carmen Rosas Payas – Neonatología III Jornada de actualización en Pediatría de Atención Primaria.. Hospital 12 de Octubre, España. Recuperado el 15 de septiembre del 2005 de: [www.spapex.org](http://www.spapex.org)
- 8) Ana Narberhaus – Dolors Segarra (2004). Publicaciones de la Universidad de Murcia, España. Universidad de Barcelona, España.. Vol. 20, número 2. Recuperado el 18 de octubre del 2005 de: [www.um.es](http://www.um.es)
- 9) Dr. José Galbe Sánchez – Ventura. *Atención orientada al desarrollo, supervisión del desarrollo psicomotor y cribado de los trastornos del espectro autista*. Recuperado el 14 de abril del 2006 de: [www.psicologoinfantil.com/enlaces/trasdesapsicom.htm](http://www.psicologoinfantil.com/enlaces/trasdesapsicom.htm)
- 10) Tiempo de Desarrollo y Cuidado del Bebé Prematuro. Recuperado el 23 de abril del 2006 de: [www.mipediatra.com.mx/folletos/prematuro-cuidados](http://www.mipediatra.com.mx/folletos/prematuro-cuidados).
- 11) Stata Corp Lp: Software Practice and Experience, [www.stata.com](http://www.stata.com). Intercooded Stata 9.1 for Windows, 2006.

