



Mi Universidad

Ensayo

Nombre del Alumno: Eleazar Lázaro Alvarado

Nombre del tema: Evaluación y maduración psicomotriz en la persona pediátrica

Parcial: 2do Módulo

Nombre de la Materia: Enfermería del niño y adolescente

Nombre del profesor: Alfonso Velázquez Ramírez

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 5to Cuatrimestre Grupo: "B"

INTRODUCCIÓN

El siguiente ensayo tratará sobre la evaluación psicomotriz en la persona pediátrica menor de 3 años y sobre la maduración psicomotriz en el mismo grupo etareo. Por lo tanto se define el desarro psicomotor como el proceso de incremento de capacidades neuromotoras, cognitivas y psicosociales, que tiene lugar en la vida del niño durante sus primeros años. Corresponde tanto a la maduración de las estructuras nerviosas como al aprendizaje que el niño hace descubriéndose a sí mismo y al mundo que le rodea.

La evaluación del desarrollo psicomotor de un menor es un proceso complejo, que precisa un seguimiento a lo largo del tiempo. Los controles de salud infantil permiten una detección precoz de problemas y una intervención temprana, de ahí la importancia de conocer en las distintas edades, los principales hitos evolutivos indicativos de un desarrollo saludable y ajustado a la norma.

Por otra parte, la maduración psicomotriz, se basa en una programación innata que obedece a cambios que son biológicos pero que están modificados en forma constante por el entorno o hábitat.

Redactaré como se cumple la maduración psicomotriz siguiendo los cuatros ejes directrices: de cefálico a caudal; de proximal a distal; de reflejo a cortical; de involuntario a voluntario.

Evaluación psicomotriz en la persona recién nacida de 0 a 2 años

Los puntos claves en la valoración del desarrollo psicomotor son: 1.- Conocer el desarrollo normal de un lactante. 2.-Conocer las variantes de la normalidad. 3.- Detectar signos de alarma. 4.- Disponer de instrumentos sencillos de diagnóstico y detección precoz. En general, durante el primer año se podrán diagnosticar la mayoría de los trastornos más graves del desarrollo: formas severas y medias de parálisis cerebral, de retraso mental y déficits sensoriales. A lo largo del segundo año, pueden detectarse las formas moderadas o leves de los trastornos anteriores, así como los correspondientes al espectro autista.

Historia clínica detallada - Exploración y valoración neuroevolutiva (Anexo I, Anexo VIII) - Preguntar a los padres acerca de la evolución del menor y prestar atención a sus preocupaciones respecto al desarrollo de sus hijos/as. Las preocupaciones de los padres deben ser siempre tenidas en cuenta, ya que suelen ser los primeros en darse cuenta de que algo no marcha como era de esperar. - Test de evaluación (Test de Denver II, el Haizea-Llevant, Chat, M-Chat,...) son herramientas muy utilizadas y orientativas aunque con limitaciones derivadas de su interpretación, por tanto no deben ser concluyentes a la hora de establecer un diagnóstico. (Anexo II)

Según la secretaria de Educación continua de Argentina, dice que las herramientas o los recursos para la evaluación psicomotriz son:

- Historia clínica detallada
- Exploración y valoración neuroevolutiva
- Preguntar a los padres acerca de la evolución del menor y prestar atención a sus preocupaciones respecto al desarrollo de sus hijos/as. Las preocupaciones de los

padres deben ser siempre tenidas en cuenta, ya que suelen ser los primeros en darse cuenta de que algo no marcha como era de esperar.

- Test de evaluación (Test de Denver II, el Haizea-Llevant, Chat, M-Chat,...) son herramientas muy utilizadas y orientativas aunque con limitaciones derivadas de su interpretación, por tanto no deben ser concluyentes a la hora de establecer un diagnóstico.
- Signos de alerta. Los signos de alerta nos obligan a ser exhaustivos en la exploración y la historia clínica, valorando en su conjunto el desarrollo del niño, ya que un signo aislado es poco valorable.

Los métodos de evaluación del desarrollo psicomotor que utilizamos en Clavé son básicamente dos, por un lado utilizamos pruebas estandarizadas y por otra parte, realizamos un estudio del desarrollo psicomotor a partir del método Padovan. En cuanto a las pruebas estandarizadas utilizamos básicamente dos la Escala McCarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños (MSCA) y el Inventario de Desarrollo Battelle.

El Inventario de Desarrollo Battelle, se trata de un inventario muy completo de evaluación del desarrollo infantil muy completa desde los 0 a los 8 años por ítems evolutivos. Dentro de la escala de motricidad encontramos diferentes subareas como en el resto de escalas de esta prueba, en concreto en el área motriz podemos valorar: Motricidad fina, Motricidad gruesa, Motricidad perceptiva

La otra estrategia básica de diagnóstico que utilizamos en relación al desarrollo psicomotor es la valoración de los movimientos clave mediante el método Padovan, empezando la valoración des de los movimientos más básicos, empezando siempre por el plano horizontal en la realización del patrón homolateral y valorando el resto de los movimientos básicos con la finalidad de valorar en que estadio se encuentra el niño y a partir de aquí iniciar el plan de intervención.

Según la OMS, la motricidad gruesa se hace referencia a las capacidades motoras de una persona en las que se implican grupos musculares grandes. La intervención de este tipo de músculos permiten hacer movimientos en los que se activa todo el cuerpo o gran parte de una extremidad, como por ejemplo gatear, caminar, saltar, etc.

Durante los primeros años de vida, el desarrollo de este tipo de motricidad es fundamental para que se adquiera la capacidad de control sobre la postura, el equilibrio del cuerpo y la marcha.

En este caso se evalúa el **control postural**, cuando acaba de nacer, el bebé no es capaz de controlar su postura de forma voluntaria, ni tampoco sostener en correcto equilibrio su cabeza. Es por ello que en las primeras semanas de vida, lo recomendable es que la criatura se encuentre tumbada.

Pasados los dos meses el bebé ya ha adquirido la suficiente capacidad como para mantenerse con cierto equilibrio, pudiendo sentarse erguidos con ayuda de sus cuidadores.

Cuando ya se acerca el primer año de vida, los infantes han adquirido la suficiente capacidad como para poder sentarse encima de una silla por ellos mismos.

Aprender a caminar: Relacionado con el punto anterior, para poder lograr caminar erguido primero debe tener el suficiente control postural para poder mantenerse erguido. Además de ello, requerirá fuerza en las piernas, la cual habrá adquirido tras varios meses gateando y poniendo encima de ellas parte del peso del tronco, con la ayuda de los brazos.

De igual forma la OMS desarrolla el término de motricidad fina ya a diferencia de su contraparte, se implican grupos musculares pequeños, los cuales, mayormente, se encuentran en las manos, especialmente en las muñecas y dedos. Esta capacidad es destacable en la especie humana, dado que se posee un alto control de los movimientos de los dedos de las manos, permitiendo agarrar objetos, escribir, tocar el piano o hacer gestos.

Maduración psicomotriz de 0 a 2 años

La Clínica Universidad de Navarra plasma que el término desarrollo psicomotor designa la adquisición de habilidades que se observa en el niño de forma continua durante toda la infancia. Corresponde tanto a la maduración de las estructuras nerviosas (cerebro, médula, nervios y músculos...) como al aprendizaje que el bebé -luego niño- hace descubriéndose a sí mismo y al mundo que le rodea.

La maduración neurológica o psicomotriz se cumple siguiendo cuatro ejes directrices: de cefálico a caudal; de proximal a distal; de reflejo a cortical; de involuntario a voluntario.

Los dos primeros marcan el sentido de la mielinización del tracto córtico-espinal, piramidalo motor que es el que determina el movimiento voluntario de todos los vertebrados. Este proceso se inicia con el nacimiento y se completa durante el primer año de vida. Son necesarios 3 meses para mielinizar el nivel cervical de la médula (hecho que le permitirá al bebé adquirir el sostén cefálico) y otros tres meses para completar la mielinización dorso-lumbar y lograr la sedestación independiente, cumpliendo con la ley de maduración céfa-lo-caudal. Durante el tercer trimestre se mielinizarán progresivamente (de proximal a distal), los plexos braquial y lumbosacro, permitiendo que el pequeño pueda gatear y bipedestar. Al año, la mielinización del haz piramidal se habrá completado, alcanzando las terminaciones nerviosas de los dedos de manos y pies, hecho que le permitirá al bebé usar la pinza digital superior (oponiendo las yemas de los dedos pulgar e índice) y en los miembros inferiores, junto con la pérdida del reflejo de prensión plantar, comenzar la deambulación voluntaria e independiente.

Un estudio de la Dr. Liliana Czornyj pediatra neuróloga infantil afirma que el tercer eje directriz, el recién nacido se encuentra regido por reflejos arcaicos de origen subcortical, la mayoría de los cuales desaparecerán al terminar el primer trimestre de vida y el resto se desvanecerán progresivamente durante el transcurso del primer año. El resultado de esta modificación es el pasaje del movimiento involuntario a voluntario. En este momento, el niño logra completar el cuarto eje directriz, con el dominio cortical de sus movimientos, totalmente imbricados con sus deseos en desarrollo.

El lactante del primer trimestre

En las diversas fuentes de información llegué a analizar que el lactante del primer trimestre está regido por el dominio subcortical de su sistema nervioso central, como se lo recuerda su pasado filogenético, y obligado a responder de manera refleja e idéntica a todos los estímulos, tantas veces como haga falta, hasta alcanzar el dominio cortical y voluntario del movimiento. Su desarrollo se cumplirá en base a la caducidad, inhibición o superación de estos reflejos que, al desaparecer, conducirán al surgimiento de nuevas conexiones ínter-neuronales con la corteza cerebral, más evolucionadas que las primeras.

En los breves ratos en que está despierto conoce al mundo, que para esa época está reducido a su boca y la teta de mamá. Esta unión se realiza gracias a la puesta en marcha de un complejo conjunto de reflejos orales cuya sinergia permite la difícil pero vital tarea de la alimentación: el reflejo de los 4 puntos cardinales o de búsqueda y el reflejo de succión-deglución. Por otra parte, en decúbito dorsal y en vigilia, los movimientos del lactante son escasos y desordenados durante todo el primer trimestre. Obedecen a cambios tónicos asimétricos de los músculos del cuello y a los impulsos flexores y aductores que el niño va perdiendo progresivamente a lo largo del primer año

Si se mantiene al niño erecto y suspendido, asiéndolo firmemente por los flancos y el tórax, puede observarse el bamboleo de la cabeza que tiende a caer preferentemente hacia atrás; este bamboleo se incrementa cuando, en un movimiento de rápido vaivén, se hace girar el tronco para examinar la pasividad; los miembros, que mantienen la flexión, sufren menos desplazamiento que la cabeza.

El lactante del segundo trimestre

Tiene una personalidad peculiar: suele mostrarse especialmente durante el tercero y el cuarto mes sereno y apacible, en contraste con la movilidad incansable que caracteriza al niño del período anterior. Es este trimestre, la edad de las grandes sonrisas indiscriminadas, de las miradas que saltan como de asombro en asombro, del interés preferente por el rostro humano, de las revisiones fáciles que gratifican a padres y pediatras. Comienza por entonces la clarificación de las relaciones entre el yo y el medio, y, al adquirir el niño nebulosa conciencia de sí mismo, empieza también a percatarse de que hay un mundo que lo rodea.

Tanto miembros superiores como inferiores están en la línea media, puesto que, como la cabeza, se han liberado de la asimetría tónica cervical; gracias a ello pueden entrecruzarse, contactar mano con mano y pie con pie, con lo que el lactante toma cada vez mayor conocimiento del diseño de su cuerpo.

La OMS afirma que cuando el niño cumple, aproximadamente, su primer año, empiezan a funcionar sus primeras redes de conexión lingüísticas. Las fibras nerviosas de la corteza frontal y parietal completan su mielinización y el niño empieza a pronunciar algunas palabras.

CONCLUSIÓN

Como conclusión de forma general, las secuencias del desarrollo son las mismas en todos, mientras que la velocidad y fechas de adquisición precisas dependen de cada niño y de factores diversos: la carga genética, el entorno donde se desenvuelven, el temperamento del niño, la existencia o no de enfermedades, la estimulación sensorial, etc.

En mi opinión como recomendación se necesita incentivar a cada niño/a según sus habilidades individuales realizando diversas actividades con el fin de adquirir nuevas capacidades físicas, cognitivas y sociales.

Extender un área con personal profesional en fisioterapia, el mismo que se encargaría en mejorar las destrezas y habilidades de cada niño/a y no hacer de esto un hábito diario.

Comprendí de estos temas, la manera en que la persona recién nacida va desarrollando sus capacidades psicomotrices y evaluarlas de forma correcta mediante técnicas y escalas comprobadas.

Referencias Bibliográficas

- <https://www.psycoedu.org/desarrollo-psicomotor-anos/?v=55f82ff37b55>
- <https://filadd.com/doc/pronap-pdf-clinica-pediatrica>
- <https://www.cun.es/chequeos-salud/infancia/desarrollo-psicomotor>
- <https://psicologiaymente.com/salud/tipos-de-motricidad>
- pediatrasandalucia.org/Pdfs/psi.pdf
- Soliz, F. (2012). Protocolo de diagnóstico e intervención psicopedagógica. Guía Nº 1 de diagnóstico rápido 0-5 años. Clínica Ambiental.
- <https://blog.cognifit.com/es/psicomotricidad-infantil>
- <https://www.serpadres.es/educacion/3887.html>
- <https://www.guiainfantil.com/articulos/bebes/desarrollo/tabla-del-desarrollo-de-los-ninos-de-0-a-6-anos/>
- <https://es.scribd.com/.../Programa-de-Estimulacion-Temprana-0-a-2-anos>