

El rol del Kinesiólogo en la Estimulación Temprana

Criterios de evaluación y técnicas que implementa

Tesis de Licenciatura
Colabelli Ana Paula

Tutora: Lic. Tur Graciela
Co-tutora: Lic. Lino María Belén
Asesoramiento Metodológico:
Minnaard Vivian

2016



UNIVERSIDAD FASTA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA

“La felicidad no es hacer lo que uno quiere, sino querer lo que uno hace”.

Jean Paul Sartre

A todos los que me acompañaron y confiaron en mí en este largo camino.

En primer lugar quiero agradecer a toda mi familia y a mis amigos que fueron quienes me acompañaron todo este tiempo, me apoyaron y confiaron incondicionalmente en mí.

A Damián, que fue quien me sostuvo, quien me acompañó, me apoyó en todas mis decisiones y me alentó seguir adelante.

A los profesionales encuestados que tan generosamente me brindaron su tiempo y me recibieron para realizar la recolección de datos.

A mi tutora, la Dra. Vivian Minaard que me ayudó a llevar adelante esta investigación y me brindó su apoyo y conocimiento.

A mi tutora, Lic. Graciela Tur y mi co-tutora, la Lic. María Belén Lino por dedicarme su tiempo, compartir sus conocimientos y guiarme en este camino de forma incondicional.

A la Universidad FASTA y a todos los profesores de la misma, que durante todos estos años me enseñaron y me mostraron esta maravillosa profesión, formándome no solo de manera profesional sino también, humanamente.

La estimulación temprana se conoce cómo la intervención terapéutica compuesta por medios, técnicas y actividades destinada a desarrollar el máximo potencial físico, cognitivo, emocional y social de cualquier niño con un alto riesgo ambiental y/o biológico. Se desarrolla durante los primeros años de vida, donde según Piaget, se corresponde con la inteligencia sensitivo-motora. El niño responde a estímulos sensitivos con repuestas motoras. Cuando las familias se enfrentan a una situación como esta, es necesario que el niño esté a cargo de un profesional competente y capacitado para asumir el rol como terapeuta de acuerdo a las potencialidades de cada paciente.

Objetivo: Evaluar cuál el rol del kinesiólogo dentro de la Estimulación Temprana y los criterios de evaluación y estrategias que implementa en niños de 0 a 2 años de la ciudad de Balcarce tanto en el ámbito público como privado durante el año 2016.

Materiales y Método: Es una investigación descriptiva, no experimental y observacional transversal. A través de una encuesta se indaga a médicos pediatras, kinesiólogos e integrantes del equipo de atención temprana de la ciudad de Balcarce.

Resultados: Se registró que 23 de los 27 encuestados refieren que las patologías más frecuentes son las neurológicas. El 55% de ellos considera muy necesaria la inclusión del kinesiólogo dentro del equipo interdisciplinario, destacando el abordaje integral hacia el paciente. El 20% lo considera importante siempre que esté ligada a un trastorno motriz. Todos los kinesiólogos realizan evaluaciones previas de tono, postura y reflejos, 4 de los 8 kinesiólogos lo realizan para poder plantear un tratamiento adecuado y garantizado, 3 manifiestan que es el mejor punto de partida previo al tratamiento. En cuanto a test de screening, el más seleccionado es el perfil psicomotriz por 7 de ellos. En su enfoque 5 de estos 8 profesionales se abocan principalmente al área motriz sin dejar de considerar las demás áreas. Utilizan principalmente el juguete como medio para estimular al niño, como herramienta para poder comunicarse con él y mantener su concentración. La mayoría de ellos coincide en que los padres deben formar parte del tratamiento e involucrarse en las terapias del niño.

Conclusión: Los kinesiólogos comienzan con evaluaciones de tono, posturales y de reflejos para evaluar el punto de partida en el que se encuentran. Se apoyan en test de screening para tener una línea de seguimiento y evaluar la eficacia del tratamiento posteriormente. Combinan diferentes técnicas, pero la mayoría prefiere Bobath por su eficacia y conocimiento y logran comunicarse con el niño a través del juego y de los juguetes, siempre adecuados a su edad. Si bien la mayoría de los profesionales considera importante la inclusión del kinesiólogo en el equipo, es un área poco explorada y de escasa información, incluso para la institución pública.

Palabras claves: kinesiólogo- estimulación- atención temprana- juguete.

Early stimulation is known as a therapeutic intervention made of means, techniques and activities designed to develop the maximum physical, cognitive, emotional and social potential of any children with a high environmental or biological risk. It develops during the first years of life, where Piaget, corresponds with sensorimotor intelligence. The child responds to sensory stimuli with motor responses. When families face a situation like this, it is necessary that the child stay in charge of a competent and qualified professional that can assume the role as a therapist according to the potential of each patient.

Objective: Evaluate which is the role of the physical therapist in the early stimulation and evaluation criteria and strategies implemented in children from 0 to 2 years old of the city of Balcarce in the public and private sectors during 2016.

Materials and Methods: It is a cross-sectional, not experimental and observational descriptive research. Through a quiz of pediatricians, physical therapist and team members of early care are investigated about their work in the city of Balcarce.

Results: It was recorded that 23 of the 27 respondents report that the most common diseases are neurological. 55% of them consider the inclusion of much needed physical therapist within the interdisciplinary team, highlighting the integral approach to the patient. 20% consider it important related to a motor disorder. All physical therapist perform previous assessments about tone, body posture and reflexes. 4 of the 8 physical therapist do it to get an adequate and guaranteed treatment, 3 of it say that is the best starting point in a treatment. Regarding screening test, the most selected is psychomotor profile for 7 of them. In his approach 5 of these 8 professionals mainly tripping over themselves to motor area while considering other areas. They mainly used toys as a means to stimulate the child as a tool to communicate with him and keep his concentration. Most of them agree that parents should be part of treatment and engage in child therapy.

Conclusion: The physical therapists begin with assessments tone, body posture and reflexes to assess the starting point in which they find themselves. They rely on screening test for a line monitor and evaluate the effectiveness of treatment later. They combine different techniques, but most prefer Bobath for their efficiency and knowledge and able to communicate with the child through play and toys, always appropriate to their age. While most professionals consider important the inclusion in the team physio, is a little explored area and little information, even for the public institution.

Keywords: physical therapist- stimulation- early attention - toy.

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I:	
“La Estimulación Temprana”.....	5
CAPÍTULO II:	
“El rol del Kinesiólogo”.....	15
DISEÑO METODOLÓGICO.....	29
ANÁLISIS DE DATOS.....	40
CONCLUSIÓN.....	59
BIBLIOGRAFÍA.....	61

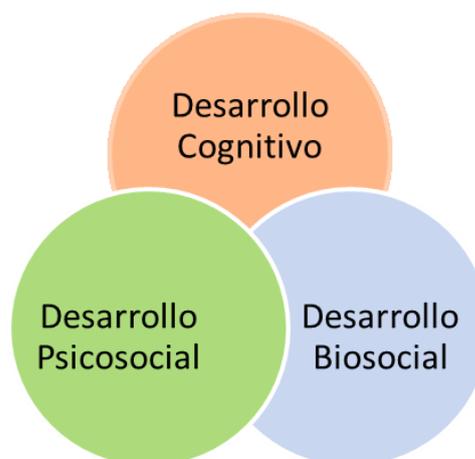
Introducción



El desarrollo del niño hasta los dos años es un proceso dinámico en el cual se deben tener en cuenta los factores físicos y psicosociales. El cerebro del niño desde la etapa de la vida intrauterina comienza con un proceso de maduración para después del nacimiento ser capaz de desarrollar sus funciones elementales. La estimulación de esta estructura puede lograr el desarrollo y maduración de sistema nervioso central (S.N.C). Por lo tanto la interacción con las personas que pertenecen al entorno del bebe tanto de manera activa como pasiva son de suma importancia para esta estimulación. Un niño recién nacido es totalmente dependiente y con pocas aptitudes para enfrentarse a la vida. Luego de 2 años manifiesta: crecimiento y maduración cerebral, aumento de peso y talla, desarrollo de sus habilidades motoras, de sus capacidades sensoriales y perceptivas y desarrollo cognitivo (Piaget, 1926).¹

Para que un niño pueda desarrollarse correctamente se deben dar en él la interacción y el desarrollo de tres esferas: el desarrollo Biosocial, el Psicosocial y el Cognitivo.²

Diagrama N° 1. Desarrollo integral del niño hasta los dos años.



Fuente: Giorgetti, M. (2013)

El surgimiento de problemas en el desarrollo normal, despierta la preocupación en los padres y profesionales de la salud, generando una demanda de atención personalizada lo más tempranamente posible.

La estimulación temprana consiste en una serie de estrategias de prevención e intervención que son imprescindibles durante los primeros 2 años de vida, cuando algún factor interno o externo afecta el desarrollo psicomotriz normal de un niño.

¹ En su teoría Piaget expone que el conocimiento es construido por el niño a través de la interacción de sus estructuras mentales con el ambiente.(1926)

² El desarrollo biosocial hace referencia a la maduración del sistema nervioso, mientras que el psicosocial se asocia a la relación del niño con los objetos y el ambiente. Ambos relacionados con el desarrollo cognitivo que es asociado al estadio sensoriomotor por el que atraviesa el lactante.

El término de estimulación temprana aparece reflejado en sus inicios básicamente en el documento de la declaración de los derechos del niño, en el año 1959, enfocado como una forma especializada de atención a los niños que nacen en condiciones de alto riesgo biológico y social.³

Los niños en riesgo comprenden a aquellos que estuvieran en condiciones deficitarias de índole biológica, como resulta con las alteraciones que involucran funciones del S.N.C, entre ellos los infantes prematuros y postmaduros; los menores con lesión directa sobre este sistema, tales como daños encefálicos; las disfunciones cerebrales y los daños sensoriales; los que tuvieran alteraciones genéticas, como el Síndrome de Down; las cardiopatías; las leucosis y finalmente, los niños con trastornos de inadaptación precoz, bien fueran menores perturbados emocionalmente por falla de las relaciones familiares y ambientales, y por las limitaciones en la comunicación.⁴

Cuando las familias se enfrentan a una situación como las planteadas anteriormente es necesario que el niño esté a cargo de un profesional competente y capacitado para asumir el rol como terapeuta de acuerdo a las potencialidades de cada paciente.

Esta investigación considera significativo el rol del kinesiólogo dentro de la estimulación temprana y la importancia de éste dentro de un equipo interdisciplinario, siendo capaz de trabajar en conjunto con demás profesionales de la salud y llevando a cabo un plan de tratamiento específico.

El kinesiólogo que se desarrolle dentro del ámbito de la estimulación temprana debe ser capaz de reconocer los trastornos del desarrollo que mayor incidencia tienen en la infancia, debe ser capaz de desempeñar todas las técnicas necesarias mediante el juego y la interacción con el paciente y a su vez, debe ser capaz de dirigir pautas a los padres y a la familia. (Geijo, 2013)⁵.

En cuanto a su rol como terapeuta, el kinesiólogo, implementará evaluaciones tanto del tono muscular y los reflejos como de la postura y la movilidad. Además se evaluarán tanto las conductas motoras, como adaptativa y social.⁶

El ámbito en el cual se desarrolla la investigación es en la ciudad de Balcarce, la cual ha realizado a comienzos del 2015 un censo de discapacidad. Dicho estudio arrojó como uno de los datos más relevantes que el 70% de la población que padece una discapacidad, es del tipo motriz. Por tal motivo, es necesario plantear la importancia del kinesiólogo dentro

³ Artículo 5 de la Declaración de los Derechos del Niño aprobada el 20 de noviembre de 1959 por los 78 estados integrantes de la Organización de las Naciones Unidas.

⁴ Ampliación del art. 5 de la Declaración de los Derechos del Niño firmada en 1989.

⁵ Klga. Geijo, L. Kinesióloga y miembro de la Asociación Argentina de Kinesiología, docente de la cátedra de Psicomotricidad y Neurodesarrollo en la Escuela de Kinesiología de Universidad de Buenos Aires y expositora en el Curso de Estimulación Temprana para Kinesiólogos.

⁶ Áreas del Protocolo de Evaluación Kinésica Psicomotriz utilizada por el servicio de Kinesiología del Hospital de Pediatría "Dr. Juan P. Garrahan"

de los centros de salud de la comunidad y dentro de un equipo interdisciplinario, destinados a realizar una adecuada atención lo más tempranamente posible y con el tratamiento más adecuado.

Así es como surge el problema de investigación:

¿Cuál es el rol del kinesiólogo dentro de la Estimulación Temprana y cuáles son los criterios de evaluación y las estrategias utilizadas en niños de 0 a 2 años de la ciudad de Balcarce durante el año 2016 tanto en el ámbito público como privado?

El objetivo general de esta investigación es:

Evaluar cuál el rol del kinesiólogo dentro de la Estimulación Temprana y los criterios de evaluación y estrategias que implementa en niños de 0 a 2 años de la ciudad de Balcarce tanto en el ámbito público como privado durante el año 2016.

Los objetivos específicos son:

- Determinar cuáles son las estrategias planteadas por los kinesiólogos al momento de abordar un tratamiento de Estimulación Temprana.
- Establecer cuáles son las patologías más frecuentes con las que el kinesiólogo trata dentro del campo de la Estimulación Temprana.
- Especificar la utilización de evaluaciones o test de screening, previos al tratamiento, por parte de los profesionales de la salud.
- Indagar el concepto que los demás profesionales tienen en cuanto a la inclusión del kinesiólogo dentro de un equipo interdisciplinario.
- Determinar si los kinesiólogo consideran la dirección de pautas hacia los padres como parte del tratamiento.

Capítulo 1

La estimulación temprana



Los primeros dos años de vida son considerados por muchos autores como el período más significativo en el desarrollo de un ser humano. Durante este período, el niño experimentará cambios biológicos pasando de ser totalmente dependiente a adquirir conductas fundamentales, tales como la bipedestación, la prensión, la marcha y el lenguaje.

Todos estos cambios se podrán llevar a cabo mediante la maduración del sistema nervioso sumado a las experiencias vividas, que son quienes generan el aprendizaje y mediante la facilitación que reciba este niño, es decir los estímulos.

Un estímulo es todo aquel impacto sobre el ser humano que produce en él una reacción, es decir, una influencia sobre alguna función. Estos pueden ser internos o externos y tanto físicos como afectivos (Gibson, 1960)⁷.

Los estímulos son de suma importancia en los primeros años de vida, ya que durante este periodo se dará el 80% del desarrollo cerebral y son los que contribuirán a desarrollar una determinada experiencia ante cada situación que se presente, dando lugar a la maduración de las vías cerebrales.

El doctor Kovacs (1999)⁸, explica que está demostrado biológicamente que un niño nace con una serie de circuitos en el cerebro, las conexiones neuronales, que perderá si no se estimulan. Pero también en el cerebro está la capacidad de crear otros circuitos a medida que los va necesitando, es decir, logrará conectar dos neuronas separadas entre sí gracias a un estímulo.

La estimulación temprana se define como un conjunto de acciones que potencializan al máximo las habilidades físicas, mentales y psicosociales del niño mediante la estimulación repetitiva, continua y sistematizada (Medina Salas, 2002)⁹. Coriat (1971)¹⁰ por su parte la considera una técnica que tiene como objetivos apoyar al niño en las áreas estructurales del desarrollo y ayudarlo a superar o a moderar problemas del desarrollo basándose en técnicas psicopedagógicas y psicomotrices. Considera que el tratamiento debe centrarse en la estimulación neurológica-motora y en la interacción con las actuaciones y pautas de crianza de las familias, con un enfoque psicoanalítico. El término de estimulación temprana aparece reflejado en sus comienzos en la Declaración de los

⁷ Gibson sostiene que la percepción no se construye mediante una interpretación de los datos sensoriales por parte del perceptor, sino que la percepción es una función directa del estímulo.

⁸ Kovacs es un médico, especialista en neurología y autor del libro *Aprendiendo a ser padres. Método Kovacs* (1999). Creador del método Kovacs donde se aborda una crianza pragmática basada en la estimulación temprana, la disciplina y el esfuerzo personal.

⁹ Medina Salas es un médico especialista en Rehabilitación con un posgrado en Rehabilitación Pediátrica, quien plantea el tratamiento de Estimulación Temprana poniendo hincapié en el potencial de cada niño y en la interrelación de este con los padres y el terapeuta.

¹⁰ Coriat fue una médica neuróloga con orientación en neuropediatría que formó parte del Servicio de Neurología del Hospital de Niños dedicándose a la investigación en el área de la psicomotricidad. Pionera en el área de la Estimulación Temprana, comenzó su trabajo con niños con Síndrome de Down.

Derechos de Niño, en el año 1959, enfocado como una forma especializada de atención a niños en condiciones de riesgo biológico y social, es decir, dejando el término solo relegado a su carácter clínico.

En los años próximos, Abadi (1982)¹¹ y Ferrer (2003)¹² utilizan el término atención temprana e incluyen en su concepción el trabajo con la familia y el entorno social del niño, por lo cual el concepto abarca entonces a todas las acciones que se desarrollan con el pequeño. Es decir, implica más allá del simple tratamiento entre profesional y paciente, se incluyen a los adultos como agentes del entorno y se los inserta en la nueva concepción de atención temprana.

Actualmente no solo se utiliza el término de estimulación temprana dentro de un enfoque clínico sino que también se incluye dentro de una perspectiva psicopedagógica haciendo posible la atención de una forma unificada e interdisciplinaria.

La estimulación se debe llevar a cabo desde los primeros días de vida hasta los seis años, haciendo un mayor hincapié en los primeros tres años donde se obtienen mayores beneficios basados en la plasticidad neuronal. Esta se define como el tiempo en que el sistema nervioso completa su maduración y organización. En los primeros años de vida el niño se desarrolla y aprende más velozmente gracias a esta plasticidad neuronal, que le permite adaptarse a cada una de las situaciones que se le presenten (Katona, 1988).¹³

Junqué¹⁴ y Barroso (2009)¹⁵ exponen que la plasticidad neuronal está siempre presente en el cerebro en desarrollo y durante todo el ciclo vital, y que es capaz de activarse ante una lesión abriendo nuevas vías cerebrales para recuperar o volver a aprender respuestas conductuales.

Las lesiones que se producen en un cerebro en desarrollo, es decir, en el cerebro de un niño, ya sea causado por un factor biológico o del propio entorno, tienen efectos diferentes según el momento en que producen y su recuperación también va a estar ligada al momento en que reciba el tratamiento. Cuanto antes se reciba la estimulación necesaria, mayores serán los beneficios que podamos obtener de dicha plasticidad. La eficacia de los programas de atención temprana se basa, por una parte, en la precocidad de la

¹¹ Abadi es un médico neurólogo quien introduce el concepto de atención temprana como un amplio grupo de acciones dirigida a la familia o centralizadas en el niño, que son proporcionadas a fin de promover un ambiente enriquecedor.

¹² Ferrer es psicóloga y Técnica Especialista en Estimulación Temprana. Incluye en el término de Atención Temprana el concepto de tratamiento por medio de técnicas psicoterapéuticas.

¹³ El Dr. Katona fundamenta lo que denomina rehabilitación temprana en la plasticidad del cerebro en los primeros meses de vida, en base a la activación y aprovechamiento funcional de todas las estructuras del sistema nervioso central, que conserven su funcionalidad normal e incluso de aquellas que presentan funciones incompletas en relación con el daño cerebral.

¹⁴ Junque es catedrática de psicobiología y profesora de neuropsicología quien ha realizado importantes investigaciones en el área de la neuropsicología buscando evidencias sobre la relación entre cerebro y conducta.

¹⁵ Barroso es profesor de psicobiología y neuropsicología en la Universidad de Barcelona.

intervención, y por otra, en la consecución de un diagnóstico precoz de los problemas o patologías que van a derivar en patología de neurodesarrollo posterior, y cuya presencia define las poblaciones de riesgo subsidiarias de aplicación de programas de atención temprana (Cabrera y Sánchez Palacios, 2002)¹⁶.

El diagnóstico precoz permite iniciar un trabajo de forma temprana y por tanto más eficaz, puesto que la capacidad de asimilar e integrar nuevas experiencias es mucho mayor en etapas precoces del desarrollo, gracias a la posibilidad de aumentar las interconexiones neuronales, en respuesta a ambientes enriquecidos con estímulos debidamente programados.

La estimulación temprana, propiamente dicha, comienza en la Argentina a mediados de los años sesenta impulsada y respaldada por las investigaciones de la doctora Coriat. Fue ella quien a partir de su tesis doctoral comenzó a trabajar con niños con trastornos del desarrollo general, alteraciones genéticas y síndrome de Down. Actualmente, la estimulación temprana ha sufrido un aumento considerable en nuestro país, ya que se empezó a prestar atención a los llamados embarazos de riesgo. Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S), del 3% al 5% de los embarazos son considerados de riesgo y comparando las cifras con los niños fruto de dicho embarazo, el 12% de estos niños precisan ingreso a la Unidad Neonatal y entre el 3% y 5% presentan factores de alto riesgo psico-neuro-sensorial. Estos niños son quienes van a precisar un seguimiento madurativo que permita la detección precoz de alteraciones del desarrollo.

Además se debe tener en cuenta que en los últimos años ha disminuido considerablemente la mortalidad infantil en niños prematuros, gracias a los avances en el área de la medicina, más específicamente, en el área de la neonatología. La supervivencia de los niños prematuros, incluso de los que pesan menos de 1500 grs., ha aumentado ampliamente pero también se sabe que estos niños pueden presentar problemas en el desarrollo, ligados muchas veces a los largos períodos de hospitalización a los que son sometidos. Se destaca la importancia de una estimulación precoz pero se debe además determinar a quienes es necesaria que valla dirigida.

El diagnóstico en la estimulación temprana se aplica desde un enfoque multidimensional que comprende las variables intrínsecas de un niño en su dimensión biológica, psicológica, social y educativa y que abarca, también, las variables extrínsecas como lo son el contexto familiar y el entorno social (ODAT, 2004)¹⁷.

¹⁶ Cabrera y Sánchez buscan establecer un tratamiento precoz durante los primeros años de vida enriqueciendo y estructurando el medio que incide en el niño, tratando lograr el desarrollo máximo.

¹⁷ ODAT es la Organización Diagnostica para la Atención Temprana.

La primera de las clasificaciones expuestas es una de las presentes en el Libro Blanco de la Atención Temprana basada en los trastornos y alteraciones del desarrollo en la niñez.

Cuadro N° 1. Clasificación según trastornos y alteraciones del desarrollo.

Trastorno	Características
Del Desarrollo Motriz	Se aplica este diagnóstico cuando consideramos que se presenta una patología a nivel de vías, centros o circuitos nerviosos implicados en la motricidad. Se incluyen las diferentes formas y grados de parálisis cerebral, espina bífida, miopatías, etc. y también diferentes disfunciones motrices menores (retardo motriz, hipotonía, dificultades en la motricidad gruesa)
Del Desarrollo Cognitivo	Se incluye en este grupo los trastornos referidos a diferentes grados de discapacidad mental, funcionamiento intelectual límite y disfunciones específicas en el procesamiento cognitivo.
Del Desarrollo Sensorial	Se incluyen en este grupo los diferentes déficits auditivos o visuales de distinto grado.
Del Desarrollo del Lenguaje	Aquí se hace referencia a las dificultades en el desarrollo de la comunicación verbal tanto a nivel de comprensión del lenguaje como de las capacidades expresivas y de articulación.
Trastorno Generalizado del Desarrollo	Este grupo comprende los niños que presentan alteraciones simultáneas de las diferentes áreas del desarrollo psicológico, como por ejemplo el autismo.
De la Conducta	Son aquellos niños que presentan conductas inapropiadas y/o perturbadas.
De la Expresión Somática	En este grupo se incluye a los niños que presentan patologías funcionales en la esfera oral alimentaria, respiratoria, del ciclo sueño-vigilia, en el control de esfínteres, etc.
Retraso Evolutivo	Este grupo se considera a aquellos niños que presentan un retardo evolutivo y no se sitúan en ninguno de los apartados anteriores. Resulta frecuente en niños que padecen enfermedades crónicas, hospitalizaciones prolongadas o atención inadecuada.

Fuente: Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de la Atención Temprana. (2000)¹⁸

¹⁸ Es un documento elaborado con el respaldo del Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalías, que pretende ser un referente normativo que aborde las problemáticas de cada sector y que establezca una adecuada planificación para la atención temprana.

En el cuadro n° 2 quedan expuestos los factores de riesgo de mayor entidad en cada uno de los grupos de riesgo propuestos por la Asociación Española de Pediatría (AEP).

Cuadro N° 2. Factores de riesgo biológico, sensorial y ambiental.

Factores de Riesgo	Patologías
<p>Biológico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prematuridad - Convulsiones - Microcefalia - Infecciones Congénitas - Anomalías Metabólicas - Policitemia - Enfermedad Pulmonar - Retraso en el crecimiento intrauterino - Encefalopatía hipóxico-isquémica - Infección del SNC - Neuroimagen patológica - Anomalías congénitas - Postoperatorio de cirugía cardíaca - Paciente sometido a ECMO¹⁹
<p>Sensorial-Visual</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gran prematuridad - Hidrocefalia - Asfixia severa - Patología intracraneal - Síndrome malformativo con compromiso visual - Ventilación mecánica prolongada - RN con peso menor a 1500 gr. - Infecciones congénitas del SNC - Infecciones postnatales del SNC
<p>Sensorial-Auditivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gran prematuridad - Infecciones del SNC - Asfixia severa - Antecedentes familiares de hipoacusia - Síndromes malformativos con compromiso de audición - Aminoglicosidos durante un período prolongado y/o con niveles plasmáticos elevados. - Hiperbilirrubinemia - RN con peso menor a 1500 gr. - Infecciones postnatales del SNC
<p>Ambiental</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad mental de padres o cuidadores - Drogadicción de padres o cuidadores - Maltrato - Bajo nivel socio-económico - Disfunción o disrupción familiar - Madre adolescente

Fuente: Protocolos de Diagnóstico Terapéutico de la AEP. (2008)²⁰

¹⁹ Abreviatura en inglés de oxigenación por membrana extracorpórea, que es usada en lactantes con enfermedades de índole respiratoria o cardíaca haciendo circular la sangre por un pulmón artificial, oxigenándola y devolviéndola al corazón.

²⁰ Con los conocimientos sobre la plasticidad neuronal y sus bases biológicas, se impulsan dichos protocolos para la atención temprana mediante el seguimiento de los niños considerados de riesgo y el tratamiento de los que presentan alteraciones del desarrollo.

Asimismo cualquiera de estas alteraciones se pueden dar en distintos momentos de la vida del bebé, llegando a clasificarlas de la siguiente manera: Pre, Peri y Postnatales.

Las prenatales son aquellas que se producen en el periodo de tiempo comprendido entre la gestación y el nacimiento del bebé, las cuales pueden ser asociadas a alteraciones de la placenta, factores maternos o factores fetales. En el momento del parto también puede darse estas afecciones que son las llamadas perinatales, como pueden ser la prematuridad, el bajo peso o una encefalopatía hipoxico-isquémica. Y por último, están las postnatales que son aquellas que ocurren luego del nacimiento del niño, como un traumatismo craneal, una infección o un paro cardiorespiratorio (Sanchez Zuñiga & col, 2009)²¹.

Dentro de lo que es la estimulación temprana y teniendo en cuenta el trabajo interdisciplinario de los profesionales de la salud, se puede clasificar la atención en distintos niveles de intervención. Basados en lo que nos propone el Libro Blanco de la Atención Temprana (2000) podemos exponer tres niveles: Comenzando por lo que se denomina intervención primaria y que hace referencia a las acciones que promueven el bienestar y brindan protección a los niños y sus familias. Tiene como objetivo evitar las condiciones que pueden llevar a la aparición de deficiencias o trastornos del desarrollo infantil. El siguiente nivel es el de intervención secundaria, que se basa en la detección primaria de las enfermedades, trastornos o situaciones de riesgo. Las acciones están dirigidas a grupos en situaciones de riesgo haciendo hincapié en la detección precoz de posibles enfermedades. Por último, se encuentra el nivel de intervención terciaria que comprende las acciones que van dirigidas a los niños que presentan un trastorno en su desarrollo. Estas tienen como objetivo al niño, a su familia y a su entorno y con ellas se busca atenuar o superar los trastornos o disfunciones en el desarrollo, prevenir trastornos secundarios y modificar los factores de riesgo entorno al paciente. Es en este nivel donde se hace necesaria la figura del kinesiólogo dentro del equipo de profesionales. La detección oportuna de anomalías, que puedan volverse crónicas, es una necesidad de primera orden junto con un tratamiento adecuado para cada niño (Amate y Vázquez, 2006)²². Esto no es sólo una necesidad, sino un deber.

En la Argentina la Ley Nacional 24.901²³ establece un sistema de prestaciones y servicios que deben ser brindados a quienes padezcan alguno de los trastornos o discapacidades anteriormente mencionados. Dentro del Capítulo IV se hace referencia a las

²¹ Extraído de un artículo creado por médicos en medicina de rehabilitación con orientación pediátrica en la revista mexicana de neurociencias.

²² Los autores plantean la idea de que una población mejor informada y profesionales con un enfoque global y determinado podrían evitar un gran porcentaje de discapacidad.

²³ Ley nacional destinada a establecer un sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad.

prestaciones básicas que se deben brindar, incluyendo en el Artículo 14 todos los tratamientos necesarios para evitar una discapacidad o compensarla, a través de una adecuada estimulación y/u otros protocolos que se puedan aplicar durante y después de la gestación, de forma preventiva. En cambio, el Capítulo V está destinado a las prestaciones específicas que se le deben brindar a las personas con discapacidad, en este caso el Artículo 20 se refiere específicamente a la estimulación temprana, reconociéndola como un proceso terapéutico - educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo de las diferentes etapas evolutivas del niño con una discapacidad. La Ley Nacional asegura incluso de manera detallada, en el Artículo 27, la prestación de los servicios de rehabilitación motora y de provisión de órtesis y prótesis, lo que determina claramente el rol del kinesiólogo como profesional.

Continuando con el concepto de estimulación temprana, se debe tener en cuenta que, en cualquiera de los niveles de intervención presentados, es de suma importancia la inclusión del juguete y del juego como medios para estimular al niño. En el Manual de Buenas Prácticas para la Atención Temprana (1999)²⁴ se considera que la atención temprana se debe abordar de forma lúdica y funcional considerando al niño en su totalidad, teniendo en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y educativos; trabajando todas las áreas del desarrollo, motora, cognitiva, sociable, comunicativa y de autonomía personal.

El juego es el medio para poder comunicarse con el niño. Por medio de la actividad lúdica el pequeño podrá interactuar con los objetos, desarrollar sus sentidos, adquirir habilidades, expresar sentimientos y relacionarse. A través del juego se logra interiorizar en la realidad circundante del niño y permite que exprese su mundo interior, a la vez que provee a los profesionales indicadores para comprenderlo y poder observar su evolución física y mental.

West (1994)²⁵ se refiere a la terapia de juego como una actividad importante en los niños con discapacidad que, además, debe realizarse por etapas: en la primera etapa el niño presenta dificultades a través del juego, por lo que éste debe ser más dirigido. En la etapa media, los temas de juego se desarrollan a través de la búsqueda de soluciones y decisiones de forma irregular, manifestándose así mejorías en algunos aspectos de la vida exterior del niño. En la tercera etapa se van mostrando análisis constructivos del tema del juego. La relación del niño con el terapeuta se vuelve más apropiada a la edad y conducta

²⁴El Manual de Buenas Prácticas de FEAPS (Confederación Española de organizaciones a favor de las Personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo) es un compendio de acciones, situaciones y actividades que aporta elementos básicos para desarrollar un plan de atención temprana orientado a mejorar la calidad de vida y atención de las personas con discapacidades.

²⁵ Janet West autora de "Terapia de juego centrada en el niño" se fundamenta en la teoría centrada en el niño, se establece que el terapeuta se enfocará en el infante y no en los síntomas, se buscan recursos en la dinámica interna del proceso de relación y descubrimiento que el niño hace de sí mismo.

del menor. El juego es un excelente recurso terapéutico, pero se debe tener en cuenta que los niños aprenden con mayor facilidad cuando disfrutan lo que hacen y con lo que comprenden. Por tal motivo antes de planear una propuesta lúdica se debe tener en cuenta la edad cronológica y el nivel cognitivo, el grado de autonomía motriz y funcional, los intereses lúdicos del niño, el medio físico en el cual se desarrollará el tratamiento y los objetivos terapéuticos globales y específicos para cada trastorno, como lo puede ser una discapacidad auditiva, visual, hipotonía, espasticidad, entre otros.

Desde Asociación de Investigación de la Industria del Juguete (AIJU)²⁶ y en colaboración con el Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) de Asociación para la Atención de Personas con Discapacidad de Villena y Comarca (APADIS)²⁷, se ha llevado a cabo una investigación sobre las características que deben reunir los juguetes para adecuarse a los requisitos de la intervención temprana. Además, esa investigación ha permitido definir cómo podemos favorecer el desarrollo infantil a través del juego utilizando el juguete como recurso.

Cuadro N° 3. Juguetes adecuados según la edad cronológica.

 <p>De 0 a 6 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Móviles • Proyector de luz y sonido • Muñecos suaves y blandos • Pelotas con distintas texturas • Sonajeros • Mordillos • Alfombras y gimnasios 	 <p>De 6 a 12 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encajables sencillos • Libros de goma, tela, cartón. • Juguetes musicales • Muñecos de trapos • Pelotas de tamaños y texturas varias. • Alfombras sensoriales 	 <p>De 12 a 18 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bloques para pilar y tirar • Muñecos que representen el cuerpo humano • Juguetes de arrastres • Juegos de encastre • Columpios y triciclos • Pizarras y marionetas 	 <p>De 18 a 24 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Juegos de construcción complejos • Rompecabezas de pocas piezas y grandes • Juguetes de imitación • Encastrables pequeños • Juegos de arena y de agua • Triciclos, caballos y balancines
---	---	---	---

Fuente: Guía del Juguete de AIJU en conjunto con CDIAT de APADIS. (2009).

²⁶ En la investigación citada busca asesorar tanto acerca de los aspectos pedagógicos y evolutivos del niño como de las nuevas necesidades y situaciones sociales relacionadas con la infancia y su bienestar, incluyendo a profesionales del área de atención temprana en su equipo investigativo.

²⁷ Es uno de los centro pioneros en atención temprana, creado en 1980, donde se proporcionan diversas intervenciones, cada una específicas, orientadas a favorecer la adquisición de habilidades psicomotrices tratando de normalizar en lo posible los primeros estadios evolutivos, englobando tanto al niño como a su familia y entorno.

Otros pilares importantes a tener en cuenta para realizar un plan adecuado, son el entorno del niño y su familia. El niño pasará la mayor parte del tiempo acompañado de su familia y en su vivienda, razón por la cual no se debe dejar de considerar esto. El ambiente debe ser sensorialmente rico y variado, fomentando su movilidad y su capacidad de exploración. Asimismo conviene aclarar que un entorno rico en estímulos no significa, en absoluto, preparar un medio excesivamente estimulante donde el niño se encuentre avasallado de información y sea incapaz de distinguir o enfocarse en una actividad determinada. La estimulación debe ser estructurada y racional, planeada específicamente por el profesional así el niño podrá filtrar y seleccionar los estímulos del exterior (Perpiñan, 2009).²⁸

En cuanto a la familia el objetivo será alentar la participación activa de los padres y familiares dentro del plan de intervención terapéutico, la dirección de pautas a los padres por parte del profesional será de gran importancia, para poder realizar las actividades de la vida diaria y así también, actividades lúdicas específicas para lograr el bienestar del niño.

Incluso es importante ayudar a la familia a superar el tránsito que supone la aceptación de un trastorno del desarrollo y como poder integrarlo.

Grenier (2000)²⁹, en su artículo “La estimulación temprana: un reto del siglo XXI” defiende que:

Existe un consenso en aceptar que la estimulación a niños que se encuentran en la primera infancia debe contar con la familia en el rol protagónico, esta puede hacer aportes insustituibles al desarrollo del niño donde el matiz fundamental está dado por las relaciones afectivas que se establecen entre esta y el niño.

Esta valiosa influencia de la familia se expande y enriquece cuando recibe una orientación especial en beneficio del desarrollo del niño. Por lo tanto, la necesidad de complementar los aportes insustituibles de la familia con los del saber profesional es una realidad que va tomando cada vez más fuerza en el ámbito del desarrollo humano inicial. Además de la importancia de la familia, para que realmente la estimulación sea oportuna se hace necesario diagnosticar el desarrollo del niño. Este no tiene solo como propósito determinar el nivel real de desarrollo alcanzado por los niños, sino determinar, además, las potencialidades de los mismos y de lo que se puede alcanzar a través del desarrollo y la participación.

²⁸ Perpiñan, S. cuestiona como los profesionales deben trabajar junto con las familias, con sus emociones y expectativas para conseguir contextos que promuevan el desarrollo infantil.

²⁹ Grenier plantea la necesidad de iniciar la estimulación de los niños desde el mismo momento de la concepción, enfocándose en los países subdesarrollados donde se aborda con gran fuerza el problema de la estimulación dirigida a los grupos de niños que por las condiciones de vida desfavorables en que se encuentran, situaciones de extrema pobreza, constituyen niños con alto riesgo tanto ambiental como biológico. Además busca explicar cómo se debe desarrollar la relación entre el niño, la familia y el profesional.

Capítulo 11

El rol del kinesiólogo



En el momento en que se detecta una alteración en un niño, ya sea cualquiera de las afecciones desarrolladas, mencionadas en el capítulo anterior, en cualquiera de los periodos expuestos necesitará de un profesional que le proporcione el programa de estimulación adecuada.

Para poder iniciar cualquier acción tendiente a estimular a un niño, primero, se deben reconocer sus capacidades y dificultades y luego, se debe poder identificar las áreas que estén comprometidas y en base a esto planear el tratamiento. Pero para poder enfrentar este desafío, el profesional de la salud debe primero conocer el desarrollo motor normal.

El desarrollo motor está dirigido y bajo la dependencia de la maduración del sistema nervioso, el tratamiento y las experiencias del medio ambiente. Además está involucrado el desarrollo sensorial, ya que todos los sistemas sensoriales están involucrados: el táctil, propioceptivo, cinestésico, visual y vestibular. Entonces se habla de un desarrollo sensoriomotor. El niño, como nosotros, aprende de los movimientos y al repetirlos, una y otra vez, logra desarrollar las sensaciones y la conciencia del movimiento (Bly, 1994).³⁰

Las habilidades motoras claves abren paso a otras, se identifican en cada mes, son base para destrezas motoras futuras; es muy importante su adquisición, si no se las logra en la edad cronológica o corregida correspondiente, debe controlarse el progreso del bebé mensualmente hasta su adquisición (Bly, 2011).

Para poder comprender el desarrollo de las habilidades motrices, se debe saber que estas dependen de la maduración neurológica del paciente y a su vez, esta pasa por diferentes fases. La primera es la fase de automatismo, que se corresponderá con los primeros meses de vida y en donde lo que se debe tener en cuenta es que aquí todas las acciones son reflejas. Más adelante en el segundo trimestre de vida, se comenzará con la fase receptiva, la cual coincide con el perfeccionamiento de los sentidos y en donde las acciones ya son voluntarias pero predomina la observación a través de los sentidos. Por último, se llegará a la fase de experimentación, la cual comienza en los y motrices para adquirir conocimientos. El desarrollo motor es un proceso fluido, organizado, propio e implícito que va unido a la formación sensorial, a la curiosidad, a la necesidad del niño de investigar su entorno (Vojta, 1991).³¹

³⁰ Bly es autora del libro *Componentes del Desarrollo Motor Típico y Atípico* y señala que se debe favorecer la comprensión de los componentes esenciales de postura y movimiento que contribuyen a la función y participación general, como también a problemas comunes que desarrollan los bebés y niños a consecuencia del uso de estrategias compensatorias

³¹ El Dr. Vojta crea la Terapia de Locomoción Refleja que busca activar de forma refleja los patrones motores y posturales del primer año de vida necesarios para la locomoción bípeda.

Siguiendo diferentes investigaciones y autores, se presentan las habilidades que se irán adquiriendo desde el nacimiento hacia los 24 meses en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 4. Características motrices referentes para cada etapa del crecimiento.

Edad	Características
0 a 3 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Extremidades pasan de semiflexión a extensión. - Grasping³² persistente a discreto. - Sigue objetos, primero a 90° hasta llegar a 180°. - Consigue control cefálico, en decúbito prono se mantiene sobre antebrazos y eleva la cabeza de 45° a 90°.
3 a 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Inicia medio giro, llegando a lograr el giro de supino a prono. - En prono, eleva el tórax y los antebrazos y extiende extremidades. - Comienza a sostener objetos, consigue prensión palmar. - Voltea al ruido llegando a reconocer voces.
6 a 9 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Se sienta sin apoyo, consigue control de tronco y llega a girar en ambos sentidos. Además pasa de supino a sentado. - Agarra sus pies, sostiene objetos con las dos manos. - Comprende el principio de permanencia del objeto.³³
9 a 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Inicia gateo, llegando a sostenerse de pie con algún apoyo o ayuda. - Logra pasar de supino a bipedestación sosteniéndose. - Comienza pinza superior y luego pinza fina. - Duplica sílabas, inicia juegos de interrelación.
12 a 15 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Marcha con asistencia y da pasos laterales, llega a caminar solo. - Toma objetos con el índice y el pulgar, los introduce y los retira. - Se agacha y recoge objetos, lanza la pelota. - Imita gestos e incluye más palabras, además de mamá y papá.
15 a 18 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Consigue bipedestación y marcha, sin apoyo y con buen equilibrio. - Ejecuta gestos a pedido como aplaudir. - Coloca cubos en un recipiente, encaja círculos.
18 a 24 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Logra caminar hacia atrás y llega a correr sin caerse. - Sube y baja escaleras sosteniéndose y alternando los pies. - Construye una torre de tres cubos y garabatea espontáneamente. - Permanece sentado en la silla.

Fuente: Coutiño León (2002)³⁴

³² Consiste en un acto reflejo por el cual el recién nacido cierra fuertemente la mano en torno a cualquier objeto que toque su palma.

³³ Es la comprensión de que los objetos siguen existiendo aunque no puedan ser vistos, oídos o tocados.

³⁴ Hitos del desarrollo motriz presentados en la revista mexicana de medicina física y rehabilitación

El ejercicio de la motricidad global desencadena informaciones propioceptivas, permitiendo recoger en el medio, nuevas fuentes de información exteroceptiva, motricidad y sensibilidad representan dos aspectos indisolubles del comportamiento. Su puesta en marcha permite la estructuración del esquema corporal. Defontaine (1978)³⁵ afirma que el esquema corporal es la percepción consciente que tenemos de él, son las experiencias que se tienen de las partes, de los límites, de la movilidad de nuestro cuerpo, experiencia progresivamente adquirida a partir de múltiples impresiones sensoriales y propioceptivas.

El intentar experimentar le brinda al recién nacido variedad de sensaciones estimulando el inicio de la maduración corporal. Aquí entra en acción la corteza cerebral que se pone de manifiesto con la adquisición progresiva de circuitos más elaborados y cada vez más adaptados al entorno. El enriquecimiento motor, está ligado a las grandes etapas del control piramidal³⁶. Por tal modo, se debe tener en cuenta que el desarrollo de la motricidad se ajusta a dos leyes fundamentales, como consecuencia de la maduración de los centros motores (Madrona, Contreras y Gómez Barreto, 2008)³⁷. Estas son las leyes Cefalo-Caudal y la Próximo-Distal. La primera indica que el bebé irá consiguiendo el control de la musculatura más próxima al polo encefálico y progresivamente este control se irá extendiendo hacia los miembros inferiores. Esta dirección corresponde a la maduración neuromotora descendente vertical, de la cabeza hacia los pies. El niño conseguirá primero controlar su cabeza, luego su cuello, tronco y por último sus piernas. La siguiente ley establece que a nivel de los miembros, son las zonas más próximas a la raíz nerviosa las que son controladas antes. La dirección próximo distal es maduración neuromotora horizontal. Las direcciones en las que se da el desarrollo motor son céfalo-caudal y próximo-distal y de actividades globales a específicas; donde la larga evolución motriz del niño se caracteriza por el hecho de que un mecanismo reflejo postural normal, junto con la elaboración de sinergias primitivas³⁸ totales, hacen del mismo un niño capaz de moverse en forma armónica, adecuada y compleja. Es por eso que el kinesiólogo paratrabajar con lactantes debe conocer en su totalidad los conceptos de desarrollo motor normal así como de la evaluación del tono, se debe conocer lo que se considera normal para poder detectar una anomalía y poder trabajar en base a ella.

³⁵ Defontaine su objetivo fundamental es trabajar el esquema corporal, y para ello se apoya, en los denominados contenidos psicomotores. El desarrollo de otros esquemas tales como el espacial y el temporal, se apoyan en el esquema corporal.

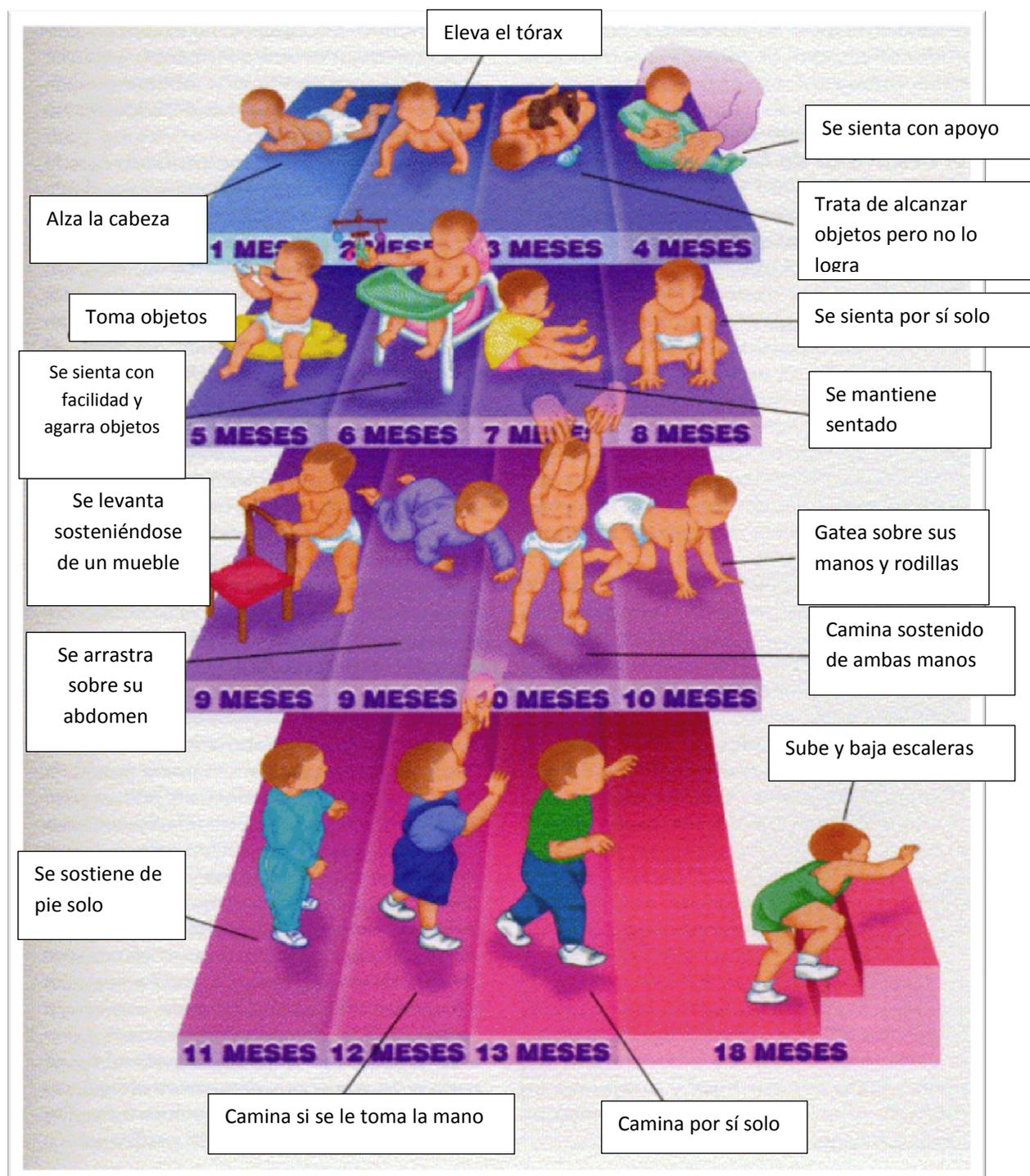
³⁶ Es el control de la vía corticoespinal o vía motora voluntaria, lleva los impulsos nerviosos desde la corteza cerebral motora y es esencial para la habilidad y precisión de los movimientos.

³⁷ El desarrollo tiene características singulares, causando que el perfeccionamiento matriz dependa de la maduración y del aprendizaje y para que estos se produzcan se deben dar dichas leyes.

³⁸ Hace referencia a un movimiento o grupo de movimientos que precisan un estímulo prolongado y ofrecen una respuesta prolongada, en este caso tiene relación con los reflejos primitivos del recién nacido.

En la siguiente imagen se muestra gráficamente como el lactante va adquiriendo de manera progresiva las habilidades motrices.

Figura N°1. Desarrollo motor normal de un niño hasta los 2 años.



Fuente: <http://fisipediatrica-colombus.blogspot.com.ar>

Dentro de las evaluaciones del tono tenemos múltiples conceptos que considerar, estos son la actitud postural, el tono pasivo y el tono activo, dentro del cual vamos a incluir la

movilidad activa espontánea, la refleja y los reflejos arcaicos o primitivos (Herrero Jimenez, 2000)³⁹.

Lo primero que se debe evaluar es la actitud postural⁴⁰ del recién nacido, la cual se hará en posición supina, prono, sentada y en suspensión prona y supina⁴¹. En cualquier posición se observa el tono flexor de los miembros inferiores y superiores y en posición sentada, la cabeza caerá hacia atrás por predominio del tono de los músculos extensores de cuello. En cuanto al tono, éste evoluciona de las 28 semanas, donde se presenta una hipotonía global, hasta las 40 semanas donde se observará una hipertonia en flexión con sentido caudo-cefálico (Hernandez Rodriguez, 1994)⁴². El siguiente paso es la observación de la movilidad activa espontánea o tono activo. Este se realizará con el niño despierto en decúbito dorsal, disminuye con el sueño y aumenta con el llanto. Se observa la velocidad, la intensidad y la cantidad de movimientos. Se clasificará como normal, pobre, excesiva, asimétrica o nula. Pueden también identificarse movimientos anormales, así como los temblores o el clonus.

Luego se evaluará la movilidad activa refleja, esta es la respuesta motora frente a un estímulo sensitivo sin que intervenga la conciencia. Los reflejos que componen la movilidad activa refleja son los reflejos profundos, los osteotendinosos o de estiramiento⁴³, y los reflejos superficiales, que son los cutáneos (García, 2009)⁴⁴. Lo consiguiente dentro del tono activo son los reflejos arcaicos. Se conoce que al nacer el cuerpo está bajo el control de los centros inferiores del sistema nervioso central, que generan básicamente movimientos y posturas reflejas involuntarias. Los reflejos posturales primitivos implican, principalmente, cambios en el tono y en la distribución que afectan principalmente a la postura y al movimiento. Con la maduración y la integración se contribuye al desarrollo de los centros superiores, los movimientos en masa se integran y se convierten en movimientos dirigidos hacia un objetivo, dependiendo esto último del desarrollo de los centros superiores (Fiorentino,1981)⁴⁵. Los reflejos primitivos son movimientos automáticos estereotipados

³⁹ El artículo se centra en la educación de 0 a 3 años vinculando el cuerpo, la emoción y la actividad cognitiva a favor de la psicomotricidad del niño.

⁴⁰ Se refiere a la disposición física externa que reproduce la disposición y la forma de relacionarse con el entorno y que abarca tres dimensiones: orientación espacial, sostén y expresión.

⁴¹ Consiste en dos posiciones donde el lactante estará suspendido en el aire por el terapeuta, en prono se refiere al niño con la boca hacia abajo y en supino con la boca hacia arriba.

⁴² Las alteraciones del tono son la razón más frecuente por la que se solicita evaluación neurológica. Cualquier alteración del SN en el neonato cursa con alteraciones en el tono.

⁴³ El reflejo osteotendinoso es un reflejo medular que sirve como protección en casos de estiramientos excesivos, además sirve como base del tono muscular y de todo acto motor.

⁴⁴ García destaca la importancia de evaluar los reflejos primitivos como base para el diagnóstico y la comprensión de patologías neurológicas en el recién nacido.

⁴⁵ Fiorentino describe el papel de los reflejos posturales en el desarrollo normal del movimiento en niños, e ilustra con claridad los resultados de su persistencia en la parálisis cerebral como problema neurológico típico.

presentes en los recién nacidos. Estos reflejos o automatismos primarios permiten un adecuado desarrollo intrauterino y una pronta adaptación al entorno extrauterino. Estos deben desaparecer paulatinamente dando paso a los reflejos posturales controlados por partes superiores del cerebro y se enumeran a continuación:

Cuadro N° 5. Reflejos Arcaicos y Reacciones de un niño recién nacido.

Reflejo y Reacción	Descripciones
Reacción Automática	Es la primera extensión a partir de una flexión total intrauterina
Reacción Succión	Aparece la primera succión y se conserva durante la lactancia.
Reacción de Búsqueda	Cuando el niño tiene hambre gira la cabeza hacia un lado, aún sin un estímulo alguno.
Reacción Ojos de Muñeca	Al girar la cabeza del niño, los ojos se mueven hacia el lado opuesto.
Reflejo Puntos Cardinales	Se provoca una estimulación perivulvar y el niño mueve la cabeza hacia el lado del estímulo.
Reflejo de la Marcha y el Escalón	Se sostiene al niño por las axilas en posición vertical y se hace que una de las plantas del pie del niño toque una superficie, la respuesta que se obtendrá será que el pie que tomo contacto con la superficie se flexiona y la otra se extiende.
Reflejo de Extensión Cruzada	Se pone al niño en DD ⁴⁶ , se presiona la rodilla y se estimula la planta del pie. La respuesta esperada se da en tres fases: Primero se flexiona el pie del miembro inferior contrario, luego este se abduce y por último se hiperextienden los dedos.
Reflejo de Galant	Con el niño en DV ⁴⁷ , se estimula con un dedo la región paravertebral derecha o izquierda entre la doceava costilla y la cresta ilíaca, como respuesta el tronco se curva hacia la zona estimulada.
Reflejo Globelar	Para estimularlo se presiona el centro de la frente y como respuesta el niño cerrará los ojos.
Reacción Enderezamiento del Cuello	En DD se toma la cabeza y se la gira hacia un lado, como respuesta el bebé se dará vuelta en bloque.
Reflejo del Moro	Para estimularlo, se toma al niño y se lo levanta en DD, sosteniendo su cuerpo con una sola mano y el tronco con la otra. La respuesta se dará en tres fases: en la primera el niño abre la boca, abduce los miembros superiores, abre los dedos y extiende los antebrazos. Luego cierra la boca, flexiona los brazos y los cruza en la línea media. Por último se desencadena el llanto.
Reflejo de Bauer	En DV se le presiona la planta del pie y el bebé rapta alternativamente.
Reflejo Tónico Laberíntico	La evaluación se hace en dos posiciones, en DD se le flexiona la cabeza y como respuesta se le flexionan los antebrazos y los miembros inferiores se extienden y en DV se extiende la cabeza y como respuesta los miembros superiores se extienden y los inferiores se flexionan.
Reflejo Tónico Cervical Asimétrico	Para estimularlo se provoca la rotación de la cabeza hacia un lado y como respuesta se observará la extensión del miembro superior e inferior del lado facial y la flexión del miembro superior e inferior del lado del cráneo.
Reflejo de Grasping o de Presión Palmar	Se debe tocar la palma de la mano del bebé e intentar levantarlo del plano de apoyo. Como respuesta la mano se cierra fuertemente y los codos permanecen flexionados.
Reflejo de Presión Plantar	La forma de estimularlo es con el niño en DD, tocándole la planta del pie. La respuesta será la flexión y separación de los dedos del pie.
Reflejo Postural Laberíntico	Para evaluarlo se coloca al niño en DV apoyado con las manos y la respuesta será que la cabeza adoptará distintas posiciones con extensión de cuello.
Reacción de Landau	La forma de estimularla es sosteniendo el tronco del lactante suspendido en posición horizontal y como respuesta el niño levanta la cabeza y extiende las extremidades inferiores. Sigue la "onda de expansión Cráneo- Caudal".
Reacción del Paracaidista Laberíntico	Para poder evaluarlo se coloca al bebé en suspensión horizontal, en DV, sostenido por el tórax y los pies y se lo proyecta como para que caiga de cara. La respuesta será que el lactante, antes de que la cabeza llegue a la superficie, extenderá los brazos y antebrazos apoyando las manos.

Fuente: García Alix y Quero (2012)⁴⁸. Adaptado de Evaluación Neurológica del Recién Nacido

Continuando con la evaluación del tono, se debe también realizar la palpación del tono muscular. Con esta se busca valorar la consistencia de éste, realizada por el

⁴⁶ Las siglas hacen referencia a la posición en decúbito dorsal.

⁴⁷ Las siglas hacen referencia a la posición en decúbito ventral.

⁴⁸ García Alix y Quero en su libro se enfocan en la evaluación neurológica, entendida como una evaluación funcional que permite conocer la competencia neurológica, así como establecer la integridad y madurez del sistema nervioso del niño recién nacido.

kinesiólogo con sus dedos pulgar e índice. Los resultados muestran que la consistencia es mayor en el recién nacido y menor en el lactante.

Por último se evaluará el tono pasivo, esta fue abreviada por Amiel- Tison⁴⁹ quien seleccionó tres signos a analizar. Se basa en la extensibilidad de los distintos segmentos y accesoriamente en el balanceo de las extremidades. Los signos a evaluar son:

Cuadro N° 6. Evaluaciones de tono pasivo en el niño.

Talón --> Oreja - Ballard					Ángulo Poplíteo - Ballard						Signo de la Bufanda - Ballard				
0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4

Prueba Talón- Oreja

Mide la extensibilidad de los músculos proximales de los miembros inferiores.

Se valora el ángulo formado por la línea imaginaria que une la cadera con el talón en el plano horizontal, en el recién nacido será de 90°, a los seis meses de 120° y a los nueve meses llegará a la oreja.

Prueba Ángulo Poplíteo

Mide la extensibilidad de los isquiotibiales.

Se valora el ángulo formado entre muslos y piernas. En el recién nacido será de 90° y al año se encontrará entre los 120° y los 160°.

Maniobra de la Bufanda

Mide la extensibilidad de los músculos proximales del hombro.

Se llevará el brazo por delante del tórax hacia el hombro opuesto y se observará la posición del codo respecto de la línea media.

En el recién nacido el codo quedará a la altura del ojo y a los cinco meses a la altura del mentón.

Fuente: Amiel-Tison y Gosselin (2006). Adaptado de www.sinergiasong.org

La evaluación en la primera infancia es una especialidad que actualmente está en transformación. Dominada desde sus comienzos por los modelos psicométricos y por estrategias de medidas utilizadas con niños mayores y con adultos, empieza a fraguarse

⁴⁹ Amiel Tison contribuyó con sus conocimientos sobre la capacidad funcional neurológica del lactante y desarrolla un instrumento clínico para la evaluación neurológica del tono muscular buscando caracterizar las señales que permiten identificar a los neonatos con secuelas neurológicas y a establecer un seguimiento de estos recién nacidos.

una metodología que es exclusiva para los pequeños (Meisels y Atkins-Burnett, 2000)⁵⁰. La mayoría de los programas de estimulación temprana centran sus evaluaciones en el área cognitiva, del lenguaje y motora.

A continuación expondremos algunas de las evaluaciones establecidas para niños de 0 a 2 años. Las pruebas más utilizadas en la actualidad son:

Cuadro N° 7. Evaluaciones generales del desarrollo destinadas a niños de 0 a 2 años.

- ❖ **Escala para la Evaluación del Recién Nacido de Brazelton⁵¹**
- ❖ **Test de Denver**
- ❖ **Escalas Bayley⁵² de Desarrollo Infantil**
- ❖ **Escala para medir el desarrollo psicomotor de la primera infancia de Brunet-Lezine**
- ❖ **Escala de Uzgiris y Huntz**
- ❖ **Escalas de Desarrollo Motor de Peabody**
- ❖ **Escala de desarrollo motor Infantil de Alberta**

Fuente: Alcantud Marín (2009).⁵³ Adaptado de: Instrumentos de evaluación y diagnóstico en la edad comprendida de 0 a 6 años.

Cada una de las evaluaciones nombradas anteriormente posee distintos ítems a evaluar según el fin que esta quiera alcanzar, cuando se habla de la escala para la evaluación del recién nacido de Brazelton el principal contenido de la evaluación es conductual. Se trata de un intento de puntuar las respuestas validas de un niño en su ambiente y su efecto sobre este. Consta de 18 ítems neurológicos y 37 conductuales. Otro de los más reconocidos es el test de Denver que probablemente, sea el test de screening de desarrollo motor más utilizado y difundido a nivel mundial. Consta de 125 ítems agrupados en cuatro secciones: motora gruesa, motora fina, social y lenguaje y está diseñado para aplicarse entre los 0 y 6 años.

Algunos, no solo se orientan al área motriz como lo es la escala Bayley de Desarrollo Infantil la cual consta de dos escalas, la mental y la de psicomotricidad, aplicables de 1 a 30

⁵⁰ Meisels y Atkins-Burnett su investigación se centra en el desarrollo de estrategias de evaluación alternativas para los niños pequeños; el impacto de las pruebas estandarizadas en los niños; y evaluación del desarrollo en la primera infancia.

⁵¹ La idea central de Brazelton es que el neonato es un ser completamente activo, capaz de responder a los estímulos del entorno y destaca el valor semiológico y predictivo de la evaluación cualitativa de sus respuestas conductuales.

⁵² La psicóloga Nancy Bayley diseña esta escala para descubrir retrasos en el desarrollo del niño a partir de la observación y del registro de actividades, para luego plantear ejercicios de estimulación mediante el juego y buscando potencializar futuras habilidades.

⁵³ Este trabajo pretende conocer cuáles son los instrumentos de evaluación y diagnóstico que utilizan los profesionales que trabajan en los Centros de Atención Temprana de la Comunidad Valenciana, así como la frecuencia de utilización y grado de satisfacción en relación a los instrumentos.

meses. La escala mental evalúa la agudeza sensorio-perceptiva, la discriminación y la capacidad de respuesta a estímulos, la adquisición temprana de permanencia del objeto y de la memoria, el aprendizaje y la capacidad de resolución de problemas. Los resultados se expresan en Índices de Desarrollo Mental. La escala de psicomotricidad proporciona una medida del grado de control del cuerpo, la coordinación de los músculos grandes y las habilidades manipulativas de dedos y manos. Sus resultados se expresan en Índices de Desarrollo Psicomotricidad.

De la misma manera encontramos la escala para medir el desarrollo psicomotor de la primera infancia de Brunet-Lezine., la cual es aplicable de 0 a 6 años y que evalúa cuatro áreas: Control postural y motricidad; coordinación oculo-motriz y adaptación a objetos; lenguaje y sociabilidad. Los resultados se expresan en Edad de Desarrollo Global y Cociente de Desarrollo Global (Josse, 1997)⁵⁴.

También se encuentra entre estas la escala de Uzgiris y Huntz, la cual evalúa el desarrollo sensorio-motor y es aplicable de los 1 a 24 meses. Se divide en siete subescalas, que son: seguimiento visual y permanencia del objeto, desarrollo de medios para alcanzar fines, imitación vocal, imitación gestual, causalidad operacional, relaciones espaciales y desarrollo de esquemas de acción. Se puede además realizar un perfil sensorio-motor. Dentro de test que evalúan las áreas motoras se encuentra las escalas de Desarrollo Motor de Peabody, la cual mide habilidades no solo de la motricidad gruesa sino también de la motricidad fina, con un rango de edad desde el nacimiento hasta los 5 años. Dicha consta de dos escalas: una motora fina y otra motora gruesa, dividida en cinco categorías de habilidades: reflejo, equilibrio, no locomotora, locomotora y recepción y propulsión de objetos. Por último, se encuentra una de las más utilizadas, la escala de desarrollo motor Infantil de Alberta⁵⁵. Se trata de una escala tipo observacional para evaluar el desarrollo motor grueso. Se utiliza para evaluar niños desde su nacimiento hasta los 18 meses o edad de adquisición de la marcha independiente. Consta de 58 ítems organizados en cuatro subescalas: prono (21 ítems), supino (9 ítems), sedestación (9 ítems) y bipedestación (16 ítems) (Piper y Darrah, 1992)⁵⁶.

Además de las escalas propuestas, se presenta de forma más detallada la evaluación psicomotriz correspondiente a niños de 0 a 2 años utilizada por el Servicio De Kinesiología del Hospital Garrahan. Se establece por trimestres y se evalúan cinco áreas: reflejos,

⁵⁴ Es una de las escalas más utilizadas y mejor valoradas por los profesionales de atención temprana de la comunidad Valenciana, permitiendo tanto una valoración global como parcial del niño.

⁵⁵ Permite medir el rendimiento motor del bebé en el momento de la evaluación inicial y a lo largo del tiempo, pudiendo evaluar resultado post-intervención terapéutica. Además permite plantear objetivos de intervención.

⁵⁶ Creada en Canadá en 1992 es una escala que no sólo permite situar al niño en el nivel motor en el que se encuentra sino que además permite detectar patrones de movimiento anormal.

conducta motora, conducta adaptativa, conducta social y lenguaje. Luego se podrá determinar un perfil psicomotriz del paciente para poder establecer el plan de atención.

Cuadro N° 8. Protocolo de Evaluación Psicomotriz

	Reflejos	C. Motora	C.Adaptativa	Lenguaje	C. Social
RN a 3 m	Reflejo del Moro TCA Cocleo- Palpebral	Tortugueo Manos a la boca Control cefálico	Fija la mirada Seguimiento visual a 90° Mira sus manos	Diferentes llantos Gorgorismos Vocalizacion	Sonrisa social Mira a la cara
3 a 6 meses	Landau Reacción de equilibrio	Control de cabeza y tronco con apoyo de antebrazos Se sienta con apoyo	Barrido de objetos Rasgueo Lleva objetos a la boca	Chillidos carcajadas	Se anticipa al alimento Interés por sonidos Sonríe al espejo
6 a 9 meses	Reaccion de enderezamiento y del paracaidista Rola de DD a DV	Se sienta sin apoyo, rola voluntariamente Cuadrupedia Gateo hacia atrás	Agarra sus pies, presión radiopalmar Transfiere objetos y tiene noción del objeto	Silabeo	Busca objetos fuera del alcance Resp al no Angustia de los 8 meses
9 a 12 meses	Reaccion de equilibrio	Gateo Bipedestacion Camina con ayuda	Pronosupinacion Tira objetos Logra la pinza	Lenguaje simbolico, gestual y primera palabra	Da un objeto Ayuda a vestirse Toma y dá
12 a 18 meses	Reafirma reacción de equilibrio	Camina bien Sube escaleras Suba a la silla	Introduce objetos en un frasco, encaja, arma torres y tiene pinza elegida	Señala partes del cuerpo, logra 2 palabras y frases	Se viste con ayuda, como solo con la mano y bebe de una taza
18 a 24 meses	Control de esfínteres	Sube escaleras con ayuda, salta en el lugar con dos pies y lanza pelotas	Patea pelotas, pone objetos pequeños en frascos y construye torres de 8 cubos	Señala 5 partes del cuerpo, canta, dice su nombre y frase completa	Se quita y pone calzados y prendas, imita y ayuda en tareas simples

Fuente: Giorgietti (2012).⁵⁷

Durante la realización de la evaluación puede ocurrir que el niño no cumpla con las condición el normales para su etapa de crecimiento, en ese caso se debe evaluarlo en el nivel anterior y así sucesivamente. Una vez realizado este, se volcarán los datos en un gráfico que será de ayuda para el terapeuta, para poder realizar un plan de tratamiento.

⁵⁷ Dicho protocolo se emplea en el Servicio de Kinesiología del Hospital Garrahan en pacientes que requieran estimulación psicomotriz y como base para luego establecer un plan de tratamiento.

El tipo de tratamiento y la modalidad de intervención se establecerán en función de la edad, características y necesidades del niño, del tipo y grado de trastornos y de las posibilidades de la familia. La intervención se planificará y programará de forma global e individual, planteando pautas específicas adaptadas a las necesidades del niño en cada una de las áreas del desarrollo. El procedimiento debe incluir los objetivos planteados así como los modos de consecución de los mismos, teniendo en cuenta en caso de ser posible, el trabajo interdisciplinario con los demás profesionales de la salud vinculados al tratamiento del paciente.

El objetivo principal debe ser centrarse en reorganizar la motricidad del sistema nervioso, creando patrones posturales, de tono y de movimiento cada vez más evolucionados, siguiendo las secuencias del desarrollo motor normal desde la posición decúbito prono hasta la bipedestación y la adquisición de la marcha.

A continuación se exponen los principales objetivos que el profesional debe tener en cuenta al establecer un plan de estimulación temprana:

Cuadro N° 9. Objetivos orientados a los profesionales de la salud.

- ✓ Promover la estimulación psicomotriz, tomando como pilares fundamentales a la motricidad gruesa, la motricidad fina y el esquema corporal.
- ✓ Favorecer la adquisición de habilidades motoras, mediante patrones posturales, cambios de decúbito y rolados.
- ✓ Facilitar la coordinación visomotora, teniendo en cuenta la utilización de juguetes como parte del tratamiento.
- ✓ Promover el conocimiento del propio cuerpo, la bipedestación y la marcha.
- ✓ Promover la estimulación sensorio-perceptiva y neurolingüística, trabajando de manera interdisciplinaria.
- ✓ Realizar movilizaciones pasivas y activas, dependiendo de la patología.
- ✓ Si fuera necesario, fomentar el uso de bipedestadores, férulas o demás órtesis.

Fuente: García Sánchez y Mendieta García (1998).⁵⁸ Adaptado de: La estimulación sensoriomotriz desde el modelo integral de intervención en atención temprana.

Existe un gran número de métodos de tratamiento, cuya selección se ajustará a las necesidades de cada niño y al criterio del kinesiólogo. Dentro de los más utilizados, sobre todo en el área de la neurología, es el método Bobath⁵⁹. Este concepto se basa en una terapia especializada aplicada a tratar las alteraciones motoras y de la postura, derivadas de

⁵⁸ Los autores defienden un modelo basado en la intervención coordinada de los terapeutas de Estimulación Temprana junto con la familia y los demás profesionales del ámbito educativo y sanitario.

⁵⁹ Método creado por la fisioterapeuta Berta Bobath y su esposo, el neurólogo, Karel Bobath para el tratamiento de niños y adultos con trastornos neuromotores y lesiones del SNC.

lesiones del sistema nervioso central. El objetivo es la optimización de todas las funciones, a través de la mejora del control postural y de los movimientos selectivos, mediante la facilitación. El pilar básico del concepto Bobath es el movimiento normal, se hace hincapié en la importancia del control postural como base para patrones selectivos de movimiento que puedan permitir actividades dirigidas a tareas de la vida diaria (Bobath y Bobath, 1984). Así, durante el tratamiento, se estimula la utilización de todas las partes del cuerpo a través de estrategias terapéuticas en las que el individuo tenga la posibilidad de utilizar las extremidades más afectadas en lugar de restringir el uso de las extremidades menos afectadas. La aferencia sensorial que el terapeuta proporciona al paciente debe ser relevante, apropiado y no contradictorio, siendo imprescindible saber valorar la cantidad de ayuda que le paciente necesita en cada momento. El objetivo es proveer al individuo de una información aferente lo más parecida a la que sería normalmente experimentada durante el movimiento o desarrollo de la tarea. Este es un concepto que podemos utilizar tanto en niños como en adultos, también así el método Vojta (Votja, 1984)⁶⁰. Este es un método que utiliza un principio activador del S.N.C que consiste en evocar los patrones de postura y movimiento normales activados a través de los dos patrones de la Locomoción Refleja: reptación refleja (decúbito prono) y volteo reflejo (decúbito supino y lateral). El tratamiento se centra en colocar al niño en diferentes posturas, estimulando puntos específicos y oponiendo resistencia al movimiento que se desencadena. Esta resistencia facilita la aparición de funciones innatas que se desarrollan a lo largo del primer año de vida como son el gateo, el volteo y la marcha. A través de la aplicación terapéutica de la locomoción refleja, se activan en el paciente aquellas funciones musculares usadas de forma inconsciente y que son necesarias para la motricidad espontánea del día a día, sobre todo en la columna vertebral, pero también en brazos y piernas, manos y pies y en la cara.

Otro método más novedoso es el Método Pohl⁶¹, el cual intenta concientizar al cerebro sobre los movimientos que realizan los músculos y articulaciones. Se consigue mediante movilizaciones activas y pasivas al principio de un músculo proximal, luego va aumentando el movimiento distalmente hasta que se incluye la totalidad de miembro. Se comienza con una primera fase de relajación para que el cerebro tenga poca información de

⁶⁰ Este método fue desarrollado por el neurologo Vaclav Votja entre 1950 y 1970 buscando un tratamiento para niños con parálisis cerebral, donde descubrió que era posible desencadenar reacciones motoras repetidas en el tronco a partir de estímulos definidos y determinadas posturas.

⁶¹ Este método fue desarrollado por el clínico y profesor de medicina ortopédica J. F. Pohl en 1943, mediante el estudio de pacientes con secuelas de poliomielitis en España prestando especial importancia a los músculos individualmente y las sinergias entre ellos.

sus músculos y articulaciones, así en la segunda fase se realizan las contracciones y la información llega más fácilmente al cerebro (Castro y Arcas, 2006)⁶².

Por último se menciona el método Brunnstrom⁶³, el cual se basa en la facilitación de determinados patrones sinérgicos los cuales utilizará el paciente hemipléjico para poder crear movimientos. De ese modo se busca la consecución inmediata de movimientos primitivos, para posteriormente potenciar y desarrollar los mismos y finalmente conseguir que el paciente salga de ellos y consiga movimientos voluntarios más coordinados y normales, potenciando las capacidades motrices finas. Es muy recomendable en aquellos casos graves en los que se observa una evolución lenta y una recuperación no completa, ya que se enfatiza tanto en el dominio de las sinergias y en su uso en la vida diaria que luego en ocasiones nos va a costar mucho que el paciente salga finalmente de ellas (García Lucas y col., 2004)⁶⁴.

El próximo paso a tener en cuenta es la dirección de pautas a los padres, para que estos puedan formar parte activa del tratamiento y comprender cada vez mejor la dinámica del tratamiento. Algunas de estas pautas pueden ser las siguientes:

Cuadro N° 10. Pautas para dirigir a los padres dentro del enfoque terapéutico.

- ❖ Favorecer el vínculo madre- hijo.
- ❖ Evitar posturas viciosas en el domicilio
- ❖ Ser parte activa del tratamiento, informándose y siendo consecuentes con las peticiones de los profesionales de la salud.
- ❖ Ofrecer estímulos de tranquilidad a través del contacto visual y táctil.
- ❖ Evitar la sobreestimulación
- ❖ Colaborar con la creación de un ambiente adecuado a las necesidades del niño.

Fuente: Federación Estatal de Asociaciones de profesionales de la Atención Temprana.

Cuando se estimula a un niño, se le está ayudando a desarrollar habilidades, a explorar y adquirir destrezas, por tal motivo es fundamental que la familia pueda tomar conciencia sobre la importancia que el tratamiento tiene y saber que deben estar acompañados por un profesional idóneo que será quien los guíe e informe sobre cómo afrontar las distintas situaciones y dificultades que se presenten durante su desarrollo.

⁶² Castro y Arcas plantean un tratamiento fisioterapéutico precoz, individualizado y personalizado y, por sobretodo, con conocimiento de todos los métodos de estimulación.

⁶³ Método desarrollado por el terapeuta físico Signe Brunnstrom en 1951 destinado a pacientes con lesiones en el sistema nervioso central, utilizando reflejos, reacciones asociadas y sinergias.

⁶⁴ La autora señala que el fisioterapeuta en estos casos debe conocer profundamente los hitos del desarrollo motor para poder llevar a cabo un tratamiento adaptado a la maduración del sistema nervioso en desarrollo.

Diseño Metodológico



Esta investigación es descriptiva porque solo se busca describir situaciones y eventos, es decir como es y cómo se manifiesta determinado fenómeno. Este tipo de investigación mide variables, para después describirlas y además se debe tener considerables conocimientos del área que se investiga. En cuanto al diseño es No Experimental ya que se realiza sin la manipulación deliberada de las variables. De esta forma lo que se hace es observar los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, es decir en su realidad, y luego se analizarán. En este caso las variables no se manipulan porque ya han sucedido. Dentro de esta clasificación, además es Observacional porque no se manipulan las variables, sólo se observan así como se dan en la realidad. En relación a la temporalidad de la investigación es Transversal porque recolecta datos en un solo momento y en un tiempo único, y su propósito es describir las variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Este tipo de estudio presenta un panorama del estado de una o más variables en uno o más grupos de personas, objetos o indicadores en determinado momento.

El universo está conformado por médicos pediatras, kinesiólogos y trabajadores del área de Atención Temprana de la ciudad de Balcarce.

En lo que respecta a la muestra, está compuesta por 9 médicos pediatras, 8 kinesiólogos que trabajan en la ciudad de Balcarce y 10 integrantes del departamento de Atención Temprana de un hospital de la ciudad de Balcarce.

El método para la recolección de datos será mediante una encuesta.

A continuación se definirán las variables a evaluar, las cuales estarán divididas en tres grupos correspondientes a los grupos que serán encuestados.

Variables

- **Profesión**

Definición Conceptual: Ocupación que la persona realiza.

Definición Operacional: Ocupación que la persona realiza dentro del área de salud y en relación con el área de estimulación temprana. Los datos se obtendrán por medio de una encuesta realizada cara a cara por el investigador y se toman en cuenta las siguientes profesiones: Kinesiólogo; Médico Pediatra e Integrante del servicio de Atención Temprana del hospital municipal, en tal caso se le pedirá al encuestado que especifique su profesión.

- **Ámbito en el que ejerce su profesión**

Definición Conceptual: Sitio en el cual la persona se desarrolla profesionalmente.

Definición Operacional: Sitio en el cual los médicos pediatras, kinesiólogos e integrantes del servicio de atención temprana se desarrollan profesionalmente. Los datos serán recaudados mediante una encuesta y se consideraran los ámbitos tanto privado como público.

- **Conocimiento que tiene sobre el rol del kinesiólogo.**

Definición Conceptual: Noción que tienen los profesionales sobre el rol que el kinesiólogo posee en el área de Estimulación Temprana.

Definición Operacional: Noción que tienen los médicos pediatras e integrantes del servicio de atención temprana sobre el desempeño que el kinesiólogo puede realizar en el área de estimulación temprana. Los datos serán recaudados mediante una encuesta y se utilizará una para evaluar una escala tipo Likert de 5 puntos.

- **Derivación al kinesiólogo**

Definición Conceptual: Acción mediante la cual se le indica al paciente que debe comenzar con un tratamiento kinesiológico.

Definición Operacional: Acción mediante la cual el médico pediatra le indica al paciente comenzar con un tratamiento kinesiológico. Los datos serán recaudados mediante una encuesta, en la cual se utilizará una escala tipo Likert de 5 puntos.

- **Representación sobre el trabajo interdisciplinario.**

Definición Conceptual: Opinión que tienen lo demás profesionales de la salud sobre la posibilidad de incluir al kinesiólogo dentro del trabajo interdisciplinario.

Definición Operacional: Opinión por parte del médico pediatra y de los integrantes del servicio de salud sobre de la inclusión del kinesiólogo dentro del trabajo interdisciplinario. Los datos serán recaudados mediante una encuesta en la cual se utilizará una escala tipo Likert de 5 puntos.

- **Patologías más frecuentes en pacientes de 0 a 2 años que requieren estimulación temprana.**

Definición Conceptual: Enfermedades que mayormente enfrentan a diario los profesionales.

Definición Operacional: Enfermedades que enfrentan mayormente los médicos pediatras, kinesiólogos y miembros del servicio de Atención Temprana. Los datos serán recaudados mediante una encuesta y se considerarán las siguientes patologías: neurológicas, asociadas a prematuridad o complicaciones asociadas al parto, asociadas a largos tiempos de internación, trastornos sensoriales, derivadas de riesgos ambientales y otras. En el caso de que se seleccione la última opción se le solicitará al encuestado que especifique su elección.

- **Conocimiento sobre la existencia de un posgrado para kinesiólogos en Psicomotricidad y Estimulación Temprana.**

Definición Conceptual: Noción sobre la existencia de un posgrado para kinesiólogos en Psicomotricidad y Estimulación Temprana.

Definición Operacional: Noción que tienen los kinesiólogos sobre la existencia de un posgrado en Psicomotricidad y Estimulación Temprana. Los datos serán recaudados mediante una encuesta y se considerarán las siguientes opciones: Si o no.

- **Evaluaciones utilizadas dentro del tratamiento de Estimulación Temprana.**

Definición Conceptual: Valoraciones utilizadas en pacientes que requieren estimulación temprana.

Definición Operacional: Valoraciones utilizadas por los kinesiólogos ante un paciente que requiera estimulación temprana. Los datos serán recaudados mediante una encuesta y se considerarán las siguientes evaluaciones: Evaluación del tono pasivo, evaluación del tono activo, evaluación postural y de los Reflejos. Asimismo se tomará en cuenta la posibilidad de que la respuesta sea negativa o de que utilice otras evaluaciones, en dicho caso se le pedirá al encuestado que especifique su respuesta.

- **Utilización de test de screening o escalas de evaluación como herramienta previa al planteo del tratamiento.**

Definición Conceptual: Inclusión de una escala o test de evaluación como herramienta previa al tratamiento.

Definición Operacional: Inclusión de una escala o test de evaluación por parte del kinesiólogo como herramienta para el enfoque del tratamiento. Los datos serán recaudados mediante una encuesta y se presentarán dos opciones: si o no, con la posibilidad en el caso de que sea positiva la respuesta, de seleccionar una opción entre las siguientes escalas propuestas:

- Escala para la Evaluación del Recién Nacido de Brazelton
- Test de Denver
- Escalas Bayley de Desarrollo Infantil
- Escala para medir el desarrollo psicomotor de la primera infancia de Brunet-Lezine
- Escala de Uzgiris y Huntz
- Escalas de Desarrollo Motor de Peabody
- Escala de desarrollo motor Infantil de Alberta
- Perfil Psicomotriz
- Otras

- **Trabajo sobre áreas del desarrollo del paciente.**

Definición Conceptual: Enfoque sobre la o las áreas de desarrollo del paciente.

Definición Operacional: Enfoque sobre la o las áreas del desarrollo del paciente por parte del kinesiólogo. Los datos serán recaudados mediante una encuesta y se contemplarán las siguientes posibilidades:

- Se enfoca solo en el área motriz
- Se enfoca en el área motriz principalmente y toma en cuenta las demás áreas del desarrollo.
- En todas las áreas del desarrollo por igual

- **Inclusión del juguete y el juego como parte del tratamiento.**

Definición Conceptual: Utilización de juguetes y juegos como elementos complementarios para la estimulación.

Definición Operacional: Utilización de juguetes y juegos por parte del kinesiólogo como una estrategia de tratamiento. Los datos serán recaudados mediante una encuesta y se utilizará una escala de Likert de 5 puntos.

- **Conocimiento sobre métodos de tratamiento utilizados en planes de estimulación temprana.**

Definición Conceptual: Noción sobre los métodos utilizados en tratamientos de estimulación temprana.

Definición Operacional: Noción que el kinesiólogo posee sobre los métodos utilizados en estimulación temprana. Los datos serán recaudados mediante una encuesta y se utilizará una escala de Likert de 5 puntos.

- **Utilización de alguno de los siguientes métodos de tratamiento sugeridos para estimulación temprana.**

Definición Conceptual: Selección de un método específico para tratar al paciente.

Definición Operacional: Selección por parte del kinesiólogo de un método específico para tratar al paciente. Los datos serán recaudados mediante una encuesta y se tomarán en cuenta los siguientes métodos:

- Método Bobath
- Método Votja
- Método Pohl
- Método Brunnstrom
- Otros

En el caso en que el encuestado seleccione la última opción, se le pedirá que especifique su respuesta.

- **Dirección de pautas a los padres.**

Definición Conceptual: Indicación de acciones dirigida a los familiares del paciente con el fin de contribuir al desarrollo del niño.

Definición Operacional: Indicación de acciones dirigida a los familiares del paciente por parte del kinesiólogo con el fin de contribuir al desarrollo del niño. Los datos serán recaudados mediante una encuesta y se utilizará una escala de Likert de 5 puntos.

Consentimiento Informado

Tema del Estudio: “Rol del Kinesiólogo en la Estimulación Temprana y el tipo de técnicas y estrategias que implementa”.

Autor: Colabelli Ana Paula

Mediante la dicha investigación se pretende indagar sobre el rol que ejerce el Kinesiólogo dentro de la estimulación temprana y cuáles son las estrategias utilizadas cuando se presenta un caso de dicha índole. Por tal motivo se realizará una encuesta para recabar los datos necesarios para la misma entre los profesionales de la salud que sean requeridos.

La investigación no provocará ningún efecto adverso sobre su persona, ni implicará ningún gasto económico, pero contribuirá con el conocimiento y la difusión del rol del Kinesiólogo en pacientes que requieren estimulación temprana. Los resultados que se obtengan serán administrados de forma anónima y utilizados solamente como datos estadísticos. La firma de este consentimiento no significa la pérdida de ninguno de sus derechos que legalmente le corresponden como sujeto de la investigación, de acuerdo a las leyes vigentes en Argentina.

Por ese motivo he sido invitado/a a formar parte de dicha investigación, por lo cual consiento voluntariamente mi participación dentro de la misma y entiendo que tengo derecho a desistir cuando lo desee. Comprendo además que mi identidad no será divulgada y la información se mantendrá de manera confidencial.

Firma del participante: _____

Fecha: _____

Encuesta

1. ¿Cuál es la profesión que realiza?

- Médico Pediatra
- Kinesiólogo/a
- Integrante del grupo de Atención Temprana

En caso de seleccionar la última opción, especifique su actividad:

2. ¿Cuál es el ámbito en el cual se desempeña profesionalmente?

- Público
- Privado
- Ambos

3. ¿Cuáles son las patologías más frecuentes que afronta a diario en niños de 0 a 2 años y que requieran de estimulación temprana?

- Neurológicas
- Asociadas a prematuridad
- Asociadas a largos tiempos de internación
- Trastornos sensoriales
- Derivadas de riesgos ambientales y del entorno
- Otras

En el caso de seleccionar la última opción, especifique la patología:

4. ¿Tiene conocimiento sobre cuál es el rol que desempeña el kinesiólogo en el área de la estimulación temprana?

- Muy informado
- Informado
- Medianamente informado
- Poco informado
- Nada informado

5. ¿Considera usted necesario el trabajo interdisciplinario entre los profesionales de la salud y el kinesiólogo al momento de seleccionar un tratamiento de estimulación temprana?

- Lo considero muy necesario
- Lo considero necesario en muchos casos
- Me resulta indiferente
- Lo considero necesario en casos puntuales
- No lo considero necesario

Explicite el porqué de su respuesta:

6. En el caso de que su profesión corresponda a médico pediatra, usted ¿realiza derivación al kinesiólogo frente a un caso que requiera estimulación temprana?

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Pocas veces
- Nunca

En el caso de realizar derivación, justifique su respuesta:

7. Preguntas destinadas a los profesionales del grupo de atención temprana del Hospital Municipal de la ciudad de Balcarce

7.1. ¿Cree usted necesaria la inclusión de un profesional de la kinesiología como parte del equipo terapéutico?

- Lo considero muy necesario
- Lo considero necesario en muchos casos
- Me resulta indiferente
- Lo considero necesario en algunos casos
- No lo considero necesario

7.2. ¿Cuál es la discapacidad que mayormente detecta en su trabajo?

- Discapacidad motriz
- Discapacidad visual
- Discapacidad mental
- Discapacidad auditiva
- Discapacidad del lenguaje
- Discapacidad sensorial
- Otras

En caso de seleccionar la última opción, especifique:

7.3. En el momento de enfrentarse ante una discapacidad motriz, ¿utiliza evaluaciones o test previos al diseño del tratamiento?

- Si se realizan
- No se realizan

En caso de seleccionar una respuesta positiva, escoja entre las opciones siguientes:

- Evaluación del Tono Pasivo
- Evaluación del Tono Activo
- Evaluación Postural y de los Reflejos
- Otras

En el caso de seleccionar la última opción, especifique su elección.

8. Preguntas destinadas a los profesionales de la kinesiología.

8.1. ¿Conoce la existencia de un postgrado en Psicomotricidad y Estimulación temprana para kinesiólogos?

- Si poseo conocimiento
- No tengo conocimiento

8.2. ¿Con que frecuencia brinda tratamiento a pacientes que requieran estimulación temprana?

- Frecuentemente
- Muy frecuentemente
- Ocasionalmente
- Escasas veces
- Nunca

8.3. En el caso de que de recibir un paciente que requiera estimulación, ¿considera necesario la aplicación de evaluaciones previas?

- Lo considero necesario
- No lo considero necesario

En el caso de seleccionar la primera opción, justifique su elección.

¿Qué evaluaciones consideraría necesarias?

- Evaluación de tono pasivo
- Evaluación de tono activo
- Evaluación postural y de los reflejos
- Ninguna
- Otras

En el caso de seleccionar la última opción, especifique su respuesta:

8.4. ¿Considera necesaria la utilización de test de screening o escalas para poder plantear un tratamiento?

- Lo considero necesario
- No lo considero necesario

En el caso de que su respuesta sea positiva, ¿utilizaría alguna de las siguientes escalas?

- Escala para la Evaluación del Recién Nacido de Brazelton
- Test de Denver
- Escalas Bayley de Desarrollo Infantil
- Escala para medir el desarrollo psicomotor de la primera infancia de Brunet-Lezine
- Escala de Uzgiris y Huntz
- Escalas de Desarrollo Motor de Peabody
- Escala de desarrollo motor Infantil de Alberta
- Perfil Psicomotriz
- Otras

En el caso de seleccionar la última opción, especifique su respuesta:

8.5. ¿Sobre qué área del desarrollo del paciente considera que se debe enfocar el kinesiólogo para llevar adelante un tratamiento?

- Solo se debe enfocar en el área motriz
- Debe enfocarse principalmente en el área motriz, teniendo en cuenta y tratando de unificar las demás áreas
- En todas las áreas del desarrollo por igual.
- Otras

En el caso de seleccionar la última opción, especifique su respuesta.

8.6. ¿Considera importante la inclusión del juguete como parte del tratamiento? Justifique su elección.

- Lo considero importante
- No lo considero necesario

8.7. ¿Se considera informado frente a los métodos usualmente utilizados en estimulación temprana?

- Muy informado
- Bastante informado
- Medianamente informado
- Poco informado
- Nada informado

8.8. ¿Ha utilizado alguno de los siguientes métodos como parte del tratamiento?

- Método Bobath
- Método Votja
- Método Pohl
- Método Brunnstrom
- Otros

En el caso de seleccionar la última opción, especifique que método utilizaría:

8.9. ¿Considera importante la dirección de pautas a los padres como figuras activas en el desarrollo del niño?

- En todo el tratamiento
- En la mayoría de las situaciones
- En algunas situaciones
- Solo en determinadas situaciones
- En ninguna situación

Justifique su elección.

Análisis de Datos

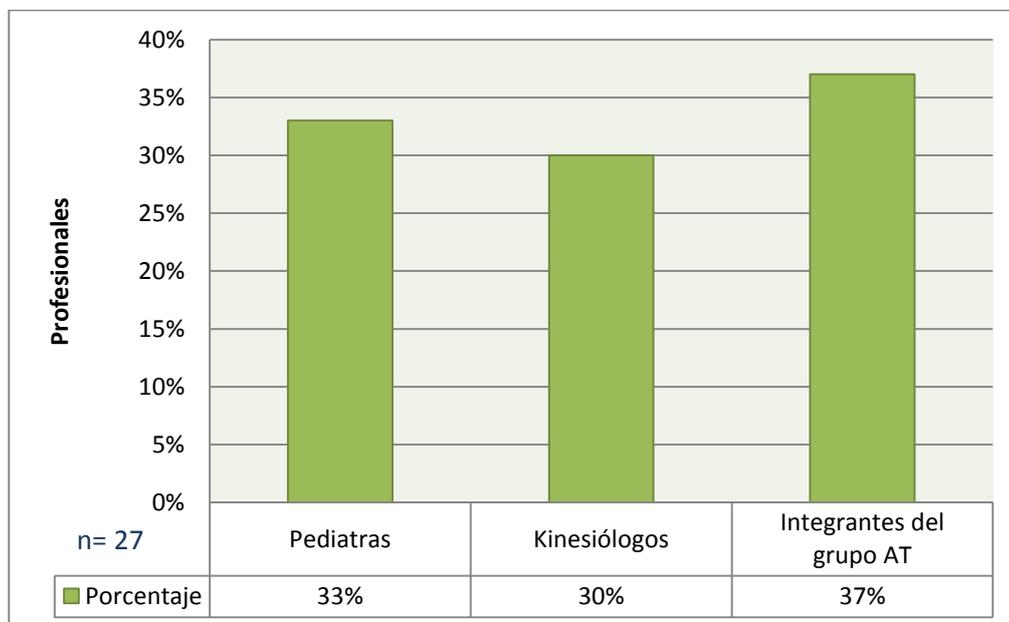


En este capítulo se mostrarán los resultados obtenidos luego de realizar el trabajo de campo para la presente investigación.

La muestra analizada está compuesta por 9 médicos pediatras pertenecientes a un hospital de la ciudad de Balcarce, 10 profesionales que integran el Centro de Atención Temprana de dicho hospital y 8 kinesiólogos que realizan su profesión tanto en el ámbito privado como público. Los datos obtenidos fueron recabados mediante una encuesta, donde se indagó sobre la situación actual de los pacientes derivados a estimulación dentro de la institución y, en particular, a los kinesiólogos sobre las estrategias a plantear al momento de tratar a un paciente que requiera este tipo de tratamiento.

A continuación se expone el gráfico que detalla la ocupación de los encuestados.

Gráfico Nro. 1. Distribución según la profesión.

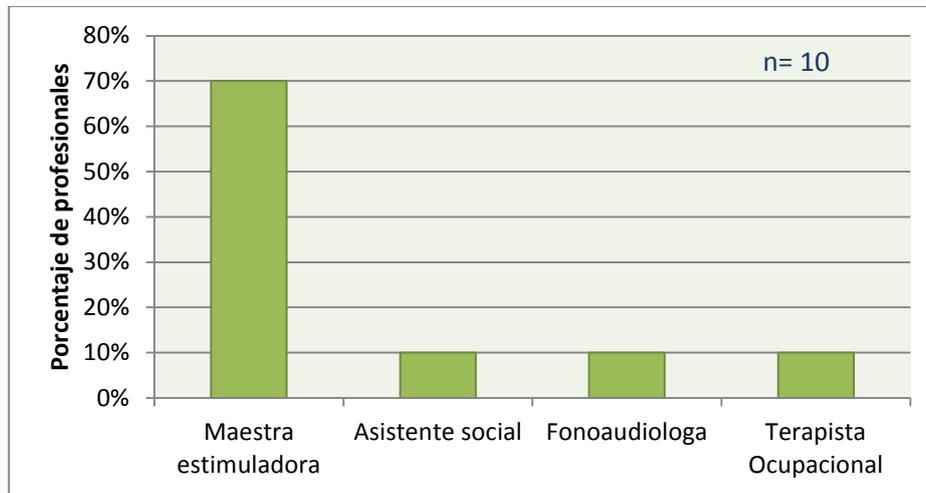


Fuente: Elaboración propia.

A partir del gráfico presentado, se puede observar que la población encuestada es bastante pareja. La mayoría son integrantes del grupo de AT con un 37%, luego los pediatras con el 33% y finalmente los kinesiólogos con el 30%.

Seguidamente, se muestra un gráfico en el cual se puede distinguir las diferentes profesiones que poseen los integrantes del grupo de AT.

Gráfico N° 2: Profesiones del Grupo de AT

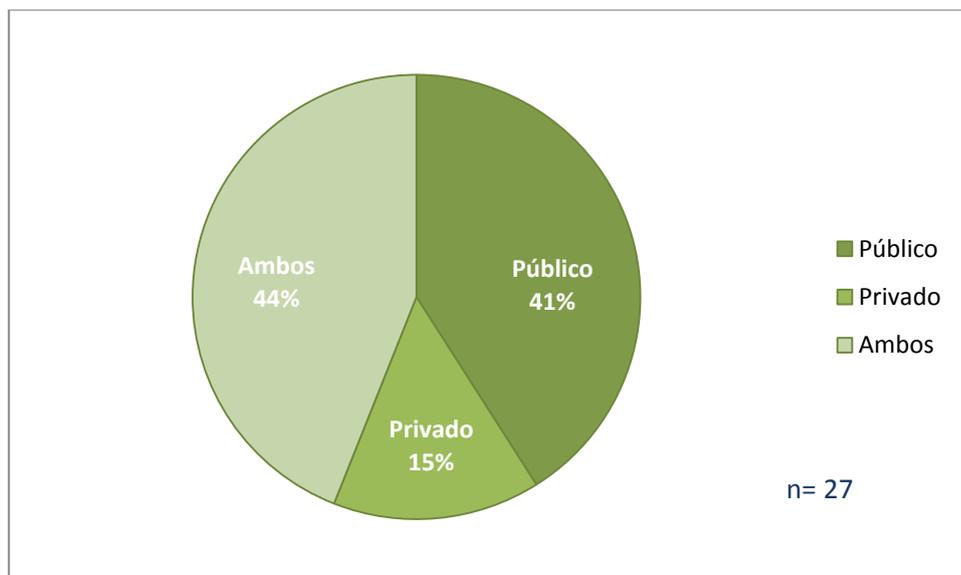


Fuente: Elaboración propia.

En este caso se observa que dentro del grupo de AT, los resultados muestran una gran diferencia. Sólo el 30% representa a fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales y asistentes sociales mientras que el 70%, siendo la gran mayoría, representa a las maestras estimuladoras.

A continuación se expresan los resultados obtenidos en relación al ámbito de trabajo en el que se desarrollan los tres grupos de profesionales.

Gráfico N° 3. Distribución según el ámbito de trabajo



Fuente: Elaboración propia.

En este gráfico se puede observar que la mayoría de los encuestados trabaja tanto en el ámbito privado como el público, seguido por los profesionales que sólo se desarrollan profesionalmente en el ámbito público y por último quienes sólo lo hacen en el privado.

A continuación se detallan los resultados obtenidos sobre cuáles son las patologías más frecuentes en el campo de la estimulación temprana.

Tabla N° 1. Patologías con mayor frecuencia

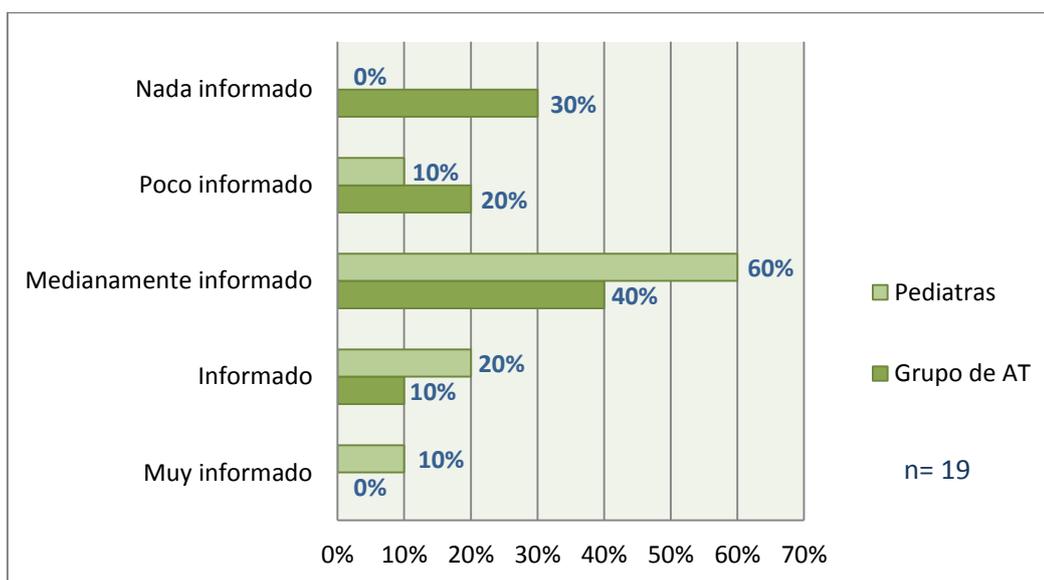
Nro. de Encuesta	Patologías más frecuentes
1	Neurológicas, asociadas a prematuridad, trastorno sensorial y riesgos ambientales
2	Neurológicas, asociadas a prematuridad y riesgos ambientales
3	Neurológicas, asociadas a prematuridad y riesgos ambientales
4	Neurológicas, asociada a prematuridad, trastorno sensorial y riesgos ambientales
5	Neurológicas, asociadas a prematuridad, trastorno sensorial y riesgos ambientales
6	Neurológicas, asociadas a prematuridad, trastorno sensorial y riesgos ambientales
7	Neurológicas y riesgos ambientales
8	Neurológicas y riesgos ambientales
9	Neurológicas, asociadas a prematuridad, trastorno sensorial y riesgos ambientales
10	Neurológicas, asociadas a prematuridad y riesgos ambientales
11	Neurológicas y asociadas a prematuridad
12	Neurológicas y asociadas a prematuridad
13	Neurológicas, asociadas a prematuridad y riesgos ambientales
14	Asociadas a prematuridad
15	Neurológicas, asociadas a prematuridad y riesgos ambientales
16	Neurológicas, asociadas a prematuridad, trastorno sensorial y riesgos ambientales
17	Neurológicas y asociadas a prematuridad
18	Neurológicas, asociadas a prematuridad y riesgos ambientales
19	Neurológicas y riesgos ambientales
20	Asociadas a prematuridad
21	Neurológicas
22	Asociadas a prematuridad
23	Neurológicas
24	Neurológicas
25	Neurológicas
26	Asociadas a prematuridad
27	Neurológicas

Fuente: Elaboración propia

En la tabla nro. 1 se puede observar que de los 27 encuestados sólo 9 seleccionaron una sola opción, siendo 5 por patologías neurológicas y 4 asociadas a prematuridad. En cuanto a los demás datos, se puede decir que del total 23 incluyeron en su respuesta las patologías neurológicas. Con menor prevalencia se encuentran los trastornos sensoriales con 15 de 27, aunque gran número de los encuestados manifestó que al pasar los 2 años se manifiestan con mayor énfasis.

A continuación se presentan en el gráfico los resultados obtenidos luego de encuestar a los pediatras y al grupo de atención temprana sobre el rol del kinesiólogo en dicha área.

Gráfico N° 5: Conocimiento sobre el rol del kinesiólogo

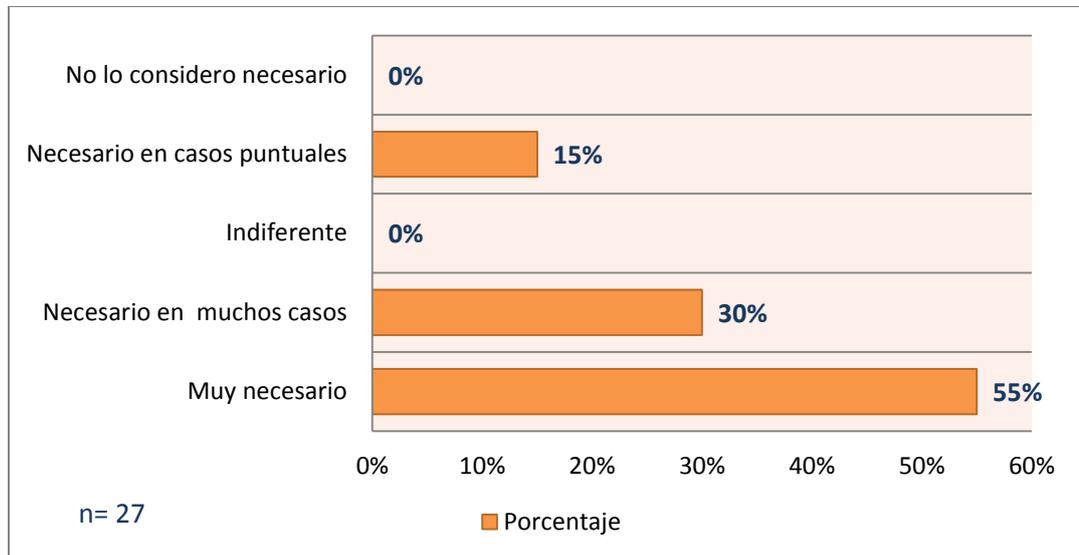


Fuente: Elaboración propia.

Se puede observar que, de ambos grupos, la mayoría se considera medianamente informado. Desde allí el número varía entre un 10% y 20% hacia más o menos informado, pero lo que se debe destacar es que un 30% de los integrantes del grupo de AT no posee conocimiento sobre el trabajo del kinesiólogo. Esto no debe pasar desapercibido, ya que si lo que se busca es poder trabajar de forma interdisciplinaria los profesionales deben tener conocimiento sobre el trabajo de quienes integran el equipo de salud.

En el gráfico nro. 6 se le indagó a los tres grupos sobre la importancia de incluir al kinesiólogo en el equipo interdisciplinario.

Gráfico N° 6. Trabajo interdisciplinario



Fuente: Elaboración propia.

Se puede observar que la mayoría, con un 55%, considera muy necesaria la inclusión. El 30% y el 15% indican que la inclusión del kinesiólogo debe estar ligada al tipo de patologías con las que se esté tratando.

A continuación se desarrolla el análisis cualitativo de las repuestas que dieron los encuestados cuando se les pide que se explique el porqué de su elección.

Inclusión del kinesiólogo en el equipo interdisciplinario

E1: Para trabajar y **abordar al niño acorde a su patología**

E2: Es fundamental el **abordaje integral** de todos los profesionales que atienden al niño.

E3: Todos los profesionales y la familia deberíamos trabajar en equipo para brindar una **atención integral** al niño.

E4: Si, para trabajar con los niños que poseen **patologías neurológicas** ya que **los kinesiólogos del hospital no realizan rehabilitación en niños.**

E5: Si, porque **en el hospital los kinesiólogos que atienden actualmente no se abocan a trastornos de la primera infancia.**

E6: Porque el **trabajo en conjunto** con otros profesionales nutre al equipo de estimulación temprana y por consecuencia **mejora el abordaje.**

E7: Si, Es importante sobre todo en niños que poseen **patologías neurológicas.**

E8: Si, en **casos neurológicos.**

E9: Sería importante para trabajar en **patologías motoras.**

E10: En determinados casos es importante su trabajo, especialmente en **patologías neurológicas.**

E11: Todo tratamiento que implique **trastornos del desarrollo** en niños necesariamente debe ser interdisciplinario.

E12: Si, ya que **dichas patologías** requieren de un **tratamiento en conjunto**, entre los pediatras, kinesiólogos, fonoaudiólogos y terapeutas ocupacionales.

E13: Es necesario el **abordaje interdisciplinario**, son **patologías** que requieren **atención integral.**

E14: Si, porque es el momento oportuno para **brindarle atención** al bebe desde todos los aspectos.

E15: Si, porque es importante abordar al paciente desde todas las áreas y la forma correcta de hacerla es mediante el **trabajo en conjunto.**

E16: En pacientes con **trastornos que requieren estimulación temprana** la mejor forma de trabajar es **relacionándose con los demás profesionales.** Se obtienen mejores resultados.

E17: Es la mejor manera de afrontar un diagnóstico de este tipo, **trabajando en conjunto.**

E18: Al tratar pacientes que poseen **trastornos del desarrollo** debemos saber que **trabajar interdisciplinariamente** es la **forma correcta.**

E19: Es importante en estos trastornos la **comunicación con los demás profesionales** que atenderán al paciente, así se puede seguir una línea de tratamiento.

E20: Considero que la **atención interdisciplinaria** es la **forma correcta** de atender.

E21: Porque para un buen tratamiento es necesario que **cada profesional aporte sus conocimientos** y que a su vez cada profesional se nutra de esos conocimientos.

E22: Es importante para darle un enfoque al tratamiento y a su vez para **estar comunicados** ante cualquier alteración u observación que el profesional haga.

E23: Es la **mejor forma** de trabajar, sobre todo en paciente con **patologías neurológicas.**

E24: Porque es la **forma correcta** de **abordar a un paciente, de manera global.**

E25: Si, para que el tratamiento sea el **más adecuado.**

E26: Para un mejor tratamiento y **toma de decisiones de forma interdisciplinaria.**

E27: Para obtener un **enfoque integral** del paciente y **abordar todas las capacidades** del mismo.

Imagen N° 1: Inclusión del kinesiólogo como parte del equipo interdisciplinario.



Fuente: Elaboración propia.

Se puede observar que el 56% de los encuestados considera que el abordaje en estos casos debe ser integral, por ende el kinesiólogo debe formar parte. Un 20% asocia la inclusión de este en presencia de trastornos motrices y patologías neurológicas. Un porcentaje muy menor considera que es importante la inclusión del kinesiólogo como parte del equipo ya que los que se encuentran actualmente en la institución no se dedican a trastornos de la primera infancia.

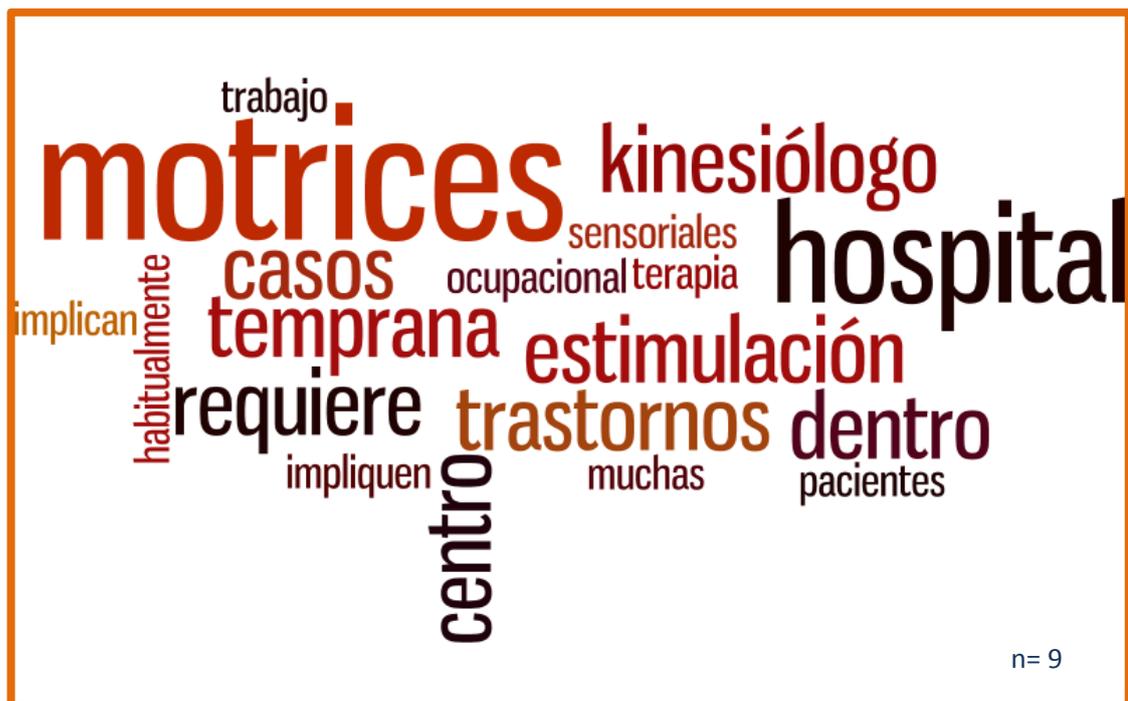
Seguidamente se continuó con la encuesta sólo al grupo de pediatras sobre la derivación que realizan a los kinesiólogos en cuanto a patologías que requieran estimulación temprana. Los resultados obtenidos fueron de un 45% que deriva casi siempre, luego un 22% asegura derivar siempre, mientras que para pocas veces se obtiene un 11%. Debemos destacar que, además, un 11% no deriva al kinesiólogo, explicando que no lo hace porque no hay quien ocupe ese cargo dentro del centro de AT.

A continuación se desarrolla el análisis cualitativo de las repuestas que dieron los encuestados cuando se les pide que se explique el porqué de su elección.

Derivación al kinesiólogo

- E11: derivo en todos los casos que impliquen **trastornos motrices** o **sensoriales**
- E12: derivo porque se requiere **trabajo de la motricidad**
- E13: habitualmente derivo al **centro de estimulación temprana del hospital**
- E14: derivo en pacientes con **dificultades motrices**, pero muchas veces comienzo con terapia ocupacional
- E15: no derivo, ya que **en el hospital no hay kinesiólogo dentro del equipo**
- E16: porque se requiere de un kinesiólogo para el tratamiento de las **alteraciones motrices**
- E17: derivo porque la mayoría de los casos implican **trastornos motrices**
- E18: dentro del hospital derivo **al centro de estimulación temprana**
- E19: derivo al **centro de estimulación temprana** dentro de la institución.

Imagen N° 2: Derivación del médico al kinesiólogo

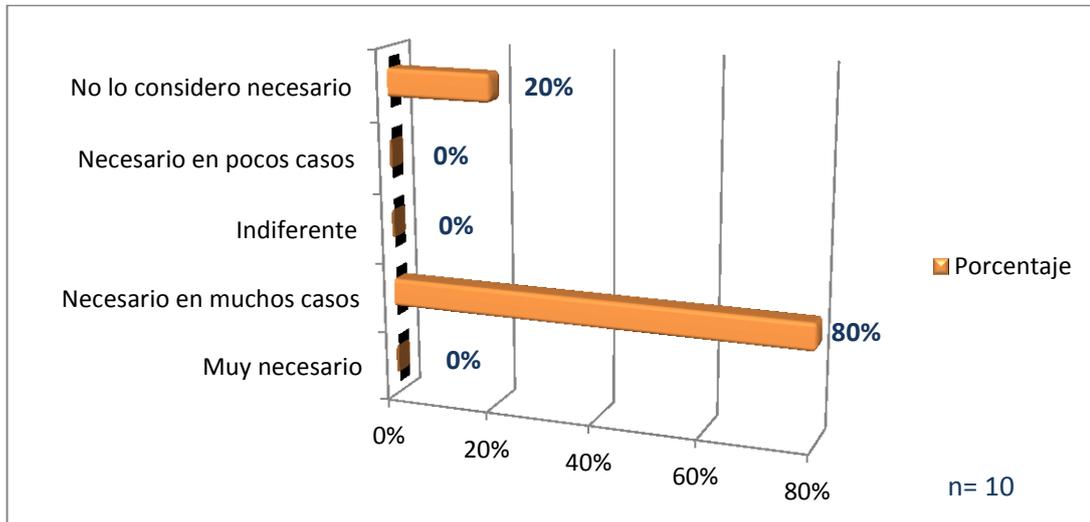


Fuente: Elaboración propia

En este caso se pueden observar varios puntos, comenzado por que 5 de los 9 profesionales encuestados aseguran derivar al kinesiólogo en patologías que presenten una dificultad motriz. Luego se observa que 3 de los 9 encuestados refiere comenzar derivando al centro de Atención Temprana, donde no hay kinesiólogo. Esto último sólo lo destaca 1 de los 9 médicos.

En el siguiente cuadro se detallan los resultados obtenidos de indagar sólo a los integrantes del grupo de AT sobre la idea de incluir al kinesiólogo dentro del equipo ya establecido.

Gráfico N° 7: Inclusión del kinesiólogo en el equipo de AT



Fuente: Elaboración propia

Aquí se puede observar que 8 de los 10 encuestados consideraría importante incluir al kinesiólogo dentro del equipo, relacionándolo a las patologías a tratar. Sólo 2 no lo considera necesario, destacando que dichos encuestados manifestaron que si bien no lo consideran necesario dentro del equipo si consideran necesaria la inclusión dentro del servicio de salud.

A continuación se expone una tabla correspondiente a las discapacidades que mayormente observan los profesionales en el área de la salud, se encuestó al grupo de AT y a los pediatras, ya que son quienes reciben a los distintos pacientes.

Tabla N° 2. Discapacidades más frecuentes

Nro. de Encuesta	Discapacidades más frecuentes
1	Del lenguaje y sensorial
2	Motriz y del lenguaje
3	Motriz y del lenguaje
4	Mental y del lenguaje
5	Mental, del lenguaje y sensorial
6	Del lenguaje y sensorial
7	Del lenguaje y sensorial
8	Del lenguaje y sensorial
9	Motriz, mental, del lenguaje y sensorial
10	Mental, del lenguaje y sensorial
11	Motriz y mental
12	Motriz, mental y del lenguaje
13	Motriz y del lenguaje
14	Motriz
15	Motriz y del lenguaje
16	Mental, del lenguaje y sensorial
17	Motriz
18	Motriz y del lenguaje
19	Motriz

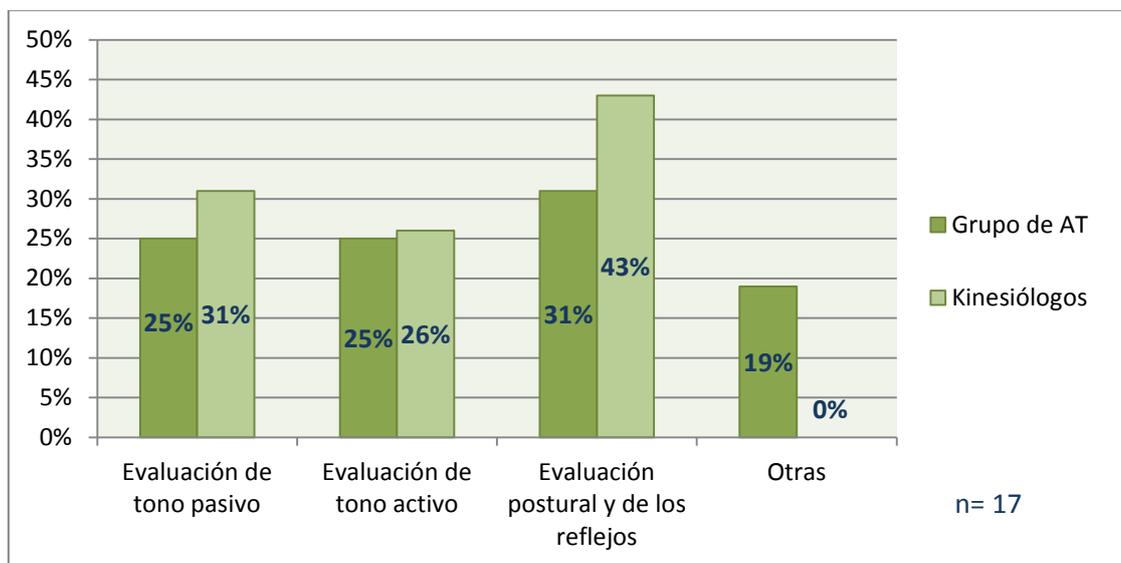
Fuente: Elaboración propia

En la tabla nro. 2 se puede observar que 15 de los 19 encuestados detectan una discapacidad en el lenguaje mayormente, seguido por una discapacidad motriz de 8 sobre 19 y luego una discapacidad sensorial con 7 sobre 19. En el caso de los encuestados que seleccionaron sólo una respuesta los 3 que lo hicieron eligieron la discapacidad motriz.

Seguidamente, se encuestó a los kinesiólogos y al grupo de AT sobre la utilización de evaluaciones previas al tratamiento, ya que son ambos grupos a quienes son derivados los pacientes. Los datos obtenidos muestran que, por un lado, el 100% de los kinesiólogos realiza evaluaciones previas y dentro del grupo de AT, el 60% realiza evaluaciones previas y el 40% no lo hace.

Luego se indagó al mismo grupo sobre el tipo de evaluación previa que realizaban. Los resultados se expresan en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 10: Tipo de evaluaciones previas



Fuente: Elaboración propia

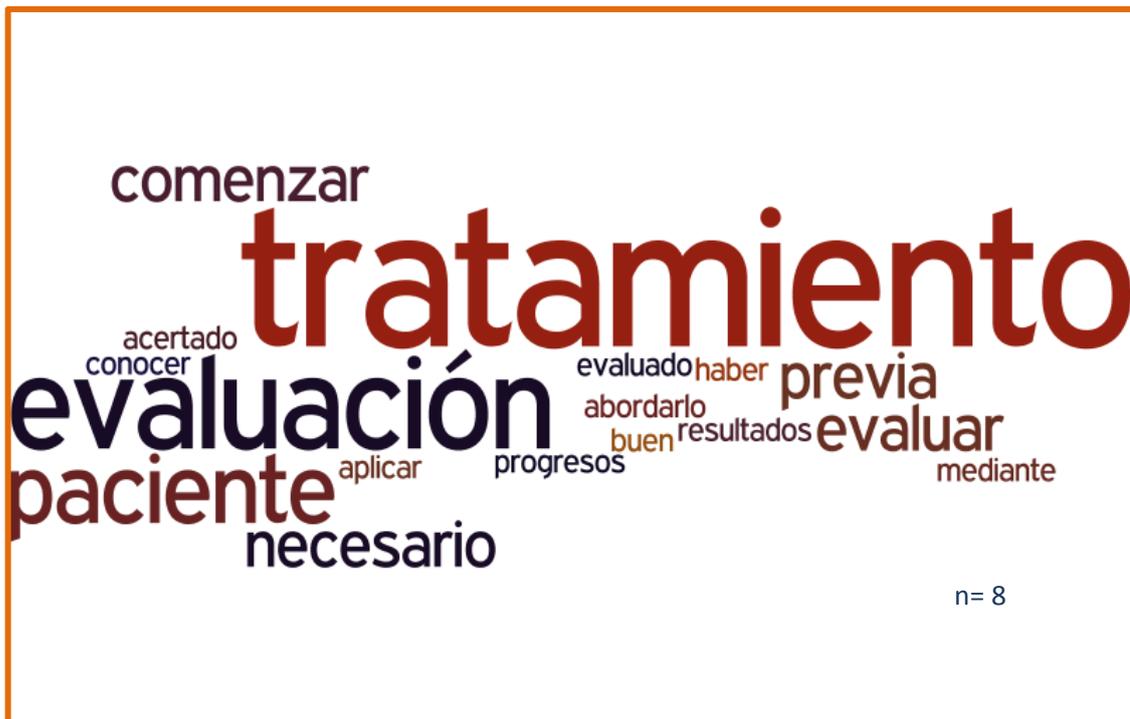
Se puede observar en el gráfico comparativo que los kinesiólogos se abocan a evaluar la postura y los reflejos en primer lugar, luego el tono pasivo y el activo descartando otras evaluaciones, mientras que el grupo de AT obtiene resultados parejos en los tres tipos de evaluaciones. Dichos encuestados destacan que las evaluaciones son llevadas a cabo por la terapeuta ocupacional, utilizando los resultados como parámetros pero sin brindar tratamiento posterior. En cuanto a la opción otras, este grupo si obtiene resultados aclarando que las demás evaluaciones realizadas son pedagógicas.

A continuación se muestra un análisis cualitativo de las repuestas obtenidas al indagar sólo a los kinesiólogos sobre el porqué de realizar evaluaciones previas.

Utilización de evaluaciones previas

- E20: Si, ya que no considero un tratamiento como acertado sin una evaluación previa.
- E21: Si, para conocer el estado inicial del paciente
- E22: Para aplicar el tratamiento adecuado es necesario una evaluación previa
- E23: Una buena evaluación interdisciplinaria garantiza un buen tratamiento
- E24: Es necesario evaluar al paciente antes de plantear cualquier tratamiento
- E25: Porque mediante la evaluación del paciente, sé desde donde hay que comenzar a abordarlo
- E26: No se puede comenzar un tratamiento sin antes haber evaluado
- E27: Para que al volver a evaluar, luego del tratamiento notemos los resultados obtenidos y los progresos

Imagen Nº 3: Importancia de evaluar previamente



Fuente: Elaboración propia

Aquí se puede observar que 4 de los 8 kinesiólogos refiere la necesidad de evaluar previamente para poder plantear un tratamiento adecuado y garantizado, 3 manifiestan que es el mejor punto de partida previo al tratamiento y el único restante prefiere utilizarlo luego de haber comenzado el tratamiento para notar mejoras o no en el paciente.

A continuación se encuestó sólo a los kinesiólogos sobre el nivel de conocimiento que poseen en relación a la existencia de un posgrado para kinesiólogos en psicomotricidad y estimulación temprana. En este caso el 67% de los encuestados posee conocimiento sobre el posgrado mientras que el 33% no, lo que nos indica que incluso dentro del ámbito de la kinesiólogía hay población que se encuentra desinformada.

Luego se les preguntó a los mismos profesionales sobre la frecuencia con la que reciben pacientes en sus consultorios que requieran estimulación temprana. Los resultados arrojan que los kinesiólogos no se destacan por recibir frecuentemente pacientes con dichas patologías, sólo 2 de los 8 reciben frecuentemente. Luego 1 de estos lo hace ocasionalmente y 3 más escasas veces, mientras que los 2 encuestados restantes refieren nunca haber recibido y coinciden en número con quienes trabajan en la institución pública.

Seguidamente se les indagó a los kinesiólogos sobre la utilización o no de test de screening para dichos pacientes. Los resultados obtenidos fueron del 100% para la opción positiva, razón por la cual a continuación se les pregunto sobre el tipo de escala que utilizarían. Los datos obtenidos se reflejan en la siguiente tabla.

Tabla N° 3. Selección de test de screening

Nro. de Encuesta	Test de screening de preferencia
20	Brazelton y Perfil Psicomotriz
21	Brazelton, Denver y Brunet Lezine
22	Perfil Psicomotriz
23	Perfil Psicomotriz
24	Peabody y Perfil Psicomotriz
25	Perfil Psicomotriz
26	Perfil Psicomotriz
27	Brazelton y Perfil Psicomotriz

Fuente: Elaboración propia

Aquí se puede observar que de los 8 encuestados 7 seleccionaron el perfil psicomotriz como test de preferencia.

A continuación se desarrolla el análisis cualitativo de las respuestas obtenidas por los kinesiólogos al responder sobre el fin con el cual elige dicha escala.

Utilización de test de screening

- E20: Es necesario utilizarla para poder **comparar lo normal con lo patológico** y así **evaluar los progresos del tratamiento**
- E21: Las escalas son necesarias **para saber en qué lugar nos encontramos** antes de comenzar con el tratamiento y sobre **qué áreas debemos enfocarnos más**
- E22: Es la **más utilizada y de confianza** para tomar como referencia
- E23: Es la **más conocida** y da la **posibilidad de evaluar varias áreas** y **clasificar por meses el seguimiento**
- E24: La evaluación en estos casos es necesaria, **para saber en qué condición se encuentra el paciente al comenzar** y poder **evaluar los progresos del tratamiento**
- E25: Es de gran ayuda para **seguir una línea de conducción** en el tratamiento
- E26: Es necesaria poder usarla **como guía durante todo el tratamiento**
- E27: Las considero necesarias para **obtener un punto de partida** antes de comenzar a trabajar con el paciente y para **ir evaluando más adelante la efectividad del tratamiento.**

Imagen N° 4: Utilización de test de screening



Fuente: Elaboración propia

En este caso se puede observar que una mayoría del 50% selecciona el test de screening para utilizarla como guía y para poder evaluar los progresos del tratamiento, un 25% lo establece como punto de partida en cuanto al estado del paciente y en menor cantidad es seleccionada de acuerdo al tipo de escala y a los beneficios que esta brinde, si es de confianza o no, si se puede comparar patrones de movimiento o si se puede evaluar de acuerdo a meses o etapas.

Seguidamente se los encuestó sobre el área en que se debe enfocar el profesional al momento de plantear un tratamiento. Con los datos obtenidos se puede observar que 5 de los 8 profesionales encuestados refieren que se abocan principalmente al área motriz pero sin dejar de considerar las demás áreas, mientras que sólo 3 de los encuestados se aboca a todas las áreas por igual.

Luego se les indagó sobre su opinión en cuanto a la inclusión del juguete como parte de la terapia. En este caso el 100% de los encuestados coincidió en que es un aporte positivo a la terapia. Seguidamente se desarrolla el análisis cualitativo de las respuestas obtenidas sobre los fundamentos de incluir un juguete.

Utilización del juego y el juguete

E20: Indispensable **para trabajar con niños**, siempre y cuando sean juguetes **adecuados a la edad**

E21: Sobre todo para utilizarlo **como elemento de estimulación**

E22: Porque son elementos **útiles para trabajar con niños**, así **ellos se entretienen** y pueden hacer de la terapia algo más interesante

E23: **Para estimularlo** y mantener la **concentración del niño**

E24: A través de los juguetes podemos **comunicarnos mejor con el niño** y así obtener mejores resultados

E25: Para **mejorar la comunicación** y la confianza con el niño

E26: Es **parte del estímulo** para que **el niño concentre su atención**.

E27: Es un medio **para adquirir distintos patrones de movimiento** y como una **herramienta para motivar**

Imagen N° 5: El juguete como parte de la terapia



Fuente: Elaboración propia

Se puede ver que en la imagen presentada anteriormente que 4 de los 8 kinesiólogos utilizan principalmente el juguete como medio para estimular al niño. Luego como herramienta para poder comunicarse con él, incluso mantener su concentración, 5 de los 8 lo manifestaron así. En menor medida, sólo 2 de estos, destacan como algo útil a la hora de trabajar con niños y como medio para conseguir determinados objetivos.

A continuación se indagó a los kinesiólogos sobre los métodos utilizados en estimulación temprana. Así 4 de los 8 encuestados se considera medianamente informado, 3 consideran que es un campo poco informado y sólo 1 manifiesta estar bastante informado. Seguido de esto, se les consulto sobre los métodos mayormente utilizados por los profesionales. El siguiente gráfico expone los resultados obtenidos.

Tabla N° 4. Métodos más utilizados

Nro. de Encuesta	Métodos más utilizados en ET
20	Bobath y Votja
21	Bobath
22	Bobath
23	Bobath
24	Bobath, Votja y Brunnstrom
25	Bobath
26	Bobath
27	Bobath y Votja

Fuente: Elaboración propia

En dicha tabla se puede observar que de los 8 encuestados, 5 seleccionaron un solo método que es Bobath. Los restantes 3 seleccionaron más de una opción, pero entre ellas también se encuentra dicho método.

Por último se consultó a los kinesiólogos sobre la dirección de pautas a los padres, en este caso el 100% de ellos manifestó la importancia de incluir a la familia en el tratamiento. Seguidamente se desarrolla un análisis cualitativo de las respuestas obtenidas en dicho caso.

Opinión sobre la dirección de pautas a los padres

E20: El abordaje debe ser completo, incluyendo a los padres como **parte activa del tratamiento** y favoreciendo la **relación padre e hijo**. Ser **guiados por el profesional** es lo ideal en estos casos.

E21: Es importante **que los padres se involucren** en el tratamiento, conozcan lo que el niño trabaja en su terapia y lo puedan realizar **diariamente**, les ayudará a favorecer el **vínculo padre-hijo**.

E22: **La familia es fundamental como integrante del equipo** interdisciplinario, ya que son un pilar para los niños por la confianza, por **el tiempo que pasan juntos** y también **para que se involucren**.

E23: Son una **parte importante del tratamiento**. El niño debe continuar **su trabajo en casa** y **son los profesionales quienes los guíen**.

E24: La **acción de los padres** en el tratamiento favorece la **relación padre-hijo** y, a su vez, ayuda a la educación de ellos mismos.

E25: Deben formar **parte activa del tratamiento** ya que son quienes **más tiempo pasan con el niño**

E26: Porque en la casa y **en la cotidianeidad, el niño debe seguir con el tratamiento**, en varios momentos del día donde **quienes lo acompañan** son los padres

E27: Es importante trasladar los logros en cada momento de la vida del niño, son **los padres quienes lo acompañan** en este proceso.

Imagen N° 6: Dirección de pautas a los padres



Fuente: Elaboración propia

En este caso se puede observar que una gran parte, 6 de los 8 encuestados coinciden en que los padres deben formar parte del tratamiento e involucrarse en las terapias del niño. Esto se relaciona directamente con el tiempo que ellos pasan con sus hijos y con que son quienes los acompañan mayormente. Luego 3 de ellos destacan la importancia del vínculo padre e hijo y más en este tipo de patologías que se dan en la primera infancia. En menor cantidad, 2 de los encuestados exponen que el kinesiólogo será quien guíe a los padres en este camino.

Conclusión



Esta investigación esta avocada a evaluar cuál es el rol del kinesiólogo dentro del campo de la estimulación temprana, por eso se procedió a encuestar a los kinesiólogos y a los médicos pediatras de Balcarce y a los integrantes del centro de Atención Temprana, que radica en el hospital de dicha ciudad, para poder conocer en qué forma se aborda a los pacientes. La muestra se compone por 9 médicos pediatras, 8 kinesiólogos, 7 maestras estimuladoras, 1 asistente social, 1 terapeuta ocupacional y una fonoaudióloga, estas últimas integrantes del centro.

El rango de edad que abarca la investigación es de los 0 a los 2 años. En dicha franja etaria las patologías que más frecuencia presentan fueron, primeramente las neurológicas seguidas por las asociadas a prematuridad y luego, a riesgos derivados del entorno. En este caso, los profesionales manifiestan que se debe tener en cuenta que la atención brindada es en muchos casos en el hospital público de la ciudad y que las familias que recurren en gran parte presentan bajos recursos.

También se los indagó sobre las discapacidades que se detectan mayormente en los niños, siendo en este caso la discapacidad en el lenguaje la que mayormente se presenta. Las integrantes del grupo de atención temprana refieren que si bien se detecta esta dificultad en el lenguaje la edad es muy temprana como para clasificarla como una discapacidad y que, por lo tanto se enfocan en tratar de prevenir, dentro de lo posible, esta o cualquier discapacidad que pueda presentarse a futuro. La siguiente que se presenta es la discapacidad motriz pero que en estos casos se puede observar desde muy pequeños y que por lo tanto, implica un seguimiento mucho más temprano.

En lo que respecta al sitio de trabajo, el 44% de los encuestados se desempeña profesionalmente tanto en el ámbito público como privado. Del porcentaje restante el 41% sólo se dedica al ámbito público y el 15% sólo al privado.

En relación a la frecuencia de pacientes que reciben los kinesiólogos sólo un 25% recibe frecuentemente este tipo de pacientes y quienes trabajan en la institución pública no atienden niños que requieran este tipo de tratamiento. Pero cuando ocurre algo como lo planteando anteriormente lo pediatras son los encargados de derivar al paciente al profesional que consideren idóneo para su atención. En este caso, 4 de los 9 médicos encuestados derivan casi siempre al kinesiólogo, mientras 2 manifiestan derivar dentro de la institución al centro de atención temprana quienes no cuentan con uno.

La utilización de test previos y escalas de valoración son de gran importancia al momento de plantear un tratamiento. En este caso se indagó tanto a los integrantes del grupo de Atención Temprana como a los kinesiólogos, ya que son quienes reciben a los niños luego de un diagnóstico médico. Del primer grupo el 60% realiza evaluaciones previas a los niños, el 25% son evaluaciones de tono pasivo, otro 25% de tono activo y el 31%

evaluaciones posturales y de los reflejos, destacando que estas son llevadas a cabo por la terapeuta ocupacional. Mientras que el 19% restante realiza otro tipo de evaluaciones, relacionadas al nivel socioeconómico del niño y la familia.

Todos los kinesiólogos destacan la importancia de realizar evaluaciones previas al tratamiento, basándose en que contribuye a conocer el estado inicial del paciente, desde que punto abordarlo y como una herramienta fundamental para decidir el tratamiento más adecuado para cada niño. El 43% son evaluaciones posturales, el 26% de tono activo y el 31% de tono pasivo.

El test de screening de mayor preferencia es el perfil psicomotriz, seleccionado por 7 de los 8 kinesiólogos encuestados. Es considerada una escala de las más confiables y más conocidas en el ámbito kinésico. Los profesionales deciden utilizarla para saber en qué áreas enfocarse con mayor ímpetu, para establecer una línea de seguimiento durante el tratamiento y para poder también comparar lo normal con lo patológico.

Al momento de recibir un paciente que requiera estimulación temprana los kinesiólogos manifiestan que es importante determinar el área a enfocarse, 5 de los 8 encuestados deciden abocarse al área motriz principalmente pero sin descuidar las demás áreas, mientras los otros 3 prefieren enfocarse en todas las áreas por igual.

El juguete y el juego son los medios preferidos para comunicarse con el paciente, todos los kinesiólogos coinciden en que es una parte fundamental del tratamiento. Consideran que es un medio para mejorar la comunicación con el niño, una forma distinta de estimularlo y de poder concentrar su atención. De manera más específica es una herramienta para conseguir patrones de movimiento, siempre y cuando sean adecuados a la edad.

Entre los métodos más utilizados el más seleccionado es el Bobath por todos los kinesiólogos encuestados, 3 de ellos también reconocen en menor medida el método Votja.

La familia es una parte muy importante en estos casos, todos los kinesiólogos están a favor de la dirección de pautas a los padres y del trabajo en conjunto. Consideran que deben ser una parte activa del tratamiento ya que son ellos los que comparten más tiempo con el niño, podrán fortalecer su vínculo y, guiados por el profesional, lograrán aplicar los logros obtenidos en las sesiones. Es importante educar a los padres y que estos sean conscientes del acompañamiento.

Otra de las áreas de enfoque es el trabajo interdisciplinario con los demás profesionales de la salud. En este caso el trabajo interdisciplinario del kinesiólogo estaría relacionado a los pediatras y a los integrantes del centro de Atención Temprana. Al indagar a estos grupos sobre su conocimiento en cuanto al rol que el kinesiólogo, el 5 de los 9 pediatras manifiesta estar medianamente informado y lo mismo ocurre con 4 de los 10

integrantes del equipo. Contrariamente, 3 de los 10 integrantes de este equipo manifiesta no estar informado sobre el rol del kinesiólogo. Lo que representa un obstáculo para el trabajo interdisciplinario.

De los tres grupos encuestados el 55% considera muy necesaria la inclusión del kinesiólogo en el campo de la estimulación temprana, el 30% lo considera necesario en muchos casos y el 15% restante sólo en casos puntuales. Los profesionales refieren que el trabajar en conjunto es la mejor forma de atención, se establece un abordaje integral que permite, que todos los tratantes tengan el mismo enfoque y que la toma de decisiones sea interdisciplinaria. La visión de los demás profesionales hacia el kinesiólogo se asocia principalmente a patologías neurológicas, aquí es donde resaltan su importancia ya que muchos destacan que en la atención pública no hay quien se dedique a este tipo de pacientes.

Al no poseer un kinesiólogo en el equipo, se indagó a sus integrantes sobre la idea de incluirlo dentro de su sistema de trabajo. De los 10 profesionales, 8 manifiestan que sería muy importante tener un kinesiólogo en muchos casos, mientras que los dos restantes no lo consideran necesario.

En conclusión, se destaca que al momento de trabajar con un paciente que requiere estimulación temprana, los kinesiólogos comienzan con evaluaciones de tono, posturales y de reflejos para evaluar el punto de partida en el que se encuentran. Se apoyan en test de screening para tener una línea de seguimiento y evaluar la eficacia del tratamiento posteriormente. Combinan diferentes técnicas, pero la mayoría prefiere Bobath por su eficacia y conocimiento, y logran comunicarse con el niño a través del juego y de los juguetes, siempre adecuados a su edad. Asimismo, consideran a la familia como una parte importante del tratamiento, dando pautas a los padres y educándolos para manejarse con sus niños de la mejor manera.

Si bien la mayoría de los profesionales considera importante la inclusión del kinesiólogo en tratamiento que requieran estimulación temprana, es un área poco explorada y de escasa información, incluso para la institución pública, que posee kinesiólogos pero no de dedican a estos casos.

Por lo tanto, surgen interrogantes para investigaciones futuras:

¿De qué forma se puede informar a los profesionales y a la población sobre el rol que cumple el kinesiólogo?

¿Qué ocurre con los pacientes que requieren kinesiólogía, pero concurren a la institución pública por no poseer una obra social que les permita atenderse en el ámbito privado?

Bibliografía



- ✓ Amate, A. y Vázquez, A. (2006). *Discapacidad: lo que todos debemos saber*. Washington D. C.: Organización panamericana de la Salud.
- ✓ Amiel-Tison, C. y Gosselin, J. (2006). *Desarrollo neurológico de 0 a 6 años: etapas y evaluación*. Madrid: Narcea S. A.
- ✓ Arcas, M. A. y col. (2006). *Tratamiento fisioterápico en pediatría*. Sevilla: MAD S. L.
- ✓ Asociación Española de Pediatría (2008). *Atención temprana: recursos y pautas de intervención en niños de riesgo o con retrasos de desarrollo*. Recuperado de <http://www.aeped.es>.
- ✓ Bly, L. (1994). *Motor skills acquisition in the first year: an illustrated guide to normal development*. Arizona: Elsevier science & technology.
- ✓ Bly, L. (2011). *Components of typical and atypical motor development*. California: Neuro developmental treatment association.
- ✓ Bobath, B. & Bobath, K. (1984). *Motor development in the different types of cerebral palsy*. Filadelfia: J. B. Lippincott.
- ✓ Cabrera, M. y Sánchez Palacios, C. (2002). *La estimulación precoz: un enfoque práctico*. Madrid: Siglo XXI.
- ✓ Carrascosa Cebrián, S. (1999). *La respuesta educativa a los alumnos gravemente afectados en su desarrollo*. Madrid: Centro de publicaciones del ministerio de educación y cultura.
- ✓ Cedrón, S. (2009). Estimulación Temprana: Una clínica interdisciplinaria de los trastornos del desarrollo infantil. *Perspectivas en psicología*, 6, 59- 65.
- ✓ Contreras Jordán, R., Gómez Barreta, I. y Madrona, P. (2008). Habilidades motrices en la infancia y su desarrollo desde una educación física animada. *Revista Iberoamericana de Educación*, 48.
- ✓ Costa, M. y col. (2008). *Juego, juguetes y atención temprana*. Alicante: AIJU. Recuperado de <http://www.aiju.info>

- ✓ Coutiño León, B. (2002). Desarrollo psicomotor. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 14, 58-60.
- ✓ Cuevas, P., Sáenz Rico, S. y Valle Trapero, M. (1993). Proyecto de Intervención Temprana para niños de alto riesgo biológico, ambiental con alteraciones y minusvalías documentadas. *Revista Complutense de Educación*, 4, 113- 129.
- ✓ Davies, P. M. (2002). *Pasos a seguir: tratamiento integrado de pacientes con hemiplejía* (2ª ed.). Madrid: Médica Panamericana.
- ✓ Defontaine, J. (1978). *Manual de reeducación psicomotriz* (vol. 1) Barcelona: Médica y técnica S.A.
- ✓ Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (2004). *Libro blanco de la atención temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- ✓ García, J. F. (2009). *Evaluación clínica y tratamiento de la espasticidad*. Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana.
- ✓ García Alix, A. y Quero, J. (2012). *Evaluación neurológica del recién nacido*. Madrid: Díaz de Santos S. A.
- ✓ García Lucas, I., Pelliser Alonso, M.,Paniagua, R.,Galvez Dominguez, D., Arcas Patricio, M. A. & León Castro, J. (2004). *Manual de fisioterapia: Neurología, pediatría y fisioterapia respiratoria*. (Vol. 2). Sevilla: MAD S. L.
- ✓ García Sanchez, F. A. y Mendieta García M. (1998). Análisis del tratamiento integral de atención temprana. *Revista de Atención Temprana*, 1, 1, 37- 43.
- ✓ Gomez Artiga, A. (2003). *Intervención temprana: Desarrollo óptimo de 0 a 6 años*. Madrid: Pirámide.
- ✓ Grenier, M. (2000). La estimulación temprana: un reto del siglo XXI. Recuperado de <http://www.campus-oei.org>
- ✓ Hernandez Rodriguez, M. (1994). *Pediatría* (2a ed.). Madrid: Díaz de Santos S.A.

- ✓ Herrero Jimenez, A. (2000). Intervención psicomotriz en el primer ciclo de educación infantil: Estimulación de situaciones sensoriomotoras. *Revista Interuniversitaria de Formación del profesorado*, 37, 87- 102.
- ✓ Josse, D. (1997). *Brunet- Lézine Revisado: escala de desarrollo motor de la primera infancia*. Madrid: Psymtéc.
- ✓ Junqué, C. y Barroso, J. (2009). *Manual de neuropsicología*. España: Síntesis S. A.
- ✓ Katona, F. (1982). *Manual de prevención, diagnóstico y rehabilitación precoz de los daños cerebrales del recién nacido y primeros meses de vida*. Madrid: Egraf SA
- ✓ Kovacs, M. (1999). Neurobiología y educación temprana. *Ponencia presentada en el Congreso de Vitoria*, 6- 9.
- ✓ Lacasta, J., Rueda, P. y Tamarit, J. (1999). *Manual de las buenas prácticas para la atención temprana*. Madrid: Confederacion Española de organizaciones en favor de las personas con retraso mental.
- ✓ Medina Salas, A. (2002). La estimulación temprana. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 14, 63- 64.
- ✓ Meisels, S. J. (2000). *Handbook of early childhood intervention* (2da ed.). New York: Candbridge Unviersity Press.
- ✓ Perpiñan, S. (2009). *Atención temprana y familia: como intervenir creando entornos competentes*. Madrid: Narcea.
- ✓ Piaget, J. (1926) *La representación del mundo infantil*. Madrid: Morata
- ✓ Piper, M. C., Pinnell, L. E., Darrah, J., Maguire, T., & Byrne, P. J. (1992). *Construction and validation of the Alberta Infant Motor Scale*. Michigan: Saunders.
- ✓ Rico Bañón, D. (2009). *Instrumentos de evaluación y diagnóstico en la edad comprendida de 0 a 6 años: Descripción, utilización y grado de satisfacción en los Centros de Atención Temprana de la Comunidad Valenciana*. Trabajo de investigación. Universidad de Valencia, Valencia.

- ✓ Sánchez Zuñiga & col. (2009). Factores de riesgo y signos de alarma para daño neurológico en niños en niños menores de un año de edad. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 10, 4, 259- 263.
- ✓ Votja, V. (1991). *Alteraciones motoras cerebrales infantiles: Diagnóstico y tratamiento precoz*. Madrid: Morata S. L.
- ✓ Votja, V. y Peters, A. (1995). *El principio Votja: juegos musculares en la locomoción refleja y en la ontogénesis motora*. Barcelona: Springer- Verlag Ibérica, S. A.
- ✓ West, J. (1994). *Terapia de juego centrada en el niño*. México: Manual Moderno.
- ✓ Sitios web consultados:
 - <https://www.fisipediatrica-colombus.blogspot.com.ar>
 - <http://www.sinergiasong.org>

El rol del kinesiólogo en la Estimulación Temprana y los criterios de evaluación y estrategias que implementa

UNIVERSIDAD FASTA
FACULTAD DE CS. MEDICAS
LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA
COLABELLI, ANA PAULA



La estimulación temprana se conoce cómo la intervención terapéutica compuesta por medios, técnicas y actividades destinada a desarrollar el máximo potencial físico, cognitivo, emocional y social de cualquier niño con un alto riesgo ambiental y/o biológico. Se desarrolla durante los primeros años de vida, donde según Piaget, se corresponde con la inteligencia sensitivo-motora. El niño responde a estímulos sensitivos con repuestas motoras. Cuando las familias se enfrentan a esta situación es necesario que el niño esté a cargo de un profesional competente y capacitado para asumir el rol como terapeuta de acuerdo a las potencialidades de cada paciente.

Objetivo: Evaluar cuál el rol del kinesiólogo dentro de la Estimulación Temprana y los criterios de evaluación y estrategias que implementa en niños de 0 a 2 años de la ciudad de Balcarce tanto en el ámbito público como privado durante el año 2016.

Materiales y Método: Es una investigación descriptiva, no experimental y observacional transversal. A través de una encuesta se indaga a médicos pediatras, kinesiólogos e integrantes del equipo de atención temprana, tanto del ámbito privado y como publico de la ciudad de Balcarce.

Resultados: Se registró que 23 de los 27 encuestados refieren que las patologías más frecuentes son las neurológicas. El 55% de ellos considera muy necesaria la inclusión del kinesiólogo dentro del equipo interdisciplinario, destacando el abordaje integral hacia el paciente. El 20% lo considera importante siempre que esté ligada a un trastorno motriz. Un menor porcentaje considera la inclusión, ya que en la entidad pública los kinesiólogos no se abocan a este tipo de trastorno.

Todos los kinesiólogos realizan evaluaciones previas de tono, postura y reflejos, 4 de los 8 kinesiólogos lo realizan para poder plantear un tratamiento adecuado y garantizado, 3 manifiestan que es el mejor punto de partida previo al tratamiento. En cuanto a test de screening, el más seleccionado es el perfil psicomotriz por 7 de ellos. En su enfoque 5 de estos 8 profesionales se abocan principalmente al área motriz sin dejar de considerar las demás áreas, mientras que 3 se abocan a todas las áreas por igual. El método más utilizado es Bobath por 5 de ellos. Utilizan principalmente el juguete como medio para estimular al niño, como herramienta para poder comunicarse con él y mantener su concentración. La mayoría de ellos coincide en que los padres deben formar parte del tratamiento e involucrarse en las terapias del niño, debido al tiempo que pasan con sus hijos y siempre guiados por el profesional.

Conclusión: Los kinesiólogos comienzan con evaluaciones de tono, posturales y de reflejos para evaluar el punto de partida en el que se encuentran. Se apoyan en test de screening para tener una línea de seguimiento y evaluar la eficacia del tratamiento posteriormente. Combinan diferentes técnicas, pero la mayoría prefiere Bobath por su eficacia y conocimiento y logran comunicarse con el niño a través del juego y de los juguetes, siempre adecuados a su edad. Si bien la mayoría de los profesionales considera importante la inclusión del kinesiólogo en el equipo, es un área poco explorada y de escasa información, incluso para la institución pública.

Inclusión del kinesiólogo



Evaluaciones previas



El uso de juguete



Dirección de pautas a los padres



REPOSITORIO DIGITAL DE LA UFASTA⁶⁵ AUTORIZACION DEL AUTOR

En calidad de TITULAR de los derechos de autor de la obra que se detalla a continuación, y sin infringir según mi conocimiento derechos de terceros, por la presente informo a la Universidad FASTA mi decisión de concederle en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado la autorización para:

- ✓ Publicar el texto del trabajo más abajo indicado, exclusivamente en medio digital, en el sitio web de la Facultad y/o Universidad, por Internet, a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha especificada.
- ✓ Permitir a la Biblioteca que sin producir cambios en el contenido, establezca los formatos de publicación en la web para su más adecuada visualización y la realización de copias digitales y migraciones de formato necesarias para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra.

1. Autor:

Apellido y Nombre: Colabelli, Ana Paula

Tipo y N° de Documento: DNI N°34469524

Teléfono/s: (02266) 15449978

E-mail: ana_colabelli@hotmail.com

Título obtenido: Licenciada en Kinesiología.

2. Identificación de la Obra:

“Rol del Kinesiólogo en la Estimulación Temprana, criterios de evaluación y técnicas que implementa”.

Fecha de defensa ____/____/20____

- 3. AUTORIZO LA PUBLICACIÓN BAJO CON LA LICENCIA Creative Commons (recomendada, si desea seleccionar otra licencia visitar <http://creativecommons.org/choose/>)**



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

4. NO AUTORIZO: marque dentro del casillero

NOTA: Las Obras (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación) **no autorizadas** para ser publicadas en TEXTO COMPLETO, serán difundidas en el Repositorio Institucional mediante su cita bibliográfica completa, incluyendo Tabla de contenido y resumen. Se incluirá la leyenda “Disponible sólo para consulta en sala de biblioteca de la UFASTA” en su versión completa.

Firma del Autor, Lugar y Fecha

⁶⁵ Esta Autorización debe incluirse en la Tesina en el reverso o pagina siguiente a la portada, debe ser firmada de puño y letra por el autor. En el mismo acto hará entrega de la versión digital de acuerdo a formato solicitado.

