

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA



**IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE DESCARTE INICIAL PARA
LA DERIVACIÓN ADECUADA DE NIÑOS A ESTIMULACIÓN
TEMPRANA O FISIOTERAPIA INFANTIL EN THERA TEAM, 2025**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PRESENTADO POR BACHILLER

BARRETO VILLAVERDE VALERIA VANESSA

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN TECNOLOGÍA MÉDICA
ESPECIALIDAD DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

LIMA – PERÚ

2025

ASESOR Y AUTOR

ASESOR: LAVADO PANTOJA JUAN MIGUEL

CODIGO ORCID: 0000-0002-6992-7993

AUTOR: BARRETO VILLAVERDE VALERIA VANESSA

CODIGO ORCID: 0009-0001-1936-060X

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, a mi familia, por su amor, comprensión y apoyo incondicional.

También agradezco a mi asesor por su guía, paciencia y compromiso durante todo el proceso. Su experiencia y dedicación fueron fundamentales para el desarrollo de este trabajo.

Agradezco a cada uno de mis docentes de la facultad, por compartir sus conocimientos y formar parte de mi crecimiento académico y personal.

Finalmente, agradezco a todas las personas que, de una u otra forma estuvieron apoyándome en este proceso.

DEDICATORIA

En primer lugar, a Dios por darme la fuerza y el conocimiento que necesitaba para finalizar esta fase importante en mi vida.

A mis padres brindándome su amor sin condiciones y siendo un modelo de tenacidad.

A mi hermana por acompañarme siempre, tanto en los tiempos alegres como los complicados.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo mostrar la relevancia de realizar un primer descarte para detectar riesgos en el desarrollo motor, lo que permitiría decidir si se requiere enviar al niño a terapia física pediátrica o a estimulación temprana. Se examinó el caso del Centro de Rehabilitación Thera Team, donde se notó que muchos bebés no lograban alcanzar los hitos motores esperados para su edad. Se encontró que esta problemática estaba en gran medida vinculada a la falta de información que tienen los cuidadores sobre la estimulación temprana y la fisioterapia pediátrica. Al revisar diferentes investigaciones, se llegó a la conclusión de que los retrasos en el desarrollo motor pueden ser causados por aspectos biológicos o sociales, incluyendo una insuficiente estimulación en el entorno doméstico y el bajo nivel de educación de quienes cuidan a los niños. Los hallazgos resaltaron que formar a las familias desde el primer contacto mejora notablemente su implicación en el tratamiento y favorece el desarrollo motor del pequeño. En conclusión, se propuso incorporar el descarte inicial como estrategia clave para facilitar una derivación adecuada, promover intervenciones personalizadas y fortalecer el vínculo terapéutico con las familias.

Palabras clave: Desarrollo motor, Descarte inicial, Estimulación temprana, Fisioterapia, Hitos motores

ABSTRACT

This study aimed to demonstrate the importance of conducting an initial screening to identify risks in motor development, thus enabling a decision on whether to refer a child to pediatric physical therapy or early intervention. The case of the Thera Team Rehabilitation Center was examined, where it was observed that many infants were not reaching the expected motor milestones for their age. It was found that this problem was largely linked to caregivers' lack of information regarding early intervention and pediatric physical therapy. A review of various studies concluded that delays in motor development can be caused by biological or social factors, including insufficient stimulation in the home environment and the low level of education of those caring for the children. The findings highlighted that educating families from the first contact significantly improves their involvement in treatment and promotes the child's motor development. In conclusion, the initial screening was proposed as a key strategy to facilitate appropriate referrals, promote personalized interventions, and strengthen the therapeutic relationship with families.

Keywords: Early stimulation, Initial assessment, Motor development, Motor milestones, Physical therapy.

INTRODUCCIÓN

La adquisición de los hitos motores es un proceso fundamental mediante el cual el niño desarrolla nuevas habilidades para interactuar con su entorno, impulsando su progreso en áreas como la cognición, percepción, y su relación social y emocional.

Acciones como arrastrarse o andar aumentan su habilidad para investigar, manejar cosas, expresarse y obtener independencia, lo que ayuda al aprendizaje y favorece el desarrollo cerebral.

Además, estos logros funcionan como señales clave del desarrollo neurológico, puesto que permiten detectar precozmente posibles demoras o problemas que pueden ser tratados a tiempo mediante una intervención correcta.

Según Jing Hua et al. (2022), el retraso en los hitos motores puede deberse a diversos motivos tanto del ámbito biológico como del entorno. Entre las causas más frecuentes se mencionan la prematuridad, el bajo peso al nacer y ciertas complicaciones durante el periodo perinatal, como la hipoxia o infecciones, que pueden afectar el funcionamiento neuromotor del recién nacido. El estudio también señala que cuando existe un intervalo prolongado entre un hito y el siguiente, aumenta la probabilidad de presentar dificultades en la motricidad gruesa, fina y en el equilibrio en etapas posteriores. Asimismo, se destaca la influencia del contexto familiar y social, especialmente la estimulación ofrecida en el hogar y el nivel educativo de los cuidadores, en la velocidad del desarrollo motor infantil.

En el Centro de Rehabilitación Thera Team se ha detectado una problemática frecuente donde numerosos pacientes menores de un año no alcanzan los hitos motores acordes a su edad cronológica. En gran medida, muchos padres o cuidadores llegan al servicio sin contar con información clara sobre la necesidad de iniciar estimulación temprana o fisioterapia. Esta falta de conocimiento no solo limita la intervención desde el inicio, sino que también dificulta que la familia se involucre de forma activa en el proceso del desarrollo motor del menor.

Según Da Silva et al. (2024), la capacitación de los cuidadores tiene un efecto positivo en el desarrollo motor durante el primer año de vida. Esta acción adquiere mayor relevancia cuando las familias llegan al centro sin una comprensión básica sobre la importancia del descarte inicial. Es por ello que la falta de esta información limita la detección precoz de posibles dificultades e interfiere en la participación activa del entorno familiar en el desarrollo del menor. Por este motivo, brindar educación desde el primer contacto no solo favorece una mejor derivación, sino que también contribuye al progreso motor del niño.

Según Fernández Rego et al. (2012), la intervención desde edades tempranas puede ser beneficiosa para el desarrollo motor, siempre y cuando se adapte a las necesidades individuales del niño. Esta afirmación resalta la importancia de realizar un descarte inicial para ver algún factor de riesgo en el desarrollo motor desde el primer encuentro, a fin de establecer si el menor requiere estimulación o terapia física. A su vez, el estudio indica que el éxito de la intervención no es exclusivo de la técnica utilizada, sino también de la participación del cuidador, reforzándose la importancia de orientar a la familia desde el inicio del proceso.

La orientación adecuada de los padres de familia para el desarrollo de sus hijos requiere la valoración de factores biopsicosociales para identificar las capacidades y necesidades específicas de los infantes, determinando la derivación al programa de estimulación temprana o al servicio de fisioterapia pediátrica. Este procedimiento permite la toma de decisiones basadas en información y favorece la atención adecuada, oportuna, eficiente y centrada en el desarrollo integral del menor.

ÌNDICE

CARÁTULA	I
ASESOR Y AUTOR	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	VII
ÌNDICE	IX
INFORME ANTIPLAGIO	XI
CAPÍTULO I:	1
DESCRIPCIÓN DEL CENTRO LABORAL Y FUNCIONES DESEMPEÑADAS	1
1.1. DESCRIPCIÓN DEL CENTRO LABORAL	1
1.1.1 RAZÓN SOCIAL	1
1.1.2 SECTOR AL QUE PERTENECE	1
1.1.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	1
1.1.4 ÁREA DE DESEMPEÑO	2
1.2. DESCRIPCIÓN DE LAS FUNCIONES DESEMPEÑADAS Y SU VINCULACIÓN CON CAMPOS TEMÁTICOS DE LA CARRERA PROFESIONAL.	2
CAPÍTULO II	3
SITUACIONES PROBLEMÁTICAS Y CONTRIBUCIONES REALIZADAS	3
2.1 DESCRIPCIÓN DE UNA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA O CASO CLÍNICO QUE SE LE HUBIESE PRESENTADO EN EL AÑO QUE DESEMPEÑO SUS FUNCIONES.	3

2.2 CONTRIBUCIÓN EN LA SOLUCIÓN DE SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	4
CAPÍTULO III:	15
ANÁLISIS DE CONTRIBUCIONES Y BENEFICIOS OBTENIDOS	15
3.1 ANÁLISIS DE SU CONTRIBUCIÓN EN TÉRMINOS DE LAS COMPETENCIAS Y HABILIDADES ADQUIRIDAS DURANTE SU FORMACIÓN PROFESIONAL. EXPLICAR SI SU CONTRIBUCIÓN REQUIRIÓ LA CONSULTA A OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN.	15
3.2 EXPLICAR EL NIVEL DE BENEFICIO OBTENIDO POR EL CENTRO LABORAL DE SU CONTRIBUCIÓN A LA SOLUCIÓN DE LAS SITUACIONES PROBLEMÁTICAS.....	16
CAPÍTULO IV:.....	18
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	18
4.1 CONCLUSIONES.....	18
4.2 RECOMENDACIONES.....	18
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
ANEXOS.....	23

INFORME ANTIPLAGIO

Barreto Villaverde VALERIA VANESSA TSP - Valeria Vanessa Barreto Villaverde

 TRAB. SUF. PROF. POR TALLER

Detalles del documento

Identificador de la entrega
trmcolid:3117542464073

Fecha de entrega
20 dic 2025, 19:25 GMT-5

Fecha de descarga
20 dic 2025, 19:43 GMT-5

Nombre del archivo
TSP - Valeria Vanessa Barreto Villaverde.docx

Tamaño del archivo
3.7 MB

48 páginas

7368 palabras

43.021 caracteres




3% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- » Bibliografía
- » Texto citado
- » Coincidencias menores (menos de 15 palabras)

Fuentes principales

- 2%  Fuentes de Internet
- 0%  Publicaciones
- 2%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

*% detectado como IA

La detección de IA incluye la posibilidad de que haya falsos positivos. Aunque cierto texto en esta entrega se generó probablemente con IA, los puntajes inferiores al umbral del 20 % no aparecen porque tienen una mayor probabilidad de falsos positivos.

Precaución: Se necesita revisión.

Es esencial comprender los límites de la detección de IA antes de tomar decisiones acerca del trabajo del estudiante. Te alentamos a obtener más información acerca de las funciones de detección de IA de Turnitin antes de usar la herramienta.

Aviso legal

Nuestra evaluación de escritura con IA está diseñada para ayudar a los académicos a identificar texto que podría haberse preparado mediante una herramienta de IA generativa. Es posible que nuestra evaluación de escritura con IA no siempre sea precisa (existe la posibilidad de que identifique erróneamente redacciones probablemente generadas por humanos como generadas por IA, y redacciones probablemente generadas por IA como generadas por humanos), por lo que no debe usarse como único fundamento para aplicar sanciones a un estudiante. Para determinar si es un caso de deshonestidad académica, se necesita de un escrutinio mayor y el juicio humano, junto con la aplicación de las políticas académicas específicas de la organización.

Preguntas frecuentes

¿Cómo debería interpretar los falsos positivos y el porcentaje de escritura con IA de Turnitin?

El porcentaje que se muestra en el reporte de escritura con IA es la cantidad del texto calificado en la entrega que el modelo de detección de escritura con IA de Turnitin determina se generó probablemente con IA desde un modelo de lenguaje de gran tamaño.

Los falsos positivos (que marcan incorrectamente alertas de texto escrito por humanos como generado con IA) son una posibilidad en los modelos de IA.

Los puntajes de detección de IA inferiores al 20 %, que no aparecen en reportes nuevos, tienen una mayor probabilidad de ser falsos positivos. Para reducir la probabilidad de malinterpretación, no se atribuye ningún puntaje o resaltado y se indican con un asterisco en el reporte (*%).

El porcentaje de escritura con IA no debe ser el único fundamento para determinar si ha ocurrido una mala conducta. El revisor/instructor debería usar el porcentaje como un medio para iniciar una conversación formativa con sus estudiantes o usuario para examinar el ejercicio entregado según las políticas de la escuela.

¿Qué significa 'texto calificado'?

Nuestro modelo sólo procesa texto calificado en la forma de escritura de formato largo. La escritura de formato largo se refiere a los enunciados individuales en párrafos que constituyen una parte más grande del trabajo escrito, como un ensayo, una disertación, un artículo, etc. El texto calificado que se ha determinado que se generó probablemente con IA se resaltará en color cian en la entrega.

El texto no calificado, como viñetas, bibliografías comentadas, etc., no se procesará y puede crear disparidad entre los puntos destacados de la entrega y el porcentaje mostrado.



CAPÍTULO I: DESCRIPCIÓN DEL CENTRO LABORAL Y FUNCIONES DESEMPEÑADAS

1.1. DESCRIPCIÓN DEL CENTRO LABORAL

1.1.1 RAZÓN SOCIAL

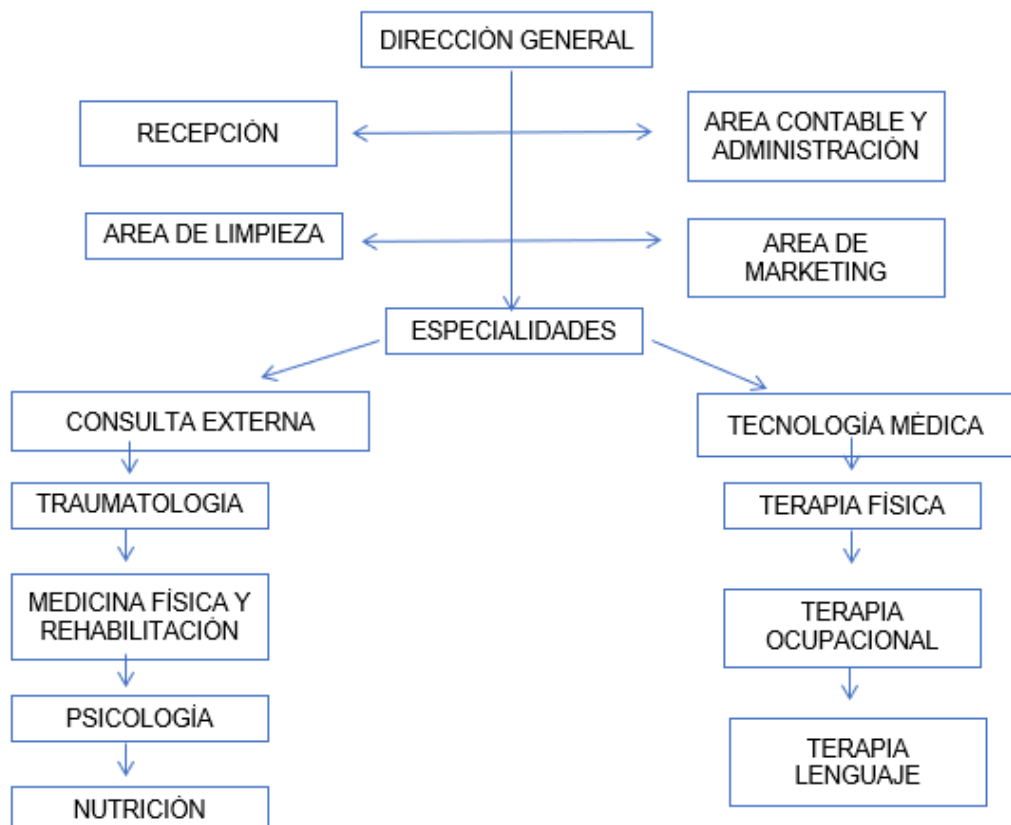
Centro de Rehabilitación Integral JMJ SAC con RUC. N°20537767104

El Centro Thera Team se encuentra en la Av. Cesar Vallejo Sector 3, Grupo19, MZ P LT. 1 en el distrito de Villa el Salvador.

1.1.2 SECTOR AL QUE PERTENECE

El Centro de Rehabilitación Thera Team labora dentro del sector de Salud.

1.1.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL



1.1.4 ÁREA DE DESEMPEÑO

Área de terapia física y rehabilitación.

1.2. DESCRIPCIÓN DE LAS FUNCIONES DESEMPEÑADAS Y SU VINCULACIÓN CON CAMPOS TEMÁTICOS DE LA CARRERA PROFESIONAL.

Cargo desempeñado: Terapeuta Físico

Funciones realizadas:

Evaluación: Es el proceso a través del cual el fisioterapeuta recopila información del paciente, abarcando su historial médico, la evaluación física y diferentes exámenes relacionados con la funcionalidad motora, la postura, la movilidad y la fuerza, entre otros factores. Esta valoración permite identificar una línea base funcional y determinar las áreas que presentan déficit o posibles riesgos.

Diagnóstico: No está relacionado directamente con el diagnóstico médico de una patología, sino que se trata de uno de carácter funcional. Este consiste en identificar y clasificar los signos, síntomas y alteraciones del movimiento o de la función que el fisioterapeuta está en capacidad de intervenir.

Tratamiento: La dosificación de los ejercicios terapéuticos, junto con la aplicación de técnicas manuales y el empleo de agentes físicos, permite mejorar la movilidad, disminuir el dolor y favorecer la recuperación funcional de las personas.

En el área pediátrica, la intervención se orienta a niños con dificultades motoras, alteraciones posturales o retrasos en su desarrollo, utilizando estrategias lúdicas y acordes a su edad para estimular sus habilidades físicas y apoyar su participación en las actividades diarias.

CAPÍTULO II

SITUACIONES PROBLEMÁTICAS Y CONTRIBUCIONES REALIZADAS

2.1 DESCRIPCIÓN DE UNA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA O CASO CLÍNICO QUE SE LE HUBIESE PRESENTADO EN EL AÑO QUE DESEMPEÑO SUS FUNCIONES.

El bienestar de los hijos es la preocupación recurrente de los padres de familia, así como la generación de oportunidades de desarrollo integral, dentro del contexto en el que se desenvuelven. El Centro de Rehabilitación Thera Team recibe la visita y consulta frecuente de padres de familia que tienen la intención de inscribir a sus hijos, menores de un año, en alguno de los programas del Servicio de Pediatría, pero ¿cuál es el programa adecuado? ¿cuál es el nivel de desarrollo que presentan? ¿conocen las características del desarrollo infantil? ¿siguen el control de desarrollo? La elección del programa, sea Estimulación Temprana o Fisioterapia Infantil, dependerá de cierta información que sería adquirida por medio de un descarte o evaluación inicial que permita determinar las características y el nivel de desarrollo psicomotor, el desconocimiento de la misma puede mantener retrasos en los hitos motores o intervenciones que no se ajustan a las necesidades de los niños.

La falta de estrategias preventivas previas al inicio de cualquier programa de estimulación o atención temprana no asegura la derivación adecuada ni el cumplimiento de objetivos, por lo que implementar un tamizaje o evaluación inicial de descarte podría significar mayor satisfacción de los padres con el logro de resultados, mayor y mejor información sobre su niño, ahorro de tiempo y económico.

Diversas investigaciones (BMC Pediatría, 2023; Silva, 2008) resaltan la detección temprana de retrasos o dificultades neuromotoras, como la parálisis cerebral en infantes, hemiparesias o diplejías desde la realización de una valoración inicial, favoreciendo la identificación anticipada de comportamientos anormales en el movimiento y la postura que podrían influir en el desarrollo motriz del infante, reduciendo las intervenciones sin diagnóstico correcto y la intervención terapéutica inapropiada.

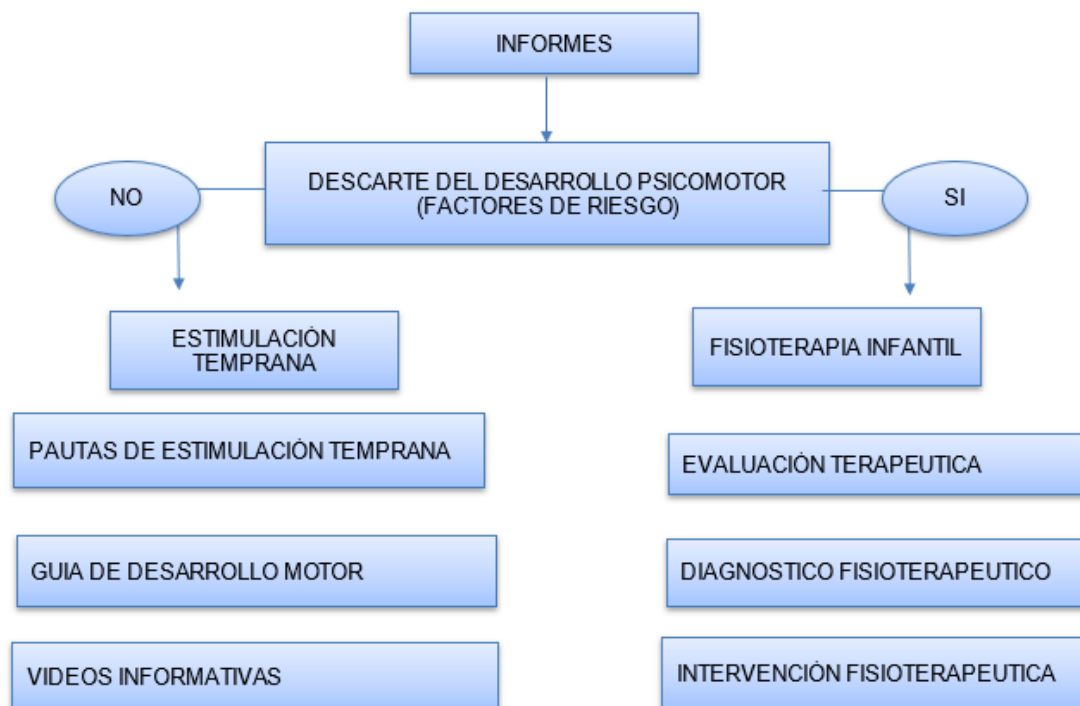
Juskiene et al. (2023) y Paredes & Castillo (2023) señalan que una evaluación

inicial bien aplicada incrementa la efectividad del tratamiento y mejora el pronóstico funcional del menor, al permitir identificar a tiempo factores de riesgo como la prematurez, el bajo peso al nacer o antecedentes neurológicos. Sin embargo, su implementación se ve limitada por el desconocimiento de los padres o cuidadores de la importancia del mismo para el seguimiento en la adquisición de los hitos del desarrollo.

La falta de información y una evaluación inicial genera la integración de niños a programas de estimulación a pesar de mostrar retrasos en el desarrollo y requerir intervención especializada; por ello, es importante informar a los padres, a través de estrategias de educación en salud, para identificar factores de riesgo, mejorar la efectividad del tratamiento y alentar mayor participación de la familia (Silva et al., 2025; Ritchie et al., 2025).

2.2 CONTRIBUCIÓN EN LA SOLUCIÓN DE SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

Resulta fundamental implementar un protocolo que proporcione información clara a los padres o cuidadores de los niños menores de un año, dicho protocolo debe incluir una etapa de descarte preliminar para determinar si el menor requiere atención en fisioterapia infantil o en un programa de estimulación temprana.



En la etapa inicial, se proporciona un documento que explica, de manera sencilla y fácil de entender, la importancia de realizar una evaluación inicial en sus hijos. Este recurso tiene como objetivo ofrecer apoyo a los padres y cuidadores de bebés menores de un año, subrayando los beneficios de identificar con anticipación cualquier irregularidad en el desarrollo motor. Con estos datos, se busca promover la confianza, estimular la participación activa de los padres y fortalecer su dedicación en la atención y apoyo al crecimiento de sus hijos.

Asimismo, se llevará a cabo un proceso de descarte utilizando el Cuestionario de Edades y Etapas (ASQ), una herramienta destinada a observar y evaluar el desarrollo infantil desde los primeros meses de vida hasta los cinco años. Este instrumento valora cinco áreas esenciales: comunicación, motricidad gruesa, motricidad fina, resolución de problemas y el ámbito personal-social. Su aplicación resulta accesible, ya que son los propios padres o cuidadores quienes completan el cuestionario indicando si el niño realiza, intenta o aún no ejecuta determinadas acciones, lo que permite obtener una visión práctica del avance en su desarrollo.

Las contestaciones se puntúan a través de un método que otorga diez puntos cuando el niño lleva a cabo la tarea, cinco puntos si la realiza de forma parcial y cero puntos si aún no lo logra, llegando a un total de sesenta puntos por cada sección evaluada. Estos puntajes permiten determinar si el desarrollo se encuentra dentro del rango esperado, si requiere un seguimiento adicional o si es necesaria una evaluación más exhaustiva.

La aplicación de este descarte inicial es fundamental para identificar posibles factores de riesgo biológicos o psicosociales, evitando así derivaciones incorrectas hacia fisioterapia infantil o estimulación temprana.

Según Pereira Da Silva (2021), realizar un descarte temprano es esencial porque permite reconocer a tiempo los factores que podrían comprometer el desarrollo del niño. Cuando estos riesgos no se identifican desde los primeros meses, la intervención se retrasa y aumenta la posibilidad de que persistan dificultades motoras y limitaciones en otros ámbitos, como el lenguaje, la cognición y las oportunidades de juego e interacción con el

entorno.

El estudio también señala que los lactantes que presentan tres o más factores de riesgo tanto biológicos como ambientales tienen una probabilidad considerablemente mayor alrededor del 60% de mostrar un desempeño motor inferior al esperado, en comparación con aquellos que no presentan estos riesgos. La presencia simultánea de condiciones clínicas, como prematuridad o episodios de hipoxia al nacer, sumada a situaciones sociales desfavorables, intensifica aún más el impacto negativo en su desarrollo, generando diferencias que se amplían conforme el niño crece.

Por ello, implementar un descarte en los primeros meses de vida se vuelve una medida clave. Este proceso facilita la identificación de menores con riesgo de retraso motor y favorece una derivación oportuna hacia programas de estimulación temprana o fisioterapia infantil. De acuerdo con los hallazgos del estudio, estas intervenciones pueden disminuir hasta en un 40% la probabilidad de que los retrasos motores se mantengan en etapas posteriores.

En el área de la estimulación temprana se desarrollan proyectos que buscan reforzar las habilidades sensoriales, físicas, mentales y emocionales de los niños en sus primeras etapas de vida. El propósito de estas actividades es potenciar la notable plasticidad cerebral que se manifiesta en esta etapa, ayudando a crear nuevas conexiones neuronales a través de juegos y mediante la interacción con los padres en un entorno adecuado y enriquecido. Un aspecto fundamental de este proceso es la conexión emocional y receptiva entre el padre y el menor, ya que esto permite que quienes cuidan de él respondan de forma adecuada a sus señales, reforzando el lazo, fomentando su seguridad y ayudando a desarrollar habilidades como la atención y el lenguaje. Además, se emplean elementos con diversas texturas, formas y sonoridades, que favorecen el avance del control de la postura, la coordinación y la movilidad exploratoria. Según la OMS, los años iniciales son una etapa decisiva para la formación del sistema nervioso y la relación de las conexiones entre las neuronas.

Por esta razón, recomienda la implementación de programas de estimulación dirigidos especialmente a niños menores de un año, etapa en la que la capacidad de

aprendizaje y adaptación es mayor. Asimismo, la OMS destaca que la participación activa de los padres y cuidadores es fundamental, ya que constituyen la principal fuente de interacción y apoyo para el desarrollo integral del niño.

Estos programas deben de estar organizados considerando el desarrollo motor de los niños según el tiempo y las características de cada uno es por ello que la profesora de estimulación temprana se basaran en la Ficha de registro y protocolo del test abreviado de evaluación del desarrollo psicomotor que será aplicado, conformado por cuatro columnas, la primera indica el número de items; la segunda consta de una o dos letras mayúsculas que designan la o las áreas a evaluar; la tercera una frase que describe brevemente la tarea a realizar y; la cuarta evalúa la conducta ejecutada por el niño.

Asimismo, se utilizará como referencia el *Test Peruano de Evaluación del Desarrollo del Niño*, el cual funciona como un instrumento que orienta las acciones dirigidas al crecimiento y al desarrollo integral durante los primeros meses y años de vida, específicamente desde el nacimiento hasta los 30 meses. Esta herramienta brinda pautas claras para reconocer de manera temprana posibles variaciones en el desarrollo y facilita que los profesionales de salud, educación y rehabilitación trabajen con criterios comunes para la evaluación y atención oportuna de los niños.

El test analiza áreas fundamentales del desarrollo, como la motricidad postural, la coordinación ojo-mano, el lenguaje, la conducta social y el aprendizaje. Para ello utiliza líneas de desarrollo que indican los hitos esperados según cada edad. Su presentación en formato gráfico permite visualizar los avances del niño y compararlos con los valores de referencia propios de su etapa evolutiva, lo que favorece la detección temprana de rezagos y la elaboración de acciones de acompañamiento adecuadas.

Por este motivo, el instrumento también será entregado a los padres y cuidadores, con el fin de que puedan involucrarse en la observación diaria del progreso del niño y en actividades de estimulación dentro del hogar, fortaleciendo así el trabajo conjunto entre la familia y los profesionales.

(ANEXO)

También se enviarán videos informativos dirigidos a los padres y cuidadores, con el propósito de dar a conocer las actividades que se realizan dentro del área de estimulación temprana y fisioterapia infantil. En estos materiales se abordará cómo reconocer posibles signos de alerta que podrían indicar un retraso en el desarrollo motor, tales como dificultades para mantener el equilibrio, falta de coordinación o ausencia de ciertos movimientos esperados según la edad.

Asimismo, se brindarán orientaciones prácticas sobre estrategias y ejercicios de estimulación motora que pueden realizarse en casa, con el fin de favorecer el fortalecimiento muscular, la postura y la adquisición progresiva de los hitos motores de acuerdo con la etapa de crecimiento del niño. De esta forma, los vídeos buscan promover la implicación activa de los padres, fortalecer el vínculo familiar y garantizar un apoyo adecuado al desarrollo motor. (ANEXO)

De igual manera, la fisioterapia para niños tiene una importancia fundamental en el tratamiento de los pequeños que muestran demoras en su desarrollo motriz, debido a sus métodos de valoración, diagnóstico práctico y terapias.

Su participación contribuye a mejorar la adaptabilidad del sistema nervioso y permite el desarrollo gradual de destrezas motrices, tanto en su forma general como en la específica. Mediante diversas estrategias terapéuticas que ayudan a fortalecer el sistema neuromuscular, fomentar el control postural y optimizar la coordinación, se tratan dificultades que provienen de causas biológicas como el nacimiento prematuro, la baja tonicidad o complicaciones neurológicas, además de enfrentar desafíos vinculados a aspectos psicosociales, tales como la escasa interacción emocional en el contexto familiar.

En el análisis fisioterapéutico, se recoge, clasifica y estudia información relevante del niño, incluyendo su historia, características físicas, capacidad funcional y el entorno familiar. Esto facilita la creación de un diagnóstico funcional, la definición de metas terapéuticas y la elaboración de un plan de intervención que se adapte a las necesidades del menor.

Para realizar este procedimiento se utilizará la Escala de Alberta, un recurso estandarizado creado para examinar de manera exhaustiva el desarrollo de la motricidad gruesa en infantes desde su nacimiento hasta los 18 meses de edad. Esta herramienta facilita la obtención de datos exactos que ayudan en el diagnóstico de fisioterapia y en la creación de intervenciones tempranas. Su análisis se fundamenta en la observación de cómo se mueve y controla su postura el bebé en cuatro posturas esenciales: boca abajo, boca arriba, sentado y de pie. La escala incluye 58 ítems que examinan elementos como la capacidad de sostener el peso corporal, el control frente a la gravedad y la coordinación de los movimientos. Los puntajes obtenidos se comparan con parámetros establecidos por edad, lo que facilita identificar retrasos en el desarrollo motor y determinar si el niño requiere apoyo fisioterapéutico. (ANEXO)

Asimismo, se llevarán a cabo las maniobras de Ortolani y Barlow, que son evaluaciones clínicas esenciales para detectar tempranamente la displasia del desarrollo de la cadera en infantes y recién nacidos. La maniobra de Ortolani tiene como propósito comprobar si existe una cadera que está luxada, pero puede volver a su posición. Para realizarla, el niño se ubica en decúbito supino con las rodillas y caderas flexionadas a 90°, mientras el examinador abre lentamente las caderas y ejerce una fuerza suave hacia adelante sobre el fémur. El hallazgo positivo se reconoce cuando se percibe un chasquido o un movimiento de deslizamiento que indica que la cabeza del fémur regresa al acetábulo.

En contraste, la maniobra de Barlow se utiliza para valorar la estabilidad de la articulación y determinar si una cadera que parece normal puede luxarse. Desde la misma posición inicial, el evaluador aproxima los muslos hacia la línea media y aplica una presión dirigida hacia atrás sobre el fémur. Si la cabeza femoral se desplaza fuera del acetábulo, se considera un resultado positivo, señal de inestabilidad o riesgo de luxación.

Mientras Ortolani confirma una luxación reductible ya presente, Barlow identifica caderas que aún están en su sitio pero que pueden desplazarse. Ambas pruebas son especialmente confiables durante los primeros tres meses de vida, etapa en la cual la anatomía y la laxitud ligamentaria permiten una valoración más precisa. (ANEXO)

Es por ello que luego de haber pasado la etapa de evaluación se llega a realizar un diagnóstico fisioterapéutico el cual es un proceso importante donde el profesional de fisioterapia identifica las alteraciones del movimiento, la postura y la función motora que afectan el desarrollo del niño ayudando a determinar las limitaciones funcionales y las capacidades del menor, permitiendo así planificar un tratamiento individualizado que favorezca su desarrollo global.

Entre sus principales ventajas destacan:

Detección temprana de alteraciones: Permite identificar de manera oportuna retrasos en los hitos del desarrollo motor o signos de riesgo neuromotor, como hipotonía, hipertonía o asimetrías posturales.

Intervención precoz y eficaz: Facilita el inicio inmediato del tratamiento fisioterapéutico adecuado a la edad y necesidad del niño, mejorando su pronóstico funcional.

Prevención de complicaciones futuras: Al intervenir a tiempo, se reducen las probabilidades de que las alteraciones motoras deriven en trastornos permanentes o limitaciones en la movilidad y la postura.

Individualización del tratamiento: Permite diseñar planes de intervención personalizados, considerando las capacidades, ritmo de desarrollo y contexto familiar del bebé.

Seguimiento del progreso: Favorece la evaluación continua de los avances del niño, ajustando los objetivos y estrategias terapéuticas según su evolución.

Orientación a padres y cuidadores: Brinda pautas prácticas para que la familia participe activamente en el proceso y refuerzo de habilidades motoras en el hogar.

Promoción del desarrollo integral: Contribuye no solo al desarrollo motor, sino también al fortalecimiento del área cognitiva, social y emocional del niño, al fomentar la exploración y el movimiento funcional.

Sin embargo, dentro de las condiciones asociadas a bajos puntajes en la Escala de Alberta se puede detectar:

Retraso en el desarrollo psicomotor: El niño no alcanza los hitos motores esperados como girar, sentarse o ponerse de pie en los tiempos adecuados, es el diagnóstico más común que surge de una evaluación con AIMS alterada.

Trastornos neuromotores: Parálisis cerebral infantil (PCI): se observa rigidez, espasticidad o patrones anormales de movimiento.

Hemiparesia o diplejía espástica: el niño usa más un lado del cuerpo o presenta dificultad para mover las piernas.

Hipotonía central o periférica: el bebé muestra debilidad muscular generalizada, flacidez o escaso control postural.

Trastornos genéticos o neurometabólicos: Síndrome de Down, síndrome de Prader-Willi, síndrome de Angelman, entre otros, donde hay compromiso motor y tono muscular alterado.

Alteraciones músculo-esqueléticas: Tortícolis congénito, displasia de cadera, pie equino varo, luxación congénita de cadera, que pueden afectar la adquisición de posturas y desplazamientos.

Prematuridad y sus secuelas: Los bebés prematuros suelen obtener puntajes más bajos, lo que permite hacer seguimiento y prevenir retrasos motores futuros.

Trastornos del neurodesarrollo: Trastorno del espectro autista (TEA) o trastorno del desarrollo de la coordinación (dispraxia) pueden mostrar alteraciones en la motricidad gruesa observadas con la AIMS.

Por último, el tratamiento fisioterapéutico en pediatría se concibe como una intervención organizada y diseñada cuidadosamente, cuyo propósito es potenciar el desarrollo motor, la funcionalidad y el bienestar general del niño. Este proceso se fundamenta en los principios de la neuroplasticidad, el aprendizaje motor y la atención temprana, entendiendo que en los primeros años el sistema nervioso tiene una notable capacidad para modificarse y reorganizarse cuando recibe estímulos apropiados.

La intervención no se reduce únicamente a realizar ejercicios, sino que requiere una valoración global del menor, contemplando aspectos como el tono muscular, los reflejos, el control de la postura, la coordinación, el equilibrio y la interacción con el entorno.

A partir de este análisis, el fisioterapeuta elabora un programa de tratamiento personalizado, que se ajusta al crecimiento, requerimientos y habilidades de cada infante.

Un tratamiento efectivo necesita igualmente el compromiso constante de los padres o cuidadores, quienes son orientados para llevar a cabo actividades en el hogar y aumentar la estimulación en el entorno cotidiano del niño. Así, la fisioterapia infantil no solo se enfoca en evitar o atender retrasos en las habilidades motrices, sino que también impulsa el desarrollo completo del pequeño, promoviendo aspectos cognitivos, emocionales y sociales relacionados con el movimiento.

En la terapia se puede aplicar la técnica NDT, también denominada método Bobath, que es una forma de tratamiento fundamentada en los conceptos del neurodesarrollo y en la habilidad del cerebro para reestructurarse.

Su finalidad es optimizar el equilibrio corporal, la habilidad de coordinación y la efectividad del movimiento desde una etapa inicial de la vida. En bebés de menos de un año, este enfoque proporciona beneficios importantes porque el sistema nervioso está en una fase crítica de maduración y adquisición de habilidades motoras. El uso del enfoque NDT facilita la aparición de patrones de movimiento más funcionales, disminuye respuestas reflejas inadecuadas y favorece una alineación corporal adecuada, contribuyendo al logro progresivo de habilidades motoras acordes con la edad del niño.

Entre sus principales beneficios, destacan:

- La prevención de retrasos neuromotores
- La mejora del control cefálico y troncal
- El fortalecimiento del tono muscular y el desarrollo del equilibrio y la estabilidad postural.

Asimismo, cuando los padres participan de manera activa en el proceso terapéutico, el enfoque NDT fortalece la estimulación que recibe el niño en el hogar, permitiendo que el aprendizaje motor continúe fuera de las sesiones y promoviendo un mayor compromiso de la familia en el desarrollo del bebé. En conjunto, este método constituye una herramienta fundamental dentro de la fisioterapia pediátrica, ya que contribuye a potenciar el rendimiento motor y funcional de los lactantes que presentan riesgo o alteraciones en su desarrollo.

Es por ello que como principios fundamentales se cuenta con:

Facilitación del movimiento normal: Se promueven patrones de movimiento y postura acordes al desarrollo típico, evitando compensaciones o sinergias anormales.

Inhibición de patrones anormales: Se busca reducir o inhibir reflejos patológicos y posturas inadecuadas que interfieren con la función motora.

Control postural y alineación: Se favorece la estabilidad proximal (tronco y cabeza) como base para el movimiento distal (extremidades).

Participación activa del niño: El tratamiento se realiza a través del juego y la interacción, estimulando la iniciativa motora del bebé.

Aprendizaje motor y repetición funcional: Se utilizan experiencias repetidas y significativas para fortalecer la memoria motora y favorecer la reorganización neurológica.

Participación familiar: Los padres son parte activa del proceso terapéutico, aplicando técnicas en casa bajo orientación del fisioterapeuta.

Individualización del tratamiento: Cada sesión se adapta al nivel de desarrollo, tono muscular, respuesta sensorial y necesidades específicas del niño.

También se identifican los componentes principales de la evaluación:

Historia clínica y observación general: edad gestacional, antecedentes prenatales, tónico-posturales y desarrollo previo.

Evaluación del control postural: observación del alineamiento y la estabilidad en posiciones como supino, prono, sedente y bipedestación (según la edad).

Análisis del movimiento: identificación de patrones motores normales o anormales, presencia de sinergias, reflejos o compensaciones.

Evaluación del tono muscular y reacciones de equilibrio: se analiza la respuesta del bebé ante estímulos de movimiento y soporte.

Interacción sensorial y emocional: se valora la respuesta del niño ante el contacto, el entorno y la participación en el juego.

Participación familiar: observación de cómo los cuidadores manipulan, cargan y estimulan al bebé.

Por último, se cuenta con estrategias principales de intervención:

Posicionamiento terapéutico: Uso de posturas que promuevan la alineación y

reduzcan el tono anormal (por ejemplo, decúbito prono con apoyo de antebrazos).

Facilitación del movimiento: El terapeuta guía suavemente el cuerpo del bebé para ayudarlo a sentir y repetir patrones normales de movimiento.

Control cefálico y troncal: Se prioriza el fortalecimiento del control de cabeza y tronco como base del desarrollo motor posterior.

Estimulación sensorial y propioceptiva: Se integran estímulos táctiles, visuales y vestibulares para mejorar la percepción corporal y la coordinación.

Integración de las actividades en el juego: Las sesiones se desarrollan en un ambiente lúdico para favorecer la motivación y la participación activa.

Educación familiar: Los padres aprenden a reproducir ejercicios y posicionamientos en casa, reforzando la continuidad del tratamiento.

CAPÍTULO III:

ANÁLISIS DE CONTRIBUCIONES Y BENEFICIOS OBTENIDOS

3.1 ANÁLISIS DE SU CONTRIBUCIÓN EN TÉRMINOS DE LAS COMPETENCIAS Y HABILIDADES ADQUIRIDAS DURANTE SU FORMACIÓN PROFESIONAL. EXPLICAR SI SU CONTRIBUCIÓN REQUIRIÓ LA CONSULTA A OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN.

A lo largo del desarrollo de este trabajo, las competencias adquiridas durante mi formación profesional se manifestaron de manera articulada en la creación, implementación y justificación del protocolo de descarte inicial destinado a orientar correctamente la derivación de lactantes hacia estimulación temprana o fisioterapia infantil.

La habilidad vinculada al diseño de planes de intervención fisioterapéutica se evidenció en la construcción de un proceso de evaluación organizado, sustentado en la observación de las capacidades funcionales del niño y en la detección de posibles factores de riesgo tanto biológicos como psicosociales.

Este protocolo integró instrumentos reconocidos, como el ASQ y la Escala Motora Infantil de Alberta, lo que permitió garantizar objetividad, consistencia y respaldo clínico en el proceso de evaluación, evitando derivaciones inadecuadas o intervenciones poco personalizadas.

Asimismo, la competencia relacionada con la promoción y prevención en salud se reflejó en la creación de materiales educativos dirigidos a padres y cuidadores, entre ellos folletos, videos informativos y una guía para el seguimiento del desarrollo motor, estas estrategias fortalecieron la participación activa de la familia durante la intervención, facilitaron la identificación temprana de posibles retrasos y promovieron acciones oportunas en las etapas iniciales de la vida.

La realización de este proyecto también requirió la revisión, interpretación y aplicación de evidencia científica actualizada, lo cual reafirmó el valor de la investigación como base fundamental de la práctica fisioterapéutica.

Cada decisión adoptada dentro del proceso estuvo sustentada en evidencia científica, reflejando un ejercicio profesional crítico y ético orientado a asegurar intervenciones adecuadas, seguras y coherentes con las necesidades reales del niño.

Del mismo modo, la propuesta contribuyó a mejorar la calidad del servicio ofrecido en el centro, al incorporar un procedimiento más ordenado, preventivo y centrado en el bienestar infantil, lo que constituye una acción de responsabilidad social frente a una población altamente vulnerable.

En conjunto, estas competencias no solo hicieron posible el desarrollo de una propuesta viable y aplicable, sino que también fortalecieron una práctica profesional fundamentada en la evidencia y con un marcado enfoque preventivo.

3.2 EXPLICAR EL NIVEL DE BENEFICIO OBTENIDO POR EL CENTRO LABORAL DE SU CONTRIBUCIÓN A LA SOLUCIÓN DE LAS SITUACIONES PROBLEMÁTICAS.

La implementación del protocolo de descarte inicial significó un avance importante para el centro laboral, ya que permitió organizar de manera más eficiente el ingreso de lactantes menores de un año y asegurar que cada niño sea derivado al servicio adecuado según su perfil de desarrollo. Antes, la falta de una revisión preliminar ocasionaba evaluaciones tardías e intervenciones poco precisas; en cambio, con el protocolo implementado se logró uniformizar el primer contacto con los cuidadores, facilitando la identificación temprana de signos de alerta motora y orientando al bebé hacia estimulación temprana o fisioterapia de forma oportuna, evitando demoras en la atención.

Asimismo, la incorporación de instrumentos estandarizados como el ASQ y la Escala de Alberta añadió objetividad al proceso, elevando la calidad del servicio y reforzando el sustento científico de las decisiones terapéuticas. Esto favoreció un diagnóstico funcional más certero y disminuyó la posibilidad de aplicar intervenciones inadecuadas, con lo cual mejoró el pronóstico de los pacientes y se redujo la necesidad de rehacer procesos clínicos.

El centro también resultó beneficiado en el ámbito del trabajo con las familias, ya que los materiales educativos elaborados —folletos, videos y guías— promovieron una mayor participación de los padres, incrementaron la adherencia al tratamiento y fortalecieron la confianza en el servicio. Este componente formativo ayudó a disminuir la desinformación, uno de los principales problemas detectados en el circuito de atención.

Por último, la propuesta permitió que el centro adopte una perspectiva más preventiva y no únicamente rehabilitadora, lo cual incrementa su valor dentro del sector salud y lo distingue de otros servicios que intervienen solo cuando el retraso ya está presente. La inclusión del descarte inicial no solo solucionó una dificultad operativa, sino que produjo un impacto sostenido al mejorar la calidad de atención, la satisfacción de los usuarios y la eficiencia del servicio.

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

La implementación de un protocolo de descarte inicial demostró ser una estrategia eficaz para mejorar el proceso de derivación de lactantes hacia los servicios de estimulación temprana o fisioterapia infantil, garantizando que cada niño reciba una atención oportuna, personalizada y acorde con su perfil de desarrollo.

El proyecto evidenció la importancia de fortalecer la educación y orientación a los padres o cuidadores, ya que su participación activa en el proceso terapéutico incrementa la adherencia al tratamiento, mejora la detección temprana de alteraciones motoras y potencia los resultados funcionales del niño.

La propuesta contribuyó a consolidar un modelo de atención preventiva dentro del centro de rehabilitación, pasando a ser un enfoque anticipatorio, basado en la detección precoz de factores de riesgo biológicos y psicosociales que pueden afectar el desarrollo infantil.

El desarrollo de este trabajo permitió integrar las competencias profesionales adquiridas durante la formación académica, especialmente en las áreas de evaluación, diagnóstico y tratamiento fisioterapéutico, reforzando la práctica basada en evidencia científica y el compromiso ético con la salud infantil.

En términos institucionales, el protocolo implementado fortaleció la calidad del servicio, la organización del flujo de atención y la satisfacción de los usuarios, consolidando la imagen del centro como una entidad comprometida con la prevención y promoción del desarrollo integral en la primera infancia.

4.2 RECOMENDACIONES

Incorporar el protocolo dentro de la historia clínica institucional, digital o física, permitiendo que los resultados del descarte y las evaluaciones psicomotrices formen parte del expediente integral del niño y puedan ser consultados en futuras valoraciones.

Crear un sistema de seguimiento y monitoreo para los niños evaluados, que permita verificar periódicamente los avances del desarrollo motor y la eficacia de las intervenciones aplicadas, promoviendo la continuidad del tratamiento y evitando pérdidas en el seguimiento.

Implementar espacios de orientación familiar periódicos, donde los padres reciban información práctica sobre el desarrollo típico, estrategias de estimulación en el hogar y pautas para identificar signos de alerta, fortaleciendo su rol como agentes activos en la intervención.

Fortalecer el enfoque interdisciplinario en la atención infantil, integrando la participación de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos, pediatras y educadores, de modo que el abordaje del desarrollo sea integral y coordinado desde las diferentes áreas de salud.

Evaluar periódicamente la satisfacción de los usuarios respecto al protocolo de descarte y los servicios derivados, con el propósito de identificar oportunidades de mejora y garantizar la calidad y calidez de la atención brindada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adolph, K. E., & Hoch, J. E. (2020). *The importance of motor skills for development*. Nestlé Nutrition Institute Workshop Series, 95, 136–144. <https://doi.org/10.1159/000511511>
- Barlow, T. G. (1962). *Early diagnosis and treatment of congenital dislocation of the hip*. The Journal of Bone and Joint Surgery. British Volume, 44-B(2), 292–301.
- Bobath, B., & Bobath, K. (1990). *The Neuro-Developmental Treatment approach: Principles and practice in the management of cerebral palsy*. Heinemann.
- BMC Pediatrics. (2023). *Screening and determinants of suspected developmental delays among preschool-aged children*. BioMed Central. <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-023-04335-0>
- Coster, W., & Mancini, M. C. (2015). Measuring participation of children with disabilities: Issues and challenges. *Disability and Rehabilitation*, 37(13), 1185–1190.
- Darrah, J., & Bartlett, D. (2020). Early intervention and motor outcomes in infants: Evidence-based physiotherapy practice. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 62(4), 456–462.
- Eliks, M., & Gajewska, E. (2022). The Alberta Infant Motor Scale: A tool for the assessment of motor aspects of neurodevelopment in infancy and early childhood. *Frontiers in Neurology*, 13, 927502. <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.927502>
- Fernández Rego, F. J., Gómez Conesa, A., & Pérez López, J. (2012). Efficacy of early physiotherapy intervention in preterm infant motor development: A systematic review. *Journal of Physical Therapy Science*, 24(9), 933–938. <https://doi.org/10.1589/jpts.24.933>
- Fernández Sola, L., Cano Díez, B., Pons Solaz, Y., Vera Egido, B., & Moreno González, S. (2025). Effectiveness of a training program for the acquisition of motor milestones in infants: A randomized clinical trial. *Italian Journal of Pediatrics*, 51(1), Article 23. <https://doi.org/10.1186/s13052-025-01849-4>
- González, M., & López, A. (2020). Evaluación fisioterapéutica en el desarrollo infantil: Fundamentos y aplicación clínica. *Revista de Neurorehabilitación Infantil*, 8(2), 45–52.
- Hua, J., Williams, G. J., Jin, H., Chen, J., Xu, M., Zhou, Y., Gu, G., & Du, W. (2022). Early motor milestones in infancy and later motor impairments: A population-based data linkage study. *Frontiers in Psychiatry*, 13, Article 809181.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.809181>

- InformedHealth.org. (2024, March 19). *In brief: Physical therapy*. Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK561514/>
- Jeong, J., Franchett, E. E., & Black, M. M. (2023). Effect of early childhood development interventions delivered by healthcare providers to improve cognitive outcomes in children at 0–36 months: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood*, 108(4), 247–254. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36732037/>
- Juskiene, A., Mickeviciene, D., & Burokiene, S. (2023). The evaluation of psychomotor development in preterm infants. *Medicina*, 59(5), 378. <https://www.mdpi.com/1648-9144/44/5/378>
- Lobo, M. A., Harbourne, R. T., Dusing, S. C., & McCoy, S. W. (2021). START-Play physical therapy intervention impacts motor and cognitive outcomes in infants with neuromotor disorders: A multisite randomized clinical trial. *Physical Therapy*, 101(3), pzaa229. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33382406/>
- Muthusamy, S., Wagh, D., Tan, J., Bulsara, M., & Rao, S. (2023). Utility of the Ages and Stages Questionnaire to identify developmental delay in children aged 12 to 60 months: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2023.27956>
- Novak, I., & Morgan, C. (2020). Evidence-based early intervention for infants with or at risk of cerebral palsy: The NDT approach revisited. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 62(8), 930–937.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Guía para la detección temprana de trastornos del desarrollo infantil. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Nurturing care framework for early childhood development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514064>
- Ortolani, M. (1937). Un segno poco noto e sua importanza per la diagnosi precoce di prelussazione congenita dell'anca. *La Pediatria*, 45, 129–136.
- Paredes, L., & Castillo, R. (2023). Evaluación del retraso del desarrollo en niños menores de cinco años atendidos en el Servicio de Rehabilitación Pediátrica de un hospital de referencia en Perú. *Salud Pública y Rehabilitación*, 25(3), 189–198. <https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665->

- Physical Therapy Diagnosis: How is it different? (2018). *PM&R*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5954814/>
- Piper, M. C., & Darrah, J. (1994). *Alberta Infant Motor Scale (AIMS)*. WB Saunders Company.
- Serrano, L., & Navarro, M. (2021). Intervención fisioterapéutica en el desarrollo motor infantil: Fundamentos y práctica basada en la evidencia. *Revista Latinoamericana de Neurorehabilitación*, *15*(3), 120–128.
- Silva, A., Almeida, F., & Souza, M. (2008). Early diagnosis of abnormal development of preterm newborns: Assessment instruments. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *16*(5), 955–962. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18688553>
- Squires, J., & Bricker, D. (2009). *Ages & Stages Questionnaires®, Third Edition (ASQ®-3): A parent-completed child monitoring system*. Paul H. Brookes Publishing Co.
- Stuberg, W. A., White, P. J., Miedaner, J. A., & Dehne, P. R. (1989). Item reliability of the Milani-Comparetti motor development screening test. *Physical Therapy*, *69*(5), 328–335. <https://doi.org/10.1093/ptj/69.5.328>
- Zhuo, H., Xiao, J., Tseng, W.-L., & Liew, Z. (2022). Developmental milestones of infancy and associations with later childhood neurodevelopmental outcomes in the Adolescent Brain Cognitive Development (ABCD) study. *Children*, *9*(10), 1424. <https://doi.org/10.3390/children9101424>

ANEXOS

ANEXO N°1: FOLLETO DE INFORMACION A LOS PADRES O CUIDADORES

CENTRO DE REHABILITACIÓN THERA TEAM

GUIA PARA PADRES O CUIDADORES

Descarte inicial en bebés menores de 1 año

CUIDAR EL DESARROLLO DE TU BEBÉ ES FUNDAMENTAL DESDE SUS PRIMEROS MESES DE VIDA. A TRAVÉS DE UN DESCARTE INICIAL, SE PUEDE IDENTIFICAR SI EL MENOR PRESENTA UN DESARROLLO MOTOR ACORDE A SU EDAD O SI REQUIERE UN APOYO ESPECIALIZADO.

- ¿Por qué hacer un descarte inicial?
 - Permite saber si tu bebé se desarrolla según su edad.
 - Detecta a tiempo retrasos o alteraciones motoras.
 - Evita tratamientos innecesarios o tardíos.
- ¿Qué logramos con esto?
 - Un plan personalizado para tu hijo.
 - Orientación para los padres.
 - Un desarrollo más saludable y feliz.
- Nuestro protocolo de descarte
En una cita breve, se aplica un cuestionario para detectar si hay algún factor de riesgo en el desarrollo de tu bebé y te orientamos si necesita estimulación temprana o fisioterapia infantil.



ANEXO N°2: CUESTIONARIO PARA LOS PADRES O CUIDADORES



ASQ-3: Compilación de datos **8 meses** 7 meses 0 días a 8 meses 30 días

Nombre del bebé: _____ Fecha de hoy: _____
 # de identificación del bebé: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Nombre del programa/proveedor: _____ Para bebés prematuros, ¿seleccionó el cuestionario apropiado tomando en cuenta la edad ajustada del bebé? Sí No

1. CALIFIQUE EL CUESTIONARIO Y PASE EL PUNTAJE TOTAL DE CADA SECCION AL GRAFICO DE ABAJO: Véase ASQ-3 User's Guide para obtener más detalles, incluyendo la manera de ajustar el puntaje si faltan respuestas a algunas preguntas. Califique cada pregunta (SI = 10, A VECES = 5, TODAVIA NO = 0). Sumo los puntos de cada pregunta, anotando el puntaje total en la línea provista al final de cada sección del cuestionario. En el gráfico de abajo, anote el puntaje total de cada sección, y rellene el círculo correspondiente.

Área	Límite	Puntaje Total	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
Comunicación	33.06		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○
Motora gruesa	30.61		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○
Motora fina	40.15		●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○
Resolución de problemas	36.17		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○
Socio-individual	35.84		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○

2. TRANSFERIA LAS RESPUESTAS DE LA SECCION TITULADA "OBSERVACIONES GENERALES": Las respuestas escritas en negrita o con mayúsculas requerirán un seguimiento. Véase el capítulo 6 del ASQ-3 User's Guide para obtener información sobre las pautas a seguir.

- | | | | |
|---|-------|--|-------|
| 1. ¿Usa ambas manos y ambas piernas por igual?
Comentarios: | SI NO | 5. ¿Preocupaciones sobre la vista?
Comentarios: | SI No |
| 2. ¿Normalmente pone los pies completamente planos en el suelo?
Comentarios: | SI NO | 6. ¿Hay problemas de salud recientes?
Comentarios: | SI No |
| 3. ¿Preocupaciones porque no hace sonidos?
Comentarios: | SI No | 7. ¿Preocupaciones sobre comportamiento?
Comentarios: | SI No |
| 4. Historial: ¿Hay problemas auditivos en la familia?
Comentarios: | SI No | 8. ¿Otras preocupaciones?
Comentarios: | SI No |

3. INTERPRETACION DEL PUNTAJE Y RECOMENDACIONES PARA EL SEGUIMIENTO DEL ASQ: Para determinar el nivel de seguimiento apropiado, hay que tomar en cuenta el Puntaje total de cada sección, las respuestas de la sección titulada "Observaciones generales", y también factores adicionales, tales como considerar si el bebé tiene oportunidades para practicar las habilidades.

- Si el Puntaje total está dentro del área , el puntaje del bebé está por encima de las expectativas, y el desarrollo del bebé parece estar bien hasta ahora.
- Si el Puntaje total está dentro del área , el puntaje está apenas por encima de las expectativas. Proporcione actividades adicionales para ayudarle al bebé y vigile su progreso.
- Si el Puntaje total está dentro del área , el puntaje está debajo de las expectativas. Quizás se requiera una evaluación adicional más a fondo.

4. SEGUIMIENTO DEL ASQ: Marque todos los que apliquen.

- _____ Dar actividades adicionales y reevaluar en _____ meses.
- _____ Compartir los resultados con su médico familiar (primary health care provider).
- _____ Referirlo/la para una evaluación auditiva, visual, o de comportamiento. (Marque con un círculo todos los que apliquen.)
- _____ Referirlo/la a un médico familiar u otra agencia comunitaria (favor de escribir la razón): _____.
- _____ Referirlo/la a un programa de intervención temprana/educación especial para niños preescolares para hacer una evaluación adicional.
- _____ No tomar medidas adicionales en este momento.
- _____ Medida adicional (favor de escribirla): _____.

5. OPCIONAL: Anote las respuestas específicas (S = SI, V = A VECES, N = TODAVIA NO, R = falta esta respuesta).

	1	2	3	4	5	6
Comunicación						
Motora gruesa						
Motora fina						
Resolución de problemas						
Socio-individual						

P102080700

Ages & Stages Questionnaire® in Spanish, Third Edition (ASQ-3™ Spanish), Squires & Bricker
 © 2009 Paul H. Brookes Publishing Co. All rights reserved. Todos los derechos reservados.

ANEXO N°3: FICHA DE CONTROL DEL DESARROLLO MOTOR

Nombre del niño:

Fecha de nacimiento:

Nombre de la madre o cuidadora:

Desarrollo psicomotor:

Normal (N)

Déficit (D)

1 MES				
		SI	NO	EP
1	Fija la mirada en el rostro del examinador			
2	Reacciona al sonido de la sonaja			
3	Aprieta el dedo índice del examinador			
4	Sigue con la vista la argolla			
5	Movimiento de cabeza en posición prona			

N_____ D_____

2 MESES				
		SI	NO	EP
6	Mímica en respuesta al rostro del examinador			
7	Vocaliza en respuesta a la sonrisa y conversación del examinador			
8	Reacciona ante el desaparecimiento de la cara del examinador			
9	Intenta controlar la cabeza al ser llevado a posición sentado			
10	Vocaliza dos sonidos diferentes			

N_____ D_____

4 MESES				
		SI	NO	EP
11	La cabeza sigue la cuchara que desaparece			
12	Gira la cabeza al sonido de la campanilla			
13	En posición prona se levanta a si mismo			
14	Levanta la cabeza y hombros al ser llevado a posición sentada			
15	Ríe a carcajadas			

N_____ D_____

6 MESES				
		SI	NO	EP
16	Se mantiene sentado solo momentáneamente			
17	Vuelve la cabeza hacia la cuchara caída			
18	Coge la argolla			
19	Coge el cubo			
20	Vocaliza cuando se le habla			

N_____ D_____

9 MESES				
		S	N	E
		I	O	P
21	Se pone de pie con apoyo			
22	Realiza movimientos que semejan pasos, sostenido bajo los brazos			
23	Coge la pastilla con participación del pulgar			
24	Encuentra el cubo bajo el pañal			
25	Reacciona a los requerimientos verbales			

N_____ D_____

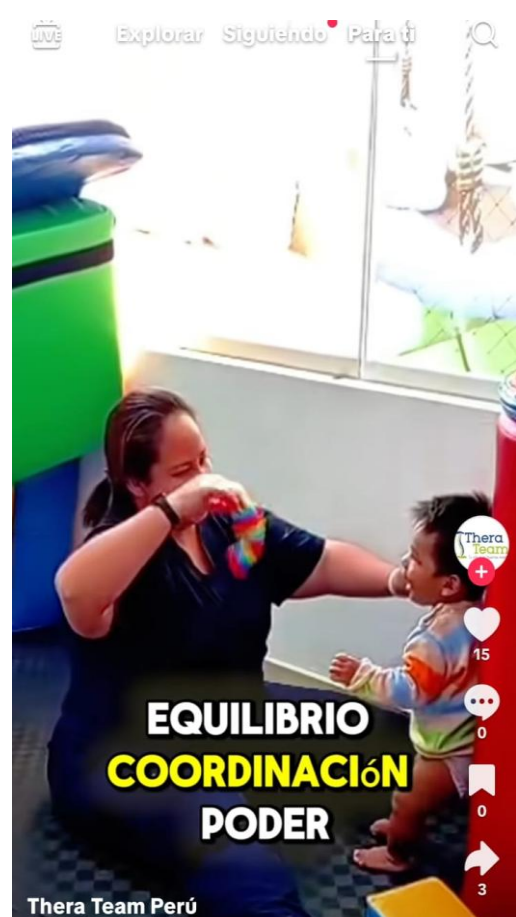
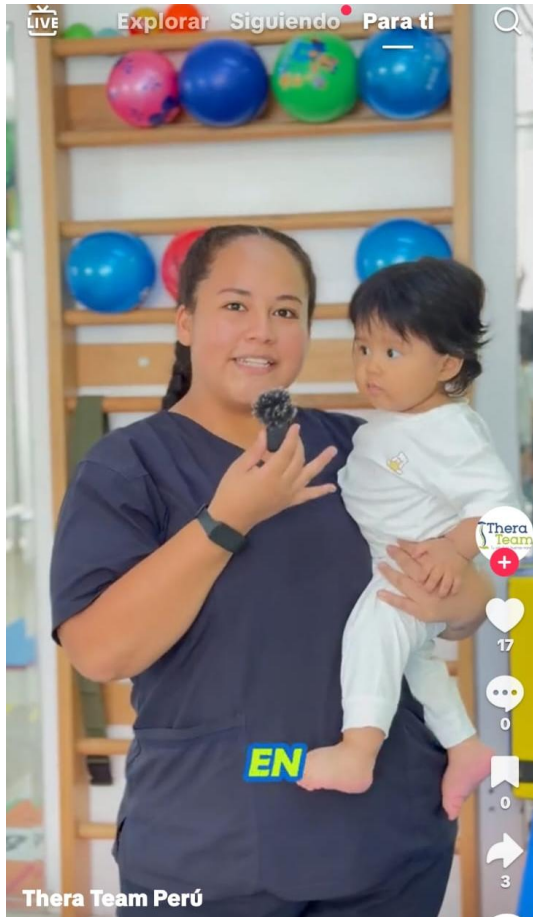
12 MESES		SI	NO	EP
26	Camina algunos pasos de la mano			
27	Junta las manos en la línea media			
28	Se pone de pie solo			
29	Entrega como respuesta a una orden			
30	Dice al menos dos palabras			

N_____ D_____

ANEXO N°5: VIDEOS INFORMATIVOS

<https://vt.tiktok.com/ZSyrBxHes/>

<https://vt.tiktok.com/ZSyrkGtko/>



ANEXO N°6: ESCALA MOTORA INFANTIL DE ALBERTA

ESCALA DE MOTRICIDAD INFANTIL DE ALBERTA

Cuaderno de Registro

año mes día

Nombre _____	Fecha de evaluación <input style="width: 60px;" type="text"/> / <input style="width: 60px;" type="text"/> / <input style="width: 60px;" type="text"/>
Número de identificación _____	Fecha de nacimiento <input style="width: 60px;" type="text"/> / <input style="width: 60px;" type="text"/> / <input style="width: 60px;" type="text"/>
Examinador _____	Edad cronológica <input style="width: 60px;" type="text"/> / <input style="width: 60px;" type="text"/> / <input style="width: 60px;" type="text"/>
Lugar de valoración _____	Edad corregida <input style="width: 60px;" type="text"/> / <input style="width: 60px;" type="text"/> / <input style="width: 60px;" type="text"/>


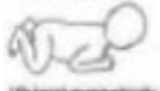






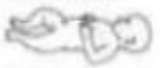







	Items previos acreditados	Items acreditados en la ventana	Puntuación de la subescala
Decúbito prono			
Decúbito supino			
Sedestación			
Bipedestación			

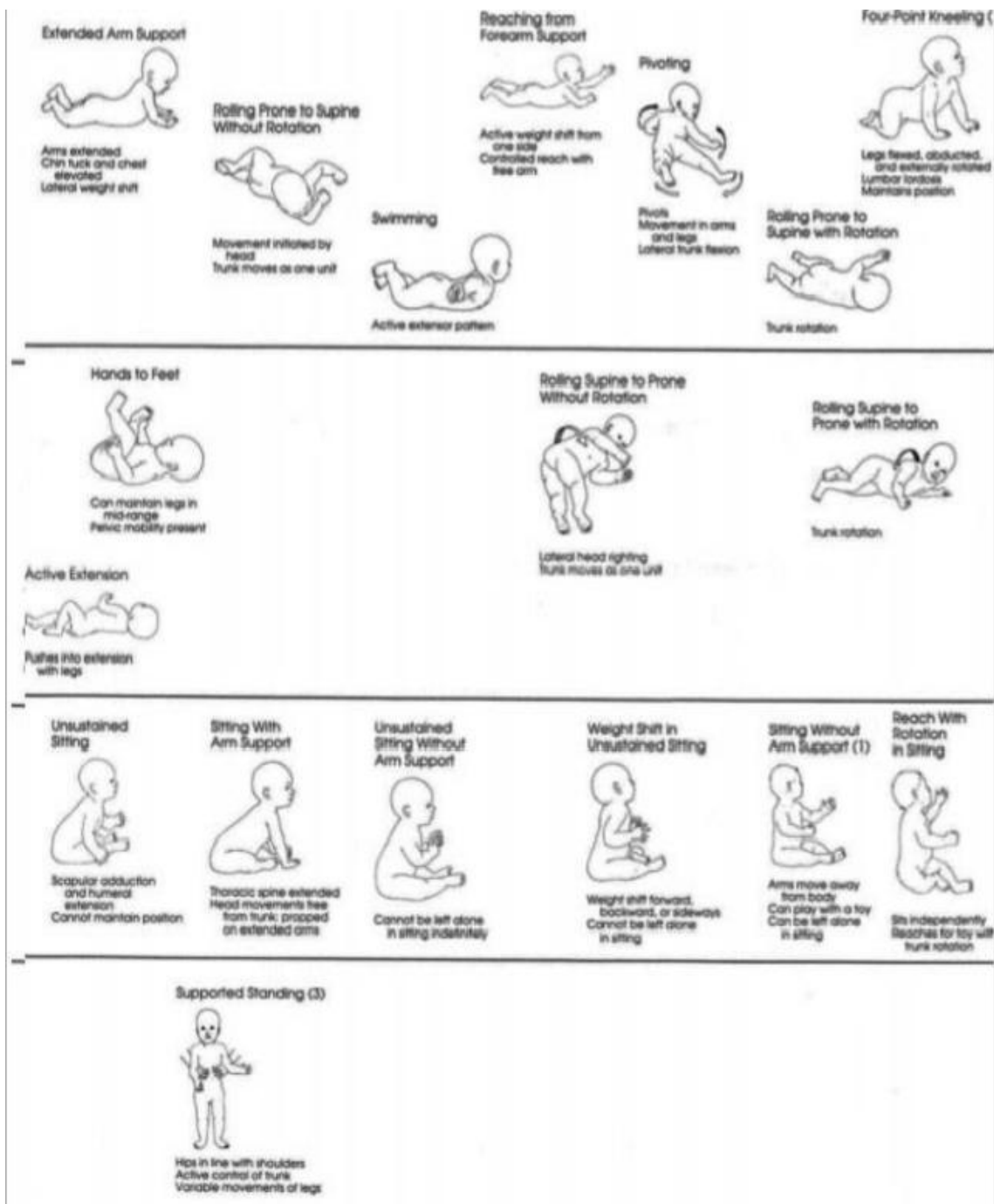
Puntuación total Percentil

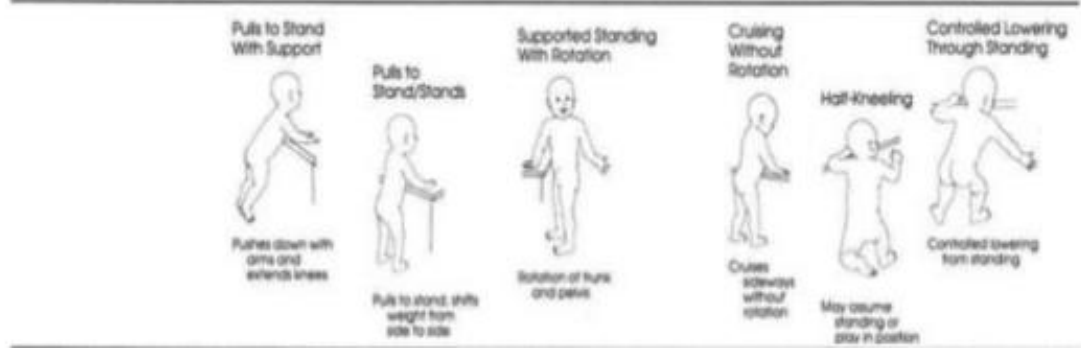
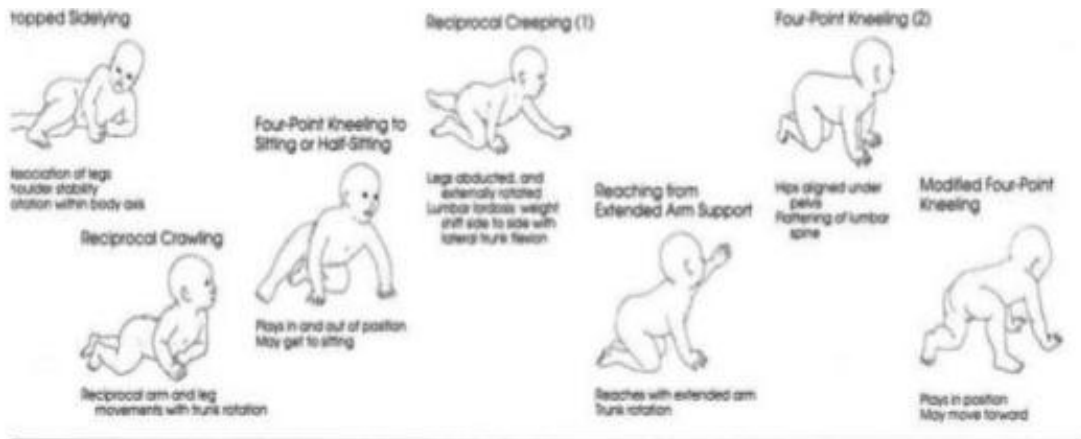


Comentarios / Recomendaciones

Alberta Infant Motor Scale

STUDY #				
PRONE	<p>Prone Lying (1)</p>  <p>Physiological flexion Turns head to clear nose from surface</p>	<p>Prone Lying (2)</p>  <p>Upper head symmetrically to 45° Cannot maintain head in midline</p>	<p>Prone Prop</p>  <p>Elbows behind shoulders straightened head rising to 45°</p>	<p>Forearm Support (1)</p>  <p>Upper and forearms head past 45° Shoulder in line with shoulder Chest elevated</p> <p>Forearm Support (2)</p>  <p>Shows in front of shoulder Active chin tuck with neck elongation</p> <p>Prone Mobility</p>  <p>Head to 90° Unobstructed weight shift</p>
	<p>Supine Lying (1)</p>  <p>Physiological flexion Head of neck mouth to hand Random arm and leg movements</p>	<p>Supine Lying (2)</p>  <p>Head in midline Elbows arms but unable to bring hands to midline</p>	<p>Supine Lying (3)</p>  <p>Neck flexion active—chin tuck Brings hands to midline</p>	<p>Hands to knees</p>  <p>Chin tuck Reaches hands to knees Active neck active</p>
SUPINE	<p>Supine Lying (3)</p>  <p>Head in midline Neck elongates AT&B</p>			<p>Pull to Sit</p>  <p>Chin tuck head in line or in front of body</p>
	<p>Sitting With Support</p>  <p>Upper and forearms head in midline body</p>	<p>Sitting With Propped Arms</p>  <p>Maintains head in midline Supports weight on arms body</p>		
SITTING			<p>Supported Standing (1)</p>  <p>May have intermittent hip and knee flexion</p>	<p>Supported Standing (2)</p>  <p>Head in line with body Upper arms shoulders variable movement of leg</p>
STANDING				





Reciprocal Creeping (2)



Lumbar spine flat
Moves with trunk rotation



Walking With Rotation



uses with rotation

Stands Alone



Stands alone momentarily
Balance reactions in feet

Early Stepping



Walks independently
moves quickly with short steps

Standing from Modified Squat



Moves from squat to standing with controlled flexion and extension of hips and knees

Standing from Quadruped Position



Pushes up with hands to get to standing

Walks Alone



Walks independently

Squat



Maintains position by balance reactions in feet and position of trunk

ANEXO N°7: TEST DE BARLOW Y ORTOLANI

