



USP
UNIVERSIDAD SAN PEDRO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela profesional tecnología médica

**EFFECTIVIDAD DEL MASAJE SHANTALA
EN NIÑOS DE ALTO RIESGO, ATENDIDOS
EN ESSALUD III CHIMBOTE. JULIO –
NOVIEMBRE 2017**

Tesis para optar por el título de licenciada en tecnología médica
especialidad terapia física y rehabilitación.

SELENE ANTONIA HONORIO MEDINA

Asesor: Lic. Raúl Marín Chirre

CHIMBOTE -PERU

2017

DEDICATORIA

A:

Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Mis padres:

Marino Honorio Llusho, por todo el apoyo que me brindas, tus desvelos en el trabajo por darme una carrera profesional .

Mi madre Norma Medina Baltodano, por darme la vida, quererme mucho, creer en mí y ser una madre ejemplar que me enseñas a no desfallecer ni rendirme ante nada, porque siempre me apoyaste y estuviste hay con tus sabios consejos. Mamá gracias por darme una carrera para mi futuro, todo esto te lo debo a ti.

Mi hijo: Thiago Alejandro Estevan Bacilio Honorio, por ser mi motor y motivo de superación en la vida, enseñarme a que nada es imposible en la vida para que veas en mi un ejemplo a seguir.

Mi esposo: José Alejandro bacilio Honorio por acompañarme durante todo este arduo camino y compartir conmigo alegrías y fracasos.

Mi suegra: Doris A randa Cortes, por todo el amor cariño y dedicación en el cuidado de mi hijo y muchas veces cumpliendo mi rol de madre.

Mis hermano, Anthony José Honorio medina por siempre estar poniéndome retos en toda mi etapa universitaria y en mi vida por regalarme un sobrino, para que vea en mi un ejemplo a seguir.

Todos aquellos familiares: que siempre me apoyaron con un sabio consejo o con el cuidado de mi hijo como karol , Elena , Antonia , Jared

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme la fuerza y dedicación necesaria para continuar y culminar mis estudios, a mi ms padres que ha sido el pilar fundamental a lo largo de mi vida estudiantil quien con su apoyo me ha impulsado día tras día, a mi hijo por ser mi impulso de superación día día a mi esposo por apoyarme siempre y estar alentadme a seguir adelante en mis metas a mi hermano que ha sido quien me ha motivado a superarme para en lo posterior ser yo su ejemplo a seguir, a toda mi familia gracias por su colaboración, a mis docentes de la Universidad por brindarme sus conocimientos y aclarar mis dudas a lo largo de la carrera, a mi tutor por ser mi guía y estar gustoso de colaborar en el desarrollo de mi trabajo de investigación y la Universidad Sampedro de Chimbote por darme la oportunidad de estudiar y culminar mis estudios

DERECHO DE AUTORÍA

Se observa esta propiedad intelectual y la información de los derechos de los autores en el DECRETO LEGSILATIVO 822 de la República del Perú. El presente informe no puede ser reproducido ya sea para venta o publicaciones comerciales, sólo puede ser usado total o parcialmente por la Universidad San Pedro para fines didácticos. Cualquier uso para fines diferentes debe tener antes nuestra autorización correspondiente.

La Escuela Académico Profesional de Terapia Física y Rehabilitación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Pedro ha tomado las precauciones razonables para verificar la información contenida y cada detalle adicional

INDICE DE CONTENIDO

| | |
|----------------------|---|
| Dedicatoria _____ | 1 |
| Agradecimiento _____ | 2 |

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DE ESTUDIO

| | |
|---|----|
| Resumen _____ | 10 |
| Abstracto _____ | 11 |
| Introducción _____ | 13 |
| Antecedentes de la investigación científica _____ | 13 |
| Justificación de la investigación _____ | 17 |
| Problema de investigación _____ | 18 |
| Marco teórico _____ | 18 |
| Operacionalizacion de variables _____ | 40 |
| Objetivo general _____ | 40 |
| Objetivo especifico _____ | 40 |
| Delimitación de Estudio _____ | 40 |

CAPITULO II

METODOLOGIA DEL TRABAJO

| | |
|---|----|
| Tipo y diseño de investigación _____ | 42 |
| Población y muestra _____ | 42 |
| Método, técnicas e instrumentos de recolección de datos _____ | 43 |
| Procesamiento de recolección _____ | 44 |

CAPITULO III
PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

| | |
|------------------|----|
| Resultados _____ | 46 |
| Discusión _____ | 54 |

CAPITULO IV
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

| | |
|--------------------------------|----|
| Conclusiones _____ | 58 |
| Recomendaciones _____ | 58 |
| Referencia bibliográfica _____ | 60 |
| Anexos _____ | 64 |

INDICE DE CUADROS

Tabla N° 1. Evaluar a los niños de alto riesgo antes y después de la aplicación del masaje shantala según tono muscular , atendidos en Essalud III Chimbote. Julio –Noviembre 2017_____pag:46

Tabla N°2. Evaluar a los niños de alto riesgo antes y después de la aplicación del masaje shantala según el Area social, atendidos en Essalud III Chimbote. Julio –Noviembre 2017_____pag:47

Tabla N°3 Evaluar a los niños de alto riesgo antes y después de la aplicación del masaje shantala según Reflejos, atendidos en Essalud III Chimbote. Julio –Noviembre 2017_____pag:48

Tabla N° 4 TaEvaluar a los niños de alto riesgo antes y después de la aplicación del masaje shantala según Movientes, atendidos en Essalud III Chimbote. Julio –Noviembre 2017_____pag:49

Tabla N°5 Evaluar a los niños de alto riesgo antes y después de la aplicación del masaje shantala según EL Sueño, atendidos en Essalud III Chimbote. Julio –Noviembre 2017_____pag:50

Tabla N°6 Evaluar a los niños de alto riesgo antes y después de la aplicación del masaje shantala según la Alimentación, atendidos en Essalud III Chimbote. Julio –Noviembre 2017_____pag:51

Tabla N°7 Evaluar a los niños de alto riesgo antes y después de la aplicación del masaje shantala según su postura , atendidos en Essalud III Chimbote. Julio –Noviembre 2017_____pag:52

INDICE DE GRAFICOS

N° 1. Evaluar a los niños de alto riesgo antes y después de la aplicación del masaje shantala según tono muscular , atendidos en Essalud III Chimbote. Julio –Noviembre 2017_____pag:46

Grafico N°2 Evaluar a los niños de alto riesgo antes y después de la aplicación del masaje shantala según el Area social, atendidos en Essalud III Chimbote. Julio –Noviembre 2017_____pag:57

GraficoN°3. Evaluar a los niños de alto riesgo antes y después de la aplicación del masaje shantala según Reflejos, atendidos en Essalud III Chimbote. Julio –Noviembre 2017_____pag:48

Grafico N° 4 . Evaluar a los niños de alto riesgo antes y después de la aplicación del masaje shantala según Movientes, atendidos en Essalud III Chimbote. Julio –Noviembre 2017____pag:49

Grafico N°5 .Evaluar a los niños de alto riesgo antes y después de la aplicación del masaje shantala según EL Sueño, atendidos en Essalud III Chimbote. Julio –Noviembre 2017_____pag:50

GraficoN°6. Evaluar a los niños de alto riesgo antes y después de la aplicación del masaje shantala según la Alimentación, atendidos en Essalud III Chimbote. Julio –Noviembre 2017_____pag:51

GraficoN°7. Evaluar a los niños de alto riesgo antes y después de la aplicación del masaje shantala según su postura , atendidos en Essalud III Chimbote. Julio –Noviembre 2017_____pag:52

INDICE DE ANEXOS

| | |
|-------------|---------|
| Anexo N° 1 | pag: 64 |
| Anexo N° 2 | pag: 65 |
| Anexo N° 3 | pag: 66 |
| Anexo N° 4 | pag: 67 |
| Anexo N° 5 | pag: 68 |
| Anexo N° 6 | pag: 69 |
| Anexo N° 7 | pag: 70 |
| Anexo N° 8 | pag: 71 |
| Anexo N° 9 | pag: 72 |
| Anexo N° 10 | pag: 73 |
| Anexo N° 11 | pag: 74 |
| Anexo N° 12 | pag: 75 |
| Anexo N° 13 | pag: 76 |
| Anexo N° 14 | pag: 77 |
| Anexo N° 15 | pag: 78 |
| Anexo N° 16 | pag: 79 |
| Anexo N° 17 | pag: 80 |
| Anexo N° 18 | pag: 81 |
| Anexo N° 19 | pag: 82 |

RESUMEN:

El masaje infantil, arte milenario practicado en Oriente, fue introducido en la sociedad occidental en la década de los años cincuenta, a través del ginecólogo francés Frédérick Leboyer, y es otra forma de ofrecer a nuestros hijos lo que Leboyer definió como “el regalo de dar amor”.

Mientras este ginecólogo paseaba por las calles de Calcuta se quedó enamorado e impresionado de la belleza de los movimientos de una madre que estaba dando un masaje a su bebé. Aquella madre se llamaba Shantala. Leboyer le pidió permiso para sacarle unas fotos de cada técnica, y Shantala, impresionada de que a alguien le llamara tanto la atención una cosa que ella veía como algo cotidiano en el cuidado de su hijo, accedió. Ese fue el principio, la raíz de que este tipo de masaje pudiera transmitirse a padres y madres del mundo occidental.

En el presunte estudio nos planteamos el problema ¿cuál es la efectividad del masaje shantala en niños de alto riesgo, atendidos en essalud III chimbote. julio – noviembre 2017? Teniendo como objetivo general determinar la efectividad del 0.3

..

.masaje shantala en niños de alto riesgo, atendidos en essalud III chimbote. julio – noviembre 2017 el cual se lograra mediante los objetivos específicos .1evaluar a los niños de alto riesgo antes y después de la aplicación del masaje shantala según el tono muscular. 2evaluar a los niños de alto riesgo antes y después de la aplicación del masaje shantala según el Área social.3evaluar a los niños de alto riesgo antes y después de la aplicación del masaje shantala según reflejos.4 evaluar a los niños de alto riesgo antes y después de la aplicación del masaje shantala según movimientos.5evaluar a los niños de alto riesgo antes y después de la aplicación del masaje shantala según sueño.6 evaluar a los niños de alto riesgo antes y después de la aplicación del masaje shantala según alimentación.7evaluar a los niños de alto riesgo antes y después de la aplicación del masaje shantala según postura. Regula el tono muscular, un 40% en mejorar el área social en los niños , un 30% en la mejora de la usencia de reflejos, un 30% en movimientos mejorando a movimientos armónicos , en un 70% en sueño mejorando a intervalos largos , un 70% en alimentación mejorando a una buena alimentación y un 5% mejorando a postura simétrica. Tales resultados muestran una diferencia significativa de 0.005 de t student.

Palabras clave – Niños de alto riesgo – Masaje shantala

ABSTRACT:

Summary Child massage, ancient art practiced in the East, was introduced to Western society in the decade of the fifties, through the French gynecologist Frédérick Leboyer, and is another way of offering our children what Leboyer defined as "the gift of give love". While this gynecologist walked the streets of Calcutta he fell in love and impressed by the beauty of the movements of a mother who was giving her baby a massage. That mother was called Shantala. Leboyer asked permission to take some photos of each technique, and Shantala, impressed that someone caught so much attention one thing that she saw as something everyday in the care of her son, agreed. That was the beginning, the root of this type of massage could be transmitted to parents and mothers of the Western world. In the presumed study we pose the problem, what is the effectiveness of shantala massage in high risk children, assisted in essalud III chimbote. July - November 2017? With the general objective of determining the effectiveness of shantala massage in high risk children, assisted in essalud III chimbote. July - November 2017 which will be achieved through the specific objectives. 1 Evaluate high risk children before and after the application of shantala massage according to muscle tone. 2 Evaluate high-risk children before and after applying Shantala massage according to the Social Area.3 Evaluate high-risk children before and after shantala massage according to reflexes.4 Assess high-risk children before and after after the application of shantala massage according to movements.5 evaluate high-risk children before and after the application of shantala massage according to sleep.6 evaluate high-risk children before and after the application of shantala massage according to alimentation.7evaluate to high-risk children before and after the application of shantala massage according to posture. It regulates muscle tone, 40% in improving the social area in children, 30% in the improvement of the lack of reflexes, 30% in movements improving harmonic movements, 70% in sleep improving at long intervals, 70% in feeding improving to a good feeding and 5% improving to symmetrical posture. Such results show a significant difference of 0.005 student t.

Keywords - High risk children - Shantala massage

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCIÓN:

1. Antecedentes y fundamentación científica

El masaje Shantala es beneficioso en el niño prematuro coincidiendo con los descritos en la literatura como son el incremento de peso, el desarrollo motor del niño, la interacción madre – hijo, mejora los patrones sueño – descanso y atención a estímulos, identificándose a 64 niños prematuros según edad y sexo, cuyos factores biológicos y culturales son el principal que influyan en el masaje Shantala, finalmente se reconoce la importancia del masaje Shantala en favorecer el desarrollo del niño bio-psico-social. Belkis Gesel y Zuñiga Moreira (2016) (PG2)

“el libro titulado Masaje, beneficios para el cuerpo y el espíritu, que, desde que las manos se ponen sobre la piel, los estímulos que se generan son captados por minúsculos corpúsculos táctiles, es decir, receptores, y estos son transmitidos al cerebro, generalmente una presión suave es calmante, y una presión fuerte, estimulante. Se pueden resumir casi todos los métodos de masaje en un mismo principio: desencadenar reacciones en el interior del cuerpo por medio de estimulaciones externas. El objetivo de esta terapia de estimulación es remediar el desequilibrio existente, restablecer la armonía interna y activar las capacidades de auto curación. Para ello debe iniciarse en el organismo un proceso de adaptación. Normalmente, este último sabe bascular por sí mismo nuestro conmutador interno para restablecer el equilibrio. Sin embargo, si no consigue poner en marcha por sí solo el proceso, debe recurrir a una ayuda externa, bajo forma de impulsiones, estimulantes o calmantes. En el masaje, estas impulsiones estabilizadoras se ejercen de diferentes maneras, y esencialmente por medio del tacto, que desencadena por sí solo estimulaciones calmantes y muy eficaces (Schutt, K. 2004)” (Alvares Evelyn 2015 ,PG27)

El masaje Shantala es beneficioso en el niño prematuro coincidiendo con los descritos en la literatura como son el incremento de peso, el desarrollo motor del niño, la interacción madre – hijo, mejora los patrones sueño – descanso y atención a estímulos, identificándose a 64 niños prematuros según edad y sexo, cuyos factores biológicos y culturales son el principal que influyan en el masaje Shantala, finalmente se reconoce la importancia del masaje Shantala en favorecer el desarrollo del niño bio-psico-social. Estrada Jhosep (2014) (PG2)

Se determinó que el masaje es un instrumento de gran

Ayuda par a el equilibrio del organismo del bebé, contribuyendo a la regulación de la digestión, excreción, sueño, llanto y respuesta al tacto, lo que tiene un efecto revitalizador

a nivel emocional y físico. Alvarez Evelyn (2015)(62)

El masaje infantil influye en el desarrollo madurativo del niño ya que aporta cambios positivos en la estructura corporal y área motora, incluyendo aumento de peso y talla, también le brinda un momento de relajación lo que impide situaciones de estrés en los niños y ayuda al desarrollo

del lenguaje permitiéndole interactuar de manera más independiente con otras personas con las cuales se relaciona. Zuñiga Moreira Belkis Gesel (2016) (PG 60)

“Hace más de 30 años el Dr. Frederick Leboyer descubre el masaje infantil en uno de sus viajes por la India, dónde es practicado por todas las madres a sus hijos como ritual ancestral. Observó como una joven madre le daba masaje a su niño en las calles de Calcuta, y en honor a ella llamó a este masaje Shantala (nombre de la madre). (Grupo_Aufeminin, 2015)” (Belkis Gesel y Zuñiga MoREIRA 2016,PG 20)

Se puede constatar con este estudio que la utilización De la técnica Shantala promovió Disminución de los datos vitales, en el caso evaluados a La equidad cardiaca y la respiratoria. También se verificó la mejora de la calidad Del sueño de los bebés, que se Se hizo más tranquilo y profundo, y consecuentement Y generando niños menos estresados. En cuanto a los cólicos, hubo una disminución De las sensaciones dolorosas, siendo la Un instrumento para el alivio de los dolores del bebe.Por último, el masaje Shantala promueve el fortalecimiento Del vínculo afectivo entre Madre e hijo. Fumi juliana y otros (2010)(pg3)

Los beneficios atribuidos al masaje son múltiples, dentro de los que se encuentran un adecuado incremento de peso que supera con creces el registrado para niños que no reciben masaje, y un establecimiento del vínculo madre-hijo muy estrecho, vínculo a través del cual la madre o los padres aprenden a conocer mejor a su hijo desde el nacimiento e integran y responden mejor a sus necesidades, aprendiendo a conocer los tipos de llanto del niño y la urgencia que requiere su atención.

Como efectos positivos del masaje se registran también, un desarrollo del niño más acelerado, lo que se traduce en una estimulación activa del sistema neurológico que permitiría por ejemplo un alta precoz en un niño hospitalizado por prematuridad, una progresión alimentaria más rápida, en los niños de pretérmino que se alimentaban por sonda para pasar a alimentación por mamadera. Además esto permite una mejor motilidad gástrica, lo que estaría asociado a la mejor digestión y asimilación de los alimentos. También se registran períodos de alerta más amplios, menor reacción de stress frente a estímulos dolorosos. A través del toque se produce una estimulación táctil que permitiría una adecuada y más rápida cicatrización de heridas o traumatismos producidos por ejemplo durante el parto. Mejora los patrones de sueño y descanso.

Un efecto importante que se ha registrado frente a la estimulación táctil es la disminución en forma evidente de las llamadas hormonas del stress como es el cortisol y un aumento de las serotoninas .Marquez francisaca y otros (2007)(pg5)

El libro titulado Tratado de enfermería pediátrica da a conocer , que el masaje infantil es un método de estimulación del niño que consigue una evolución psicomotriz satisfactoria e incrementa los vínculos materno-filiales, a través del contacto cutáneo. Ser sostenidos, acunados, acariciados, tocados o masajeados; cada una de estas acciones es alimento para los niños pequeños, tan indispensable, si no más, que la alimentación convencional. El masaje de los bebés es un arte tan antiguo como profundo. Simple pero difícil. El método tiene como base el contacto de piel con piel, pero no se limita a eso; otros sentidos de la madre y del niño participan, como la vista, el oído y el olfato, lo que favorece el desarrollo de los sentidos. Durante el tiempo del masaje se establece una comunicación entre el adulto y el niño

muy especial, con gran riqueza sensorial y afectiva. Durante el tratamiento se pudo observar una evolución favorable en el bebé, mejorando el contacto con su madre, además de ser bebés más atentos y anuentes al tacto Aguilar, j. (2003) , Pág. 171

En el libro titulado Masaje para bebés y niños, da a conocer que, el masaje consiste en una manipulación que realizamos sobre la piel. La piel es una barrera protectora en el cuerpo, mantiene la estructura interna de los diversos órganos. Es un laboratorio natural lleno de componentes que impulsan el crecimiento, contiene paliativos naturales, niveladores inmunológicos y partículas transmisoras. Este laboratorio propio se puede activar por medio del masaje, que aplicado en el primer ciclo de la infancia, contribuye a disponer de un soporte protector de la salud por el resto de la vida. Para un recién nacido, el tacto es tan indispensable como el aire. Este sentido, que se halla en la piel, nos ayuda a percibir los estímulos externos a través de receptores que envían la información al cerebro para que la interprete. El masaje como comunicación no verbal, intercambia afecto, sensaciones, olores, calor y miradas que ayudan al desarrollo completo de la personalidad del pequeño. Por medio del masaje se envían estímulos que ayudan a liberar endorfinas, las cuales son analgésicos naturales, que provocan en el cuerpo sensación de bienestar, además de ayudar al cuerpo a mejorar su estado en general, evidenciado en los bebés que recibieron el tratamiento Marchelli, B. (2007) Pág. 23

En el artículo publicado en la Revista Cubana de Salud Pública, titulado Bajo Peso al nacer: una mirada desde la influencia de factores sociales, y realizado por la Sociedad Cubana de Administración de Salud, da a conocer que, los niños que viven en hogares más pobres tienen 3.6 veces más probabilidades de sufrir bajo peso al nacer que los niños que viven en los hogares más cómodos. Guatemala tiene la proporción más alta de bajo peso al nacer (23%) de Latinoamérica y el Caribe y la mayor tasa de retraso en el crecimiento del mundo (49%). La desnutrición fetal en la etapa preescolar, escolar y en la adolescencia tiene una repercusión negativa sobre los futuros trabajadores, pues la mayoría sufrirán enfermedades crónicas con una disminución en el desarrollo físico y mental, lo que reduce la capacidad física para trabajar, y lo que influirá de forma negativa sobre la productividad y la economía de los países. Según datos del estudio se pudo determinar que el principal factor de bajo peso al nacer fue el bajo nivel socioeconómico, con un 27% de la muestra, lo que confirma lo anteriormente expuesto y deja en evidencia el resultado negativo que éste puede significar en el futuro para Guatemala. En relación a lo anterior, Leal, M. (2008) volumen 34, núm. 1

En un estudio realizado en Madrid por El programa Cuidado neonatal individualizado con atención preferente al desarrollo, indica que, se incluye a los padres en el cuidado de su hijo y les instruye para que reconozcan su conducta con e el fin de facilitar el apego y fortalecer su

confianza en el cuidado de su hijo. También comenta que, existen intervenciones positivas, algunas de las cuales participan del programa de estimulación táctil-cinestésica aplicada a prematuros durante su estancia en cuidados intensivos, optimizó el crecimiento y mejoró la habituación, orientación, motricidad y variabilidad de estados. El contacto próximo con la madre, ofrece un estilo de crianza interactivo único tanto en su vertiente social como en la estimulación del sistema sensorial (olor y audición del tono de la voz materna, masaje y estimulación táctil, propioceptiva y balanceo). Este tipo de programas parece conllevar no solamente ventajas fisiológicas, sino también sobre la conducta del bebé, pues el contacto promueve la maduración del sistema nervioso autónomo y de los ritmos circadianos, así como una mejor organización de los estados, lo que es reflejado por períodos más prolongados de sueño tranquilo y de vigilia, además de mejorar la organización de los estados, sincronización e integración de subsistemas como el motor, autónomo, autorregulación, etc., favorece una mejor adaptación al medio con una mayor interacción con sus cuidadores. Durante el desarrollo del estudio se pudo observar que los bebés que se sometieron al tratamiento, cambiaron su conducta, prolongando los períodos de sueño, mejorando su percepción al entorno y respondiendo mejor a los estímulos externos. García, A. (2010) Pág. 925-924

1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

El trabajo investigativo se ejecutó con el fin de determinar cuál es la efectividad que aporta la práctica del Masaje shantala en niños de alto riesgo del hospital salud atendidos en el área de terapia física y rehabilitación de niños.

La importancia de este proyecto es que por medio de la investigación que se aplicó al grupo mencionado permitió extraer toda la información necesaria para localizar e identificar a los niños que formaron parte de la investigación, también se tomó en cuenta el nivel de conocimientos en que se encuentran los padres de familia con respecto al masaje shantala para que la información impartida posteriormente no sea complicada de entender y sea fácil para realizar un trabajo colectivo en beneficio del niño, lo cual generó innumerables conclusiones de gran relevancia a favor de los más pequeños en este caso los bebés y niños.

Por medio de la ejecución de este proyecto investigativo se busca solucionar los bajos estándares en cuanto al desarrollo motor, alteraciones en el tono muscular si lo hubiese, déficits en el desarrollo del lenguaje por ausencia de comunicación entre los niños y sus padres pero para alcanzar estos objetivos es necesario el apoyo y dedicación de las familias a intervenir teniendo en cuenta que existe una solución eficaz y agradable tanto como para los niños que reciben el masaje como para quienes se los aplica.

El beneficio que se logrará al concluir la realización del proyecto se enfoca principalmente en mejorar el estado físico y emocional de los niños que son atendidos en hospital salud - en el área de terapia física y rehabilitación de niños, concediéndoles todas las alternativas para su crecimiento óptimo junto con una relación estrecha y armónica entre padres e hijos.

1.3 .FORMULACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿CUÁNTO ES LA EFECTIVIDAD DEL MASAJE SHANTALA EN NIÑOS DE ALTO RIESGO, ATENDIDOS EN ESSALUD III CHIMBOTE - JULIO – NOVIEMBRE 2017?

1.4 MARCO TEORICO:

Desarrollo infantil

Según N el libro blanco de la atención temprana nos dice que el desarrollo infantil en los primeros años se caracteriza por la progresiva adquisición de funciones tan importantes como el control postural, la autonomía de desplazamiento, la comunicación, el lenguaje verbal, y la interacción social. Esta evolución está estrechamente ligada al proceso de maduración del sistema nervioso, ya iniciado en la vida intrauterina y a la organización emocional y mental. Requiere una estructura genética adecuada y la satisfacción de los requerimientos básicos para el ser humano a nivel biológico y a nivel psicoafectivo.

- La base genética, específica de cada persona, establece unas capacidades propias de desarrollo y hasta el momento no nos es posible modificarla.

- Los factores ambientales van a modular o incluso a determinar la posibilidad de expresión o de latencia de algunas de las características genéticas. Estos factores son de orden biológico y de orden psicológico y social.

Son factores ambientales de orden biológico el mantenimiento de la homeostasis, estado de salud, ausencia de factores de agresión al S.N...., condiciones necesarias para una adecuada maduración.

Son factores ambientales de orden psicológico y social la interacción del niño con su entorno, los vínculos afectivos que establece a partir del afecto y estabilidad en los cuidados que recibe, la percepción de cuanto le rodea (personas, imágenes, sonidos, movimiento...). Estas condiciones, que son necesidades básicas del ser humano, son determinantes en el desarrollo emocional, funciones comunicativas, conductas adaptativas y en la actitud ante el aprendizaje.

El sistema nervioso se encuentra en la primera infancia en una etapa de maduración y de importante plasticidad. La situación de maduración condiciona una mayor

vulnerabilidad frente a las condiciones adversas del medio y las agresiones, por lo que cualquier causa que provoque una alteración en la normal adquisición de los hitos que son propios de los primeros estadios evolutivos puede poner en peligro el desarrollo armónico posterior, pero la plasticidad también dota al Sistema Nervioso de una mayor capacidad de recuperación y reorganización orgánica y funcional, que decrece de forma muy importante en los años posteriores.

La evolución de los niños con alteraciones en su desarrollo dependerá en gran medida de la fecha de la detección y del momento de inicio de la Atención Temprana. Cuanto menor sea el tiempo de privación de los estímulos mejor aprovechamiento habrá de la plasticidad cerebral y potencialmente menor será el retraso. En este proceso resulta crucial la implicación familiar, elemento indispensable para favorecer la interacción afectiva y emocional así como para la eficacia de los tratamientos.

Trastornos en el desarrollo

El trastorno del desarrollo debe considerarse como la desviación significativa del “curso” del desarrollo, como consecuencia de acontecimientos de salud o de relación que comprometen la evolución biológica, psicológica y social. Algunos retrasos en el desarrollo pueden compensarse o neutralizarse de forma espontánea, siendo a menudo la intervención la que determina la transitoriedad del trastorno.

Niños de riesgo

Riesgo biológico - social Se consideran de riesgo biológico aquellos niños que durante el periodo pre, peri o posnatal, o durante el desarrollo temprano, han estado sometidos a situaciones que podrían alterar su proceso madurativo, como puede ser la prematuridad, el bajo peso o la anoxia al nacer.

Los niños de riesgo psico-social : son aquellos que viven en unas condiciones sociales poco favorecedoras, como son la falta de cuidados o de interacciones adecuadas con sus padres y familia, maltrato, negligencias, abusos, que pueden alterar su proceso madurativo

La Atención Temprana Debe llegar a todos los niños que presentan cualquier tipo de trastorno o alteración en su desarrollo, sea éste de tipo físico, psíquico o sensorial, o se consideren en situación de riesgo biológico o social. Todas las acciones e intervenciones que se llevan a cabo en atención temprana deben considerar no sólo al niño, sino también a la familia y a su entorno. El principal objetivo de la Atención

Temprana es que los niños que presentan trastornos en su desarrollo o tienen riesgo de padecerlos, reciban, siguiendo un modelo que considere los aspectos bio-psico-sociales, todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, posibilitando de la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal.

El entorno familiar El medio familiar constituye sin duda una vía importante de detección, pues en muchas ocasiones son los propios padres, o personas cercanas al niño, los que en la interacción diaria con su hijo en su contexto natural pueden observar que existe una diferencia o desviación entre el comportamiento de su hijo y el de otros niños. , etc

El Sueño y los Niños Pequeños

Carolina del norte (2002) dice que el sueño es tan importante para la buena salud como lo son los buenos hábitos dietéticos y el ejercicio. “Pasar del sueño a la vigilia y viceversa crea momentos en que el ser humano es muy vulnerable. Si hay momentos en que hay que estar calmado, ser cuidadoso y tratar a los niños como personas, es cuando pasan del sueño a la vigilia y viceversa. El respeto de los horarios personales de los niños

Los niños pequeños deben sentir que el sueño y los períodos de descanso son períodos de relajación y comodidad durante el día Para que se sientan relajados y reconfortados, es recomendable dormir a los niños de la misma manera en que sus padres los duermen en sus casas. Mecerlos, darles palmaditas, tocarles música suave, sobarles la espalda y bajar la intensidad de la luz pueden contribuir a que el niño se sienta reconfortado y listo para descansar.

Algunos niños desean un objeto especial reconfortante, tal como una cobija, cuando van a dormir. Los niños que no se duermen pueden descansar en silencio con juguetes o libros a modo de entretenimiento silencioso. Los niños se ven afectados cuando no duermen lo suficiente. Los niños que tienen problemas crónicos de falta de sueño no aprenden tan bien como los niños que descansan bien.

También tienen una mayor proporción de problemas de comportamiento. Para poder sobreponerse al letargo, los niños pueden dedicarse a la hiperactividad y al

comportamiento difícil cuando están muy cansados. Indicadores de que los niños tienen sueño:

- Restregarse los ojos
- No mostrar interés en jugar
- Apegarse a un adulto
- Chuparse el dedo
- Bajar la cabeza
- Ponerse torpe
- Disminuir el ritmo de la actividad
- Frustrarse fácilmente

Problemas del sueño :

Los problemas de sueño afectan a casi 70 millones de norteamericanos de todas las edades, razas y niveles socioeconómicos.

- Hay un creciente conjunto de pruebas científicas que demuestran que la carencia de sueño causa cansancio, dificultad para concentrarse, irritabilidad, facilidad de frustración y dificultad para modular los impulsos y las emociones.
- En los niños, los síntomas de carencia de sueño a menudo pasan desapercibidos o se atribuyen erróneamente a trastornos de conducta o de déficit de atención.
- El desempeño en el salón de clases y en las actividades extracurriculares puede verse afectado si el niño no duerme adecuadamente.
- Una vez que el niño llega a la adolescencia, el riesgo de la carencia de sueño y sus peligros aumenta.
- La adolescencia es una etapa en que se producen cambios que aumentan la necesidad de sueño, y al mismo tiempo los factores culturales y el estilo de vida (exigencias académicas, trabajo de medio tiempo, actividades extracurriculares y actividades sociales tarde en la noche) conducen a que los adolescentes

NIÑO

La Convención sobre los Derechos de los Niños y la Constitución Política del Ecuador consideran niños/as y adolescentes a las personas menores de 18 años, sin distinción de sexo, edad, creencia, color, raza, etnia, pensamiento político, origen, etc. Sin embargo, en esta etapa inicial del curso de vida, los niños y niñas siguen una secuencia relativamente universal en su desarrollo psicológico, biológico y social. Por ello, es posible identificar ciertos rangos de edad que ayudan a evaluar las capacidades y riesgos de los niños/as y adolescentes desde distintos puntos de vista: salud, educación, trabajo.

En general, se entiende que la infancia comienza con el nacimiento, aunque existen posturas divergentes al respecto. Antes del nacimiento, la formación del niño pasa por las siguientes fases:

- Cigoto: el punto de la concepción, fertilización. En este momento el ser es unicelular
- Enbrion es el periodo que el ser aun no tiene forma humana.
- Feto: es la ultima fase o preparación del nacimiento, en esta fase se reconoce a simple vista el ser humano

Niñez:

- Lactante (bebé), es el primer mes fuera del útero hasta completar el año.
- Infancia (infante), edades 1 - 5 años.
- Niñez (niño), edad de la escuela primaria (edades 6 - 10 años).
- Preadolescencia (preadolescente), edades 11 - 13 años aproximadamente.

La Constitución de Ecuador también respalda el desarrollo y crecimiento de los niños, acogiéndolos en el siguiente artículo:

“Art. 44.- El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas.

Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales.”
(Asamblea_Nacional_de_Ecuador, 2008).

Prematuridad :

Se considera prematuro un bebé nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación. Los niños prematuros se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional:

- prematuros extremos (<28 semanas)
- muy prematuros (28 a <32 semanas)
- prematuros moderados a tardíos (32 a <37 semanas)

El parto inducido y el parto por cesárea no deben planificarse antes de que se hayan cumplido 39 semanas de gestación, salvo que esté indicado por razones médicas.

A nivel mundial, la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de cinco años. En casi todos los países que disponen de datos fiables al respecto, las tasas de nacimientos prematuros están aumentando.

La prevención de las complicaciones y las muertes debidas al parto prematuro comienza con un embarazo saludable. La atención de calidad antes del embarazo, durante el embarazo y entre embarazos garantiza que la gestación sea una experiencia positiva para todas las mujeres. Las directrices de la OMS sobre la atención prenatal incluyen intervenciones esenciales que ayudan a prevenir el parto prematuro, como el asesoramiento sobre la dieta saludable y la nutrición óptima, o el consumo de tabaco y otras sustancias; las mediciones ecográficas del feto, que ayudan a determinar la edad gestacional y a detectar los embarazos múltiples, y un

mínimo de 8 contactos con profesionales sanitarios a lo largo del embarazo, a fin de identificar y tratar otros factores de riesgo, como las infecciones. Facilitar el acceso a los anticonceptivos y promover su empoderamiento también puede contribuir a que disminuya el número de nacimientos prematuros.

Entre las causas más frecuentes del parto prematuro figuran los embarazos múltiples, las infecciones y las enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión; ahora bien, a menudo no se identifica la causa. También hay una influencia genética. Una mejor comprensión de las causas y los mecanismos del parto prematuro permitirá avanzar en la elaboración de soluciones de prevención.OMS (2016)

Sistema nervioso :

Según Ramos y colaboradores (2001) El sistema nervioso se puede dividir en dos grandes componentes:

1. **Sistema nervioso central:** incluye las estructuras nerviosas del cerebro y médula espinal situadas dentro del cráneo y conducto raquídeo respectivamente.

2. **Sistema nervioso periférico** que a su vez involucra a todos los axones aferentes y eferentes del S.N.C y a las neuronas localizadas por fuera de esas estructuras centrales. A su vez el S.N.P. puede dividirse en:

a) **Sistema nervioso somático**, voluntario, que inerva exclusivamente al músculo esquelético y cuyos axones emergen del S.N.C. y siguen sin interrupción hasta hacer sinapsis en las uniones neuromusculares

b) **Sistema nervioso autónomo**, involuntario, que controla las funciones viscerales del cuerpo. Este se activa principalmente por centros situados en médula espinal, tallo cerebral e hipotálamo. Del mismo modo, porciones de la corteza cerebral (corteza límbica) pueden transmitir impulsos a los centros inferiores y, de ésta manera, influir en el control autónomo.

Neurotransmisores

La acetilcolina es el neurotransmisor preganglionar de ambas divisiones del S.N.A. (simpático y parasimpático) y también de las neuronas posganglionares del parasimpático. Los nervios en cuyas terminaciones se liberan acetilcolina se denominan colinérgicos.

La noradrenalina es el neurotransmisor de las neuronas simpáticas posganglionares. Los nervios en los cuales se libera noradrenalina se llaman adrenérgicos.

Dentro de los impulsos simpáticos eferentes las neuronas posganglionares que inervan glándulas sudoríparas écrinas y a algunos vasos sanguíneos que riegan la musculatura esquelética son de tipo colinérgico tanto la acetilcolina como la noradrenalina actúan sobre los diferentes órganos para producir los efectos parasimpáticos o simpáticos correspondiente.

DESARROLLO MOTOR

Según Ordóñez Legarda María del Carmen y Tinajero Miketta, definen en su libro “Estimulación temprana: Inteligencia emocional y cognitiva” al desarrollo motor como el conjunto de habilidades que el niño va logrando, producto de la maduración del Sistema Nervioso Central (SNC) y de la interacción con el medio.

El desarrollo integral hace referencia a un crecimiento armónico y sistemático de cada uno de los aparatos y sistemas del ser humano y su funcionalidad sensorial, perceptiva, psicológica, intelectual, motriz, física y del lenguaje. Este crecimiento se da durante las primeras etapas de desarrollo y maduración neurocerebral del individuo.

Cada niño posee desde antes de su nacimiento un potencial de desarrollo, el cual podrá ser optimizado en la medida en que los factores biológicos y ambientales sean favorables. El desarrollo infantil desde ser entendido como el producto de la continua interacción entre el fondo de experiencias, los factores genéticos y el desarrollo biológico. (Ordoñez, 2012).

La motricidad es la vía final común de la expresión del SNC. Cuando hablamos de movimiento o más ampliamente de motricidad.

La evolución psicomotora normal en un ser humano pasa por diferentes etapas a lo largo de la vida, desde su fecundación, el nacimiento y su desarrollo. Desde el nacimiento pasa principalmente por trimestres o hitos claves en donde ocurren eventos primordiales en el desarrollo motor y neurológico como la adaptación en su entorno, estas fases generan independencia física y funcional. Con la maduración del sistema nervioso central, la adaptación del desarrollo motor, la aparición de los reflejos y equilibrio, el niño estará en la capacidad de ejecutar movimientos acordes a su etapa de evolución, adoptando posturas erguidas que traen como consecuencia el normal descenso del centro de gravedad

en el cuerpo, lo que permitirá en gran medida la ejecución de la bipedestación y la marcha.

Las etapas del crecimiento son procesos de cambio que mantienen una secuencia, relacionado con la edad del individuo en donde se van desarrollando estructuras y funciones de acuerdo a las influencias internas (carga genética y hereditaria) e influencias externas (estímulos percibidos del medio ambiente, antes y después del nacimiento) la adición de todos estos procesos genera independencia física al niño. (Delgado, 2010)

El espiral del desarrollo durante el primer año consta de:

1. Fijación y sonrisa
2. Apoyo simétrico de codos
3. Coordinación mano- mano-boca
4. Apoyo unilateral de codos
5. Busca sonido suave
6. Apoyo palmar con brazos extendidos
7. Sedestación asistida
8. Coordinación mano – pie –boca
9. Arrastre
10. Sedestación independiente
11. Gateo
12. Marcha lateral

DESARROLLO MOTOR DEL NIÑO DE 0 –15MESES

En el niño recién nacido existen una serie de reflejos que deben perderse antes de adquirir los correspondientes movimientos voluntarios. Así el niño recién nacido tiene los puños cerrados, reflejo de prensión, y desaparece hacia el tercer mes con la prensión voluntaria.

Características motrices generales de un bebé durante el primer mes de vida:

- Es capaz de succionar y mantiene las manos cerradas como reflejos innatos.
- No puede mantener el tronco recto ni sostiene la cabeza.
- Acostado boca abajo adopta la postura fetal.
- Generalmente permanece con un brazo y una pierna encogida y la otra parte extendida.
- Ante un ruido o algún otro estímulo fuerte, tiene movimientos descontrolados en todo su cuerpo.
- Se sobresalta espontáneamente.
- Realiza movimientos de brazos y piernas a la vez, con más soltura a los 2 meses.
- Acostado boca abajo, el tono del tronco y la cabeza aún permanece débil, por lo que no puede mantener las posturas.

Características motrices generales de un bebé de 3 – 4 meses:

- Van desapareciendo los reflejos primitivos por el incremento de la madurez de su cerebro.
- Mueve menos los brazos y las piernas ya que está pasando del control reflejo, al voluntario.
- Al sentarlo, mantiene la cabeza erguida, aunque en la región lumbar necesita un apoyo.
- Desaparece el reflejo de presión palmar
- Empieza a interesarse por los objetos, abre y cierra la mano para retenerlos pero solo por unos segundos.

Características motrices generales de un bebé de 5 - 6 meses:

- A los 5 meses aparece la prensión voluntaria, puede coger los objetos y llevarlos a la boca.
- A los 6 meses se sostiene ya sobre las manos.
- En esa posición puede manipular un juguete con las manos.
- Apoyado sobre el tórax mueve los brazos y piernas haciendo el avión.
- Sentado, a los 6 meses, se sostiene con el mínimo apoyo.
- En posición dorsal intenta sentarse, pero sólo lo consigue si lo sujetamos un poquito.
- A los 6 meses ya tiene bien adquirida la prensión voluntaria.

Características motrices generales de un bebé de 7 – 8 meses

- Puede girar lo mismo boca abajo que boca arriba.
- Logra mantenerse sentado sin apoyo, sujetándose en las manos para no caerse.
- A los 8 meses, la tonicidad del tronco le permite sentarse con mayor equilibrio y sin ningún agarre.
- Salta y se agacha.
- Puede pasar un objeto de una mano a otra y golpearlo.
- Puede soltar voluntariamente un objeto.
- Comienza a tirar objetos y observa el ruido que hacen al caer.

Características motrices generales de un bebé de 9 – 10 meses:

- Con 9 meses le gusta desplazarse reptando y arrastrándose.
- Sentado, puede inclinarse hacia delante sin perder el equilibrio, aunque hacia los lados le cuesta un poco más.
- Con 9 meses puede ponerse de pie sujetándose a los muebles.
- Con 10 meses disfruta gateando.
- Da pasos apoyándose.
- Mejora la independencia manual.
- Coge en pinza superior (pulgares-índice)
- Introduce y saca objetos de cajas.

Características motrices generales de un bebé de 11- 12 meses:

- A los 11 meses le gusta señalar y explorar con el índice en orificios.
- Gatea con mayor rapidez. Se mueve apoyándose en las manos y en los pies.
- Camina agarrándose a los muebles y llevándolo de la mano.
- Para soltarse a andar necesita agarrarse a sillas, andadores y paredes.
- Con 12 meses coloca el círculo en su sitio y hace sus primeros garabatos si es estimulado por el ejemplo de los adultos.

Características motrices generales de un bebé de 15 meses:

- Su locomoción se va haciendo más segura, va perdiendo el miedo.
- Le gusta desplazarse empujando objetos y anda solo.
- Puede subir escaleras gateando.
- Se arrodilla sin ayuda, pero al ponerse en pie pierde el equilibrio fácilmente (El Tablerillo2015)

Efectos del masaje

Existen diversos efectos del masaje, entre los cuales se pueden mencionar los de carácter mecánico, reflejo, nervioso, químico y fisiológico, además de los factores emocionales subyacentes.

a) Efectos mecánicos

La influencia que el masaje tiene sobre los tejidos blandos es debida a los efectos mecánicos del mismo. Sin embargo, es difícil atribuirle a las maniobras del masaje un efecto puramente mecánico, ya que al entrar en contacto con la piel del paciente también se pone en marcha un reflejo nervioso

b) Efectos reflejos

La acción refleja del masaje se produce indirectamente. Debido a que el masaje actúa de manera directa sobre los tejidos, se activan los mecanismos nerviosos, proceso que se desarrolla gracias a las interrelaciones que existen entre

las porciones periféricas y central del sistema nervioso, entre sus reflejos y sus numerosas vías. La acción refleja del masaje es quizá más importante que sus efectos mecánicos, ya que actúa directamente sobre la piel, tejido celular subcutáneo, circulación sanguínea y linfática, aparato respiratorio, sistema nervioso, musculatura esquelética y sobre articulaciones.

d) Efectos del masaje sobre el sistema nervioso

Las respuestas del masaje y sus efectos sobre el sistema nerviosos son, principalmente, reflejas.

El sistema nervioso se divide en sistema nervioso central, que comprende el cerebro y la médula espinal y sus cubiertas, y el sistema nervioso periférico, que comprende los nervios y ganglios. El sistema nervioso periférico se divide a su vez en sistema nervioso autónomo y sistema nervioso somático. El sistema nervioso autónomo recibe información de las vísceras y del medio interno, para actuar sobre sus músculos, glándulas y vasos sanguíneos. Este es involuntario activándose principalmente por centros nerviosos situados en la médula espinal, tallo cerebral e hipotálamo. Es un sistema eferente que transmite impulsos desde el sistema nervioso central hasta la periferia estimulando los aparatos y órganos periféricos. Estas acciones incluyen: el control de la frecuencia cardíaca y la fuerza de contracción, la contracción y dilatación de vasos sanguíneos, la contracción y relajación del músculo liso en varios órganos, acomodación visual, tamaño pupilar y secreción de glándulas exocrinas y endocrinas, regulando funciones tan importantes como la digestión, circulación sanguínea, respiración y metabolismo. El sistema nervioso autónomo funciona a través de reflejos viscerales, es decir, las señales sensoriales que entran en los ganglios autónomos, la médula espinal, tallo cerebral o hipotálamo pueden originar respuestas reflejas adecuadas que son devueltas a los órganos para controlar su actividad.

Por lo que el masaje provoca reacción en éste sistema a través de la estimulación de receptores sensitivos que envían información aferente al sistema nervioso, provocando reacciones de tipo reflejo, ya que, diversos lazos de retroalimentación son activados e intervienen y ajustan los procesos homeostáticos, es decir, que se autorregulan, y esto conduce al mantenimiento del organismo. La estimulación sensitiva producida por el masaje interrumpe un patrón existente

en los centros de control del sistema nervioso provocando un cambio de los impulsos motores, sobre todo en el sistema nervioso periférico.

e) Efectos psicológicos

Las emociones de un individuo pertenecen a su intimidad y corresponden a sensaciones tales como el miedo, amor, ira, alegría, ansiedad, esperanza, temor entre otros. Estos sentimientos se experimentan conscientemente con la intervención de la corteza cerebral y de varias regiones del sistema límbico.

Las emociones están acompañadas de comportamientos, es decir, la manera a la que se responde a estos, y consisten en llorar, reír, sudar, portarse agresivamente, entre otros. Estos actos son la respuesta a la integración de los impulsos enviados por el sistema nervioso vegetativo y el sistema somático con sus nervios motores. El hipotálamo y el tronco del encéfalo regulan la función vegetativa, y la corteza cerebral se encarga de los mecanismos que producen los actos motores eferentes.

Estas estructuras integradas reciben la información que se retransmite de la percepción de las emociones, a los recuerdos asociados y al significado emocional de los hechos vividos; por ejemplo, si esos hechos suponen o no una amenaza para la vida. El hipotálamo procesa esta información y coordina los sistemas vegetativo y endocrino y, hasta cierto punto, la actividad muscular, con el fin de articular un comportamiento emocional adecuado.

El masaje tiene efectos importantes sobre el estado emocional de las personas y sobre su comportamiento. Los efectos de la relajación, procedentes de los músculos y de todo el cuerpo, modifican el estado emocional del paciente. Las sensaciones de tensión se transforman de forma considerable y la ansiedad es sustituida por la calma y la tranquilidad. Debido a estos ajustes favorables, se alivian también otras emociones como la depresión y la ira. A su vez, las respuestas emocionales pierden intensidad o desaparecen del todo. Dando como resultado la disminución de la frecuencia cardíaca, descenso de la presión arterial, aumento de la respiración y la circulación, estimulación del proceso digestivo, y así sucesivamente. Los músculos también registran estos cambios y su relajación se vuelve más intensa y duradera. Cassar, M., (2001).

EL MASAJE Y SUS GENERALIDADES

La palabra masaje se deriva de diferentes fuentes o raíces:

Raíz latina: Massa

Griega: Massien o Masso, Tocar, estrujar o amasar

Árabe: Mass o Mass´H – Apretar con sua vida

El masaje es un arte científico, un sistema de valoración y de aplicación de diversas manipulaciones en el cuerpo para el logro del bienestar físico, psico y emocional. (Lidell, 2011)

Es una terapia manual destinada a producir una serie de reacciones fisiológicas controladas, en el sistema musculoesquelético y otros sistemas del cuerpo, que conducen al alivio terapéutico del individuo a tratar. (Terapia_Física, 2015)

Según el profesor Dr. James B. Mennell, el masaje tiene tres efectos:

Reflejo: el efecto reflejo se activa incluso con un masaje superficial, el cual produce efectos sobre el sistema nervioso autónomo debido a estímulos emitidos por las terminaciones que existen en nuestra piel

Mecánico: Este, esta presenta al generar una presión sobre los tejidos, cualquiera que sea, va a producir respuestas fisiológicas circulatorias como el llenado arterial o el drenaje venoso, metabólicas mediante la segregación de sustancias, musculares a nivel de contracción o relajación y nerviosas relacionadas en gran parte con la dirección del estímulo.

Tardío: se da una vez aplicadas ciertas presiones y estímulos violentos, se producirán reacciones combinadas tardías o secundarias en diversos sistemas, luego de cierto tiempo.

En áreas específicas.

Sobre la piel:

- Aumento de la temperatura
- Exfoliación cutánea
- Eliminación de células descamativas
- Estimula la reabsorción de fluido
- Activa glándulas sudoríparas y sebáceas.

Sobre los músculos:

- Mejora la oxigenación e irrigación lo que conlleva a mejorar el trofismo muscular
- Facilita la salida de sustancias de desecho
- Elimina catabolitos.

Sobre la circulación:

- Mejora la circulación por la vasodilatación que provoca la fricción de los tejidos
- Aumenta niveles de oxígeno en sangre
- Liberación de histamina y acetilcolina (sustancias que influyen en efectos de relajación, bienestar y disminución del dolor)
- Facilita el retorno venoso

Sobre el sistema nervioso

- Anestesia (elimina o disminuye el dolor)
- Excita terminaciones ganglionares

MASAJE SHANTALA Y SUS BENEFICIOS

CONCEPTO

Según Paloma Villacieros en su libro “Masaje infantil: guía ilustrada para dar los mejores cuidados a tú bebés” El masaje está constituido por la aplicación rítmica de movimientos individuales en una secuencia dirigida a un fin concreto. Para el niño, el masaje significa por un lado un suave toque y por otro una forma de influir inconscientemente y de mejorar las condiciones fisiológicas y nerviosas de su cuerpo. Constituye uno de los métodos más antiguos y ancestrales de curación y cuenta con una tradición milenaria. El Masaje Infantil es un procedimiento que engloba técnicas tradicionales de masaje y técnicas de relajación más actuales.

ORIGEN:

El origen del Masaje shantala es muy antiguo y se ha llevado a cabo o se lo ha practicado en diferentes culturas y cada una de ellas ha establecido sus propias condiciones de cómo aplicarlo en base a las necesidades que se presente.

Hace más de 30 años el Dr. Frederick Leboyer descubre el masaje infantil en uno de sus viajes por la India, dónde es practicado el masaje shantala por todas las madres a sus hijos como ritual ancestral. Observó detenidamente como una joven madre le daba masaje suaves a su niño en las calles de Calcuta, de la india y en honor a ella llamó a este masaje Shantala ya que ese era el nombre de la madre. (Grupo_Aufeminin, 2015)

CARACTERISTICAS:

El masaje shantala se caracteriza por movimientos lentos, rítmicos, firmes y siempre hacia abajo. Es un tipo de masaje muy completo y muy beneficioso para el bebé., donde las madres se lo dan a sus hijos de una forma cotidiana y aprendida de sus mayores. Esta práctica ayuda a paliar los cólicos en los bebés, les relaja, regula su sueño, mejora su digestión y su sistema inmunológico y, a la larga, hace que los niños sean más seguros y tranquilos. Los beneficios son tanto para el bebé como para los padres, que a través de del masaje aprenden a conocer y a comunicarse mejor con su hijo y adquieren confianza para su cuidado. Y si se aplica de forma cotidiana, estrecha el vínculo amoroso entre padres e hijos.

Además con el masaje diario los padres disponen de la oportunidad de conocerse mas con el niño y así poder darse cuenta de sus necesidades o molestias que

posee el niño y a su vez familiarizarse con el lenguaje corporal del niño, con sus ritmos de comunicación y con el grado de estimulación a que éste responde, de aprender manifestaciones exteriores del niño y como se deja tomar cuando está tenso o las reacciones sensoriales que tiene cuando esta distendido o relajado

BENEFICIOS DEL MASAJE SHANTALA

El Masaje Infantil puede estimular y relajar, un punto importante para el desarrollo del aprendizaje de los niños. Cada día el sistema perceptivo de los niños adquiere cosas nuevas del entorno en donde se desarrolla por lo tanto el masaje ayuda a mantener un equilibrio entre el niño y su medio en el que él interactúa.

Clasificación de los beneficios del masje shantala en el organismo del niño.

Tras el nacimiento, el bebé percibe el mundo mediante dos sentidos básicos: el olfato y el tacto. La piel es el mayor y más poderoso sistema de comunicación de que dispone el bebé con su entorno y, mediante el olfato, es capaz de reconocer a su madre y padre . Es tan importante el tacto para el niño que el proceso de mielinización neuronal (maduración y fortalecimiento de las conexiones neuronales) se ha relacionado con la estimulación táctil

A nivel hormonal: también se ven beneficioso tanto para el niño y como para la madre. Mediante el masaje shatala se reducen las hormonas de estrés y se potencian la producción de endorfinas (hormonas del placer), de oxitocina y prolactina (hormonas imprescindibles para favorecer el área social del niño y también fortalecer el vínculo con el bebé y también necesarias para la producción de leche materna)

El sistema inmunológico: va a mejorar, ya que con el masaje se reduce el estrés en el bebé, favoreciendo un estado de tranquilidad y relajación que fortalece su sistema defensivo y al estar menos estresado también mejora su tono muscular y mejora su sueño .

El sistema gastrointestinal: al nacimiento es inmaduro. El masaje shantala ayuda a su maduración y lo regula. Puede ser de gran ayuda para cólicos, estreñimientos y gases, disminuyendo el dolor y aumentando el apetito en el niño.

El sistema muscular: es relajado y tonificado por el masaje, disuelve nudos de tensión física y/o emocional así como también le permite al niño conciliar sueños largos.

Beneficio sensorial :

El masaje es una herramienta placentera para que el bebé tome conciencia de sí mismo, de su cuerpo y de sus límites. Aporta seguridad, confianza y autoestima que permite mantener un adecuado equilibrio emocional.

Beneficio en tensión relajacion

Se habla de tensión, ya que el estímulo táctil, auditivo, visual y emocional que se dan al bebé en el masaje, lo ponen en alerta, activando los procesos cognitivos de memorización y aprendizaje.

En el vinculo afectivo

Es indiscutible que crea y nutre los vínculos padres-bebé, imprescindibles para la relación futura y la comunicación entre ellos. Se ha visto que fortalecer estos vínculos haciendo un favorable apego entre niño y padres y/o familiares también hace que el niño sea más sociable y puede disminuir la probabilidad de abandono físico, psíquico o emocional del niño y, por lo tanto disminuye, el riesgo de maltrato infantil. (MAPFRE, 2015)

Adictivos para el masaje:

Los aceites para bebés que se encuentra en el mercado están compuestos mayoritariamente de aceite mineral (petróleo) cuyo destino no es la alimentación. Pero dado que existe una serie completa de vitaminas como la A, la D, la E la K que son primordiales para la piel del niño, para el masaje es mejor utilizar un aleo vegetal y así realizar sin problemas el masaje shantala sin causar danos adversos al niño.

Principios para realizar el masaje shantala

- **Frotación superficial**

La frotación es una técnica de masaje que consiste en establecer contacto con nuestra mano u otra parte útil de nuestro cuerpo con la piel de la persona a masajear y tras ello deslizaremos lentamente con una presión leve nuestra mano sobre el tejido de la persona que recibe el masaje, es una maniobra de masaje superficial, de roce de la piel que nos permite aplicar presiones muy Variadas.

- **La duración del masaje**

En general, para realizar un masaje de fricción en todo el cuerpo se necesitan Aproximadamente de 20 – 30 minutos

- **La intensidad**

La intensidad del tratamiento se rige igualmente por la edad, debiendo tenerse en cuenta que en los bebés debe procederse de forma particularmente cautelosa y deben efectuarse las maniobras con gran sensibilidad y delicadeza.

- **La frecuencia**

Si es posible, en los primeros meses de vida y hasta la edad en que el niño comienza a caminar, el masaje debería realizarse diariamente, para preparar la musculatura a los crecientes esfuerzos que se le irán exigiendo poco a poco, para apoyarla en el cumplimiento satisfactorio de su función. A partir de la edad en que el niño gatea. El masaje debería realizarse como minimo una a dos veces por semana.

- **La posición del niño**

Va a Depender del tamaño del niño o de las condiciones de espacio de que se disponga, existen diferentes posiciones que permiten realizar correctamente el masaje.

- a) Sentarse cómodamente en el suelo sobre una manta con las piernas estiradas o con las piernas cruzadas y recogidas, colgando al niño en el regazo.
- b) Si el niño es demasiado grande para esa postura o la postura resulta demasiado incomoda, sentarse en una silla u utilizar una mesa cubierta con una manta o con una base acolchada como superficie para tumbar al niño. (Zenz Gunter, 2004)

Secuencia de movimientos del masaje shantala

1. Comienza por el pecho

Unta tus palmas con aceite, frótalas, ponlas juntas sobre el pecho del bebé deslízalas hacia fuera en dirección opuesta, siguiendo la línea de las costillas, como si estuvieras alisando las páginas de un libro.

2. Sube y baja las manos haciendo "olas"

Ahora tus manos suben y bajan de forma alterna, cruzándose, desde el costado izquierdo del bebé (zona de cadera-ingle) hasta su hombro derecho y desde la cadera derecha al hombro izquierdo. Son como olas. El canto de tu mano debe deslizarse por el cuello del niño.

3. Pasa a los brazos

Con el niño tumbado sobre el costado derecho, sujeta su brazo extendido con tu mano izquierda mientras con la derecha rodeas su hombro. Tus dedos índice y pulgar formarán un brazalete que irás deslizando por su brazo. Al llegar a su muñeca, insiste tres veces, sujeta su manita con tu mano derecha y repite este movimiento con la izquierda, de forma que tus manos se sucedan de forma fluida.

4. Ahora, la mano y el antebrazo

Después rodea con cada mano, una junto a la otra, la parte de su brazo cercana al hombro y ve desplazándolas con un movimiento de torsión (cada mano en un sentido). Al llegar a la muñeca insiste tres veces y vuelve a comenzar en el antebrazo una vez más. Repite todo el proceso con el otro bracito del bebé

5. Céntrate en las palmas de las manos

Con tus pulgares, masajea las palmas desde la base de la mano hasta la punta de los dedos..

6. La zona de la tripa

Desde la base del pecho, sin tocas las costillas, desliza las manos planas, lentamente, una después de otra, hacia ti y en perpendicular al bebé. Los movimientos deben sucederse como olas, con un ritmo constante. (Este ejercicio no se aconseja si no se ha desprendido el cordón)

7. Pasa a masajear las piernas

Tienes que hacer el mismo movimiento que con los brazos. Primero, bajando en forma de brazalete desde el muslo hasta el tobillo, con una mano y después con la otra. Repite varias veces. Después, con las dos manos a la vez pero moviéndolas en dirección opuesta, haz los movimientos de torsión, como si exprimieras, desde la ingle hasta el pie. Insiste en el tobillo.

8. La planta de los pies

Masajea la planta del pie del bebé, primero con los pulgares desde el talón hasta los dedos. Luego con toda la palma de la mano.

9. Llego el turno de la espalda

Pon al niño boca abajo y transversalmente a tus piernas, con su cabeza a tu izquierda. Coloca tus palmas planas en la parte superior de su espalda y realiza movimientos de vaivén, una mano primera y la otra después, hacia delante y hacia atrás. Al mismo tiempo, las manos se desplazan transversalmente hacia los riñones con lentitud

10. Recorrido de la espalda

Con la mano izquierda, recorre su espalda, desde la nuca a las nalgas con lentitud y firmeza, como si tu mano fuera un rodillo de amasar. Al mismo tiempo, con la mano derecha tienes que sujetar el culete del bebé, en oposición al empuje de la mano izquierda. Repite varias veces el mismo proceso.

11. Desde la espalda a los pies

Alarga el segundo movimiento, con la mano izquierda y con firmeza, hasta los talones. Con la mano derecha sujeta sus pies y mantén sus piernas lo más estiradas posible, mientras recorres la espalda, el culete y las piernas con la mano izquierda. Al llegar a los talones, levanta la mano y vuelve a empezar desde arriba.

12. Desde la frente a las mejillas

Es un masaje muy ligero, un roce con las yemas de los dedos. Comienza por la frente hacia los lados siguiendo el borde de las cejas. Cada viaje llega más lejos, hasta las sienes y a las mejillas.

13. El resto de la cara

Después, desde la base de su nariz, con los índices o los pulgares, haz un movimiento ligero y de poca amplitud hacia arriba y otro hacia abajo. Por último, posa los dedos ligeramente sobre los párpados del bebé y, desciende por los bordes de la nariz hacia las comisuras de la boca y hasta la barbilla y el cuello.

1.5 HIPÓTESIS:

HO: EL MASAJE SHANTALA NO ES EFECTIVO EN NIÑOS DE ALTO RIESGO, ETENDIDOS EN ESSALUD III CHIMBOTE. JULIO-NOVIEMBRE 2017.

H1: EL MASAJE SHANTALA ES EFECTIVA EN NIÑOS DE ALTO RIESGO, ETENDIDOS EN ESSALUD III CHIMBOTE. JULIO – NOVIEMBRE 2017

1.6 OBJETIVOS:

1.6.1 Objetivo General:

Determinar la efectividad del masaje shantala en niños de alto riesgo, atendidos en Essalud III Chimbote. Julio – Noviembre 2017

1.6.2 Objetivos Específicos:

- Evaluar a los niños de alto riesgo antes y después de la aplicación del masaje shantala según el tono muscular.
- Evaluar a los niños de alto riesgo antes y después de la aplicación del masaje shantala según el Área social.
- Evaluar a los niños de alto riesgo antes y después de la aplicación del masaje shantala según reflejos.
- Evaluar a los niños de alto riesgo antes y después de la aplicación del masaje shantala según movimientos.
- Evaluar a los niños de alto riesgo antes y después de la aplicación del masaje shantala según sueño.
- Evaluar a los niños de alto riesgo antes y después de la aplicación del masaje shantala según alimentación.
- Evaluar a los niños de alto riesgo antes y después de la aplicación del masaje shantala según postura.
- Determinar la efectividad del masaje shantala en niños de alto riesgo

CAPÍTULO II

MATERIALES Y

MÉTODOS

2.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo

No experimental, porque no existe intervención del investigador, los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador .

Prospectivo, porque los datos necesarios para para el estudio son recogidos a propósito de la investigación (primarios). Por lo que, posee control del sesgo de medición

Corte transversal

Diseño

Cuasi Experimental, longitudinal

2.2 POBLACIÓN Y MUESTRA:

Población

Está constituida por 100 pacientes atendidos en el hospital III Essalud Chimbote en el área de terapias de niños en el mes de Agosto-Noviembre 2017

Muestra

Está conformada por 20 niños atendidos en el hospital III Essalud Chimbote en el área de terapia de niños en el mes de agosto- noviembre 2017 que constituye el 20% de la población de estudio.

Se utilizara la técnica de muestreo no probalístico por conveniencia: donde los sujetos son seleccionados dada la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador

Criterios de Inclusión:

Pacientes de ambos sexos, menores de un año de edad , que sean niños de alto riesgo prematuros

Criterios de Exclusión:

Pacientes que padezcan de otras patologías, enfermedades dermatológicas, enfermedades neurológicas, síndrome de Down, displacia de cadera niños que ya están terminando sus sesiones de terapias.

2.3 MÉTODO, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Técnica

Observación, la encuesta

Encuesta: Es una técnica de investigación mediante la cual los sujetos proporcionan información acerca de si mismos en forma activa. Las encuestas se realizan mediante cuestionarios o escalas escritas. La encuesta constituye a menudo, el único medio por el cual se puede obtener opiniones, conocer actitudes, recibir sugerencias para el mejoramiento de la institución y lograr la obtención de otros datos semejantes.

Observación: Es la técnica que consiste en la captación de características del fenómeno observado, puede hacerse estructurada y no estructurada, en este caso como se anotará en una ficha de observación tendrá carácter estructural y en el registro anecdótico no estructural, para que dicha observación tenga validez es necesario que sea intencionada e ilustrada (con un objetivo determinado y guiada por un cuerpo de conocimiento).

Instrumento

Cuestionario: Es uno de los instrumentos más utilizados para recolectar datos. Para Bernal (2000), el cuestionario o escala es el conjunto de preguntas diseñadas para generar los datos necesarios para alcanzar los objetivos del proyecto de investigación; es un plan formal que me ha permitido recabar información de la unidad de análisis objeto de estudio y centro del problema de investigación. En general, una escala consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables que se van a medir y permite estandarizar y uniformar el proceso de recopilación de datos.

2.4 PROCESAMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se solicitará una carta de la escuela de Tecnología Médica para presentar a la institución (Hospital Essalud III Chimbote), donde se desarrollará dicho proyecto. Después de haber sido aceptados por dicha institución, se procederá a coordinar con el director, los horarios y las fechas que se asistirá para evaluar a los pacientes que colaboraran en dicho proyecto.

Posteriormente se procederá a realizar el consentimiento informado para los pacientes en la cual consiste en explicarles cual es la importancia, la finalidad y sus derechos que tienen en calidad de participantes.

Procedimiento técnico:

Se aplicará La ficha de evaluación a los participantes en la cual consiste en darle una explicación e indicaciones de como procederán a desarrollar. También se estará observando a los participantes para poder evaluarlos físicamente se recogerán los datos mediante una ficha.

2.5 PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS SUJETOS EN ESTUDIO.

La aplicación de los principios generales a la conducción de la investigación conduce a considerar los siguientes requerimientos: consentimiento informado; valoración riesgo/beneficio y selección de los sujetos de investigación.

Consentimiento informado:

El respeto por las personas exige que, a los sujetos, hasta el grado en que sean capaces, se les dé la oportunidad de escoger lo que les ocurrirá o no. Esta oportunidad se provee cuando se satisfacen estándares adecuados de consentimiento informado.

No hay duda sobre la importancia del consentimiento informado, pero persiste Una polémica sobre su naturaleza y posibilidad; no obstante, hay acuerdo Amplio en que el proceso del consentimiento contiene tres elementos: a) información; b) comprensión; c) voluntariedad.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Resultados

Análisis

En la tabla 1 y Figura1. Se muestra el porcentaje del tono muscular antes y después del la aplicación del masaje shantala , considerando el tono muscular antes del tratamiento un total de 20 niños que equivale al 100% . En el tipo de tono muscular normal antes 10%(2niños) después 90%(18niños), tono muscular hipertonia antes 80% (16) después 10%(2niños) , tono muscular distonia antes 10%(2)después 0%(0). Demostrando la efectividad referido al tono muscular

Tabla1. Evaluar a los niños de alto riesgo antes y después de la aplicación del masaje shantala según tono muscular , atendidos en Essalud III Chimbote. Julio – Noviembre 2017

| Tono Muscular | Antes | | Después | |
|---------------|---------|-----|---------|-----|
| | N°Niños | % | N°Niños | % |
| Normal | 2 | 10 | 18 | 90 |
| Hipertonía | 16 | 80 | 2 | 10 |
| Distonia | 2 | 10 | 0 | 0 |
| Total | 20 | 100 | 0 | 100 |

Fuente: Ficha de evaluación

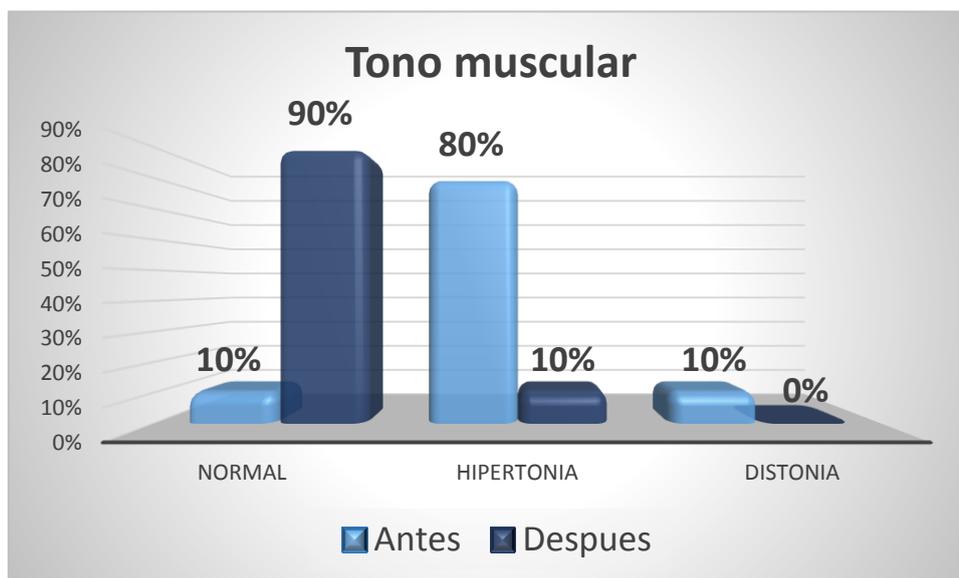


Figura1. Porcentaje del tono muscular antes y después de la aplicación del masaje shantala según tono muscular , atendidos en Essalud III Chimbote. Julio –Noviembre 2017

Fuente tabla 1

En la tabla 2 y Figura2. Se muestra el porcentaje del área social antes y después de la aplicación del masaje shantala , considerando el área social antes del tratamiento un total de 20 niños que equivale al 100% . En el tipo activo antes 45%(9niños) después 95%(19niños) , no activos antes 55% (11) después 5%(1) . Demostrando la efectividad referido al área socia.

Tabla 2. . Evaluar a los niños de alto riesgo antes y despues de la aplicación del masaje shantala según el Área social

| AREA SOCIAL | Antes | | Después | |
|-------------|---------|-----|---------|-----|
| | N°Niños | % | N°Niños | % |
| Activo | 9 | 45 | 19 | 95 |
| No activo | 11 | 55 | 1 | 5 |
| Total | 20 | 100 | 20 | 100 |

Fuente: Ficha de evaluación

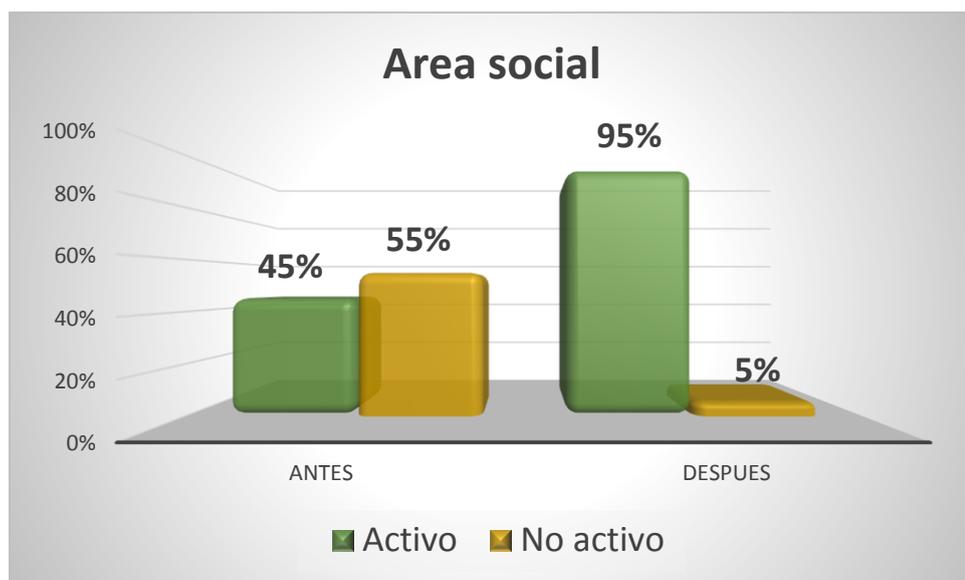


Figura2. Porcentaje del Área social antes y después de la aplicación del masaje shantala según el área social , atendidos en Essalud III Chimbote. Julio – Noviembre 2017

Fuente tabla 2

En la tabla 3y Figura3. Se muestra el porcentaje reflejos antes y después de la aplicación del masaje shantala , considerando el reflejo antes del tratamiento un total de 20 niños que equivale al 100%. en el tipo ausente antes 5%(1niños) después 35%(7niños), tipo disminuido antes 30% (6 niños) después 60%(12niños) y tipo aumentado antes un 65%(13 niños) después un 5%(1niño). Demostrando la efectividad referido al reflejo .

Tabla3. Evaluar a los niños de alto riesgo antes y después de la aplicación del masaje shantala según reflejos , atendidos en Essalud III Chimbote. Julio –Noviembre 2017

| REFLEJOS | Antes | | Después | |
|------------|---------|-----|---------|-----|
| | N°Niños | % | N°Niños | % |
| Ausente | 1 | 5 | 7 | 35 |
| Disminuido | 6 | 30 | 12 | 60 |
| Aumentado | 13 | 65 | 1 | 5 |
| 100 | 20 | 100 | 20 | 100 |

Fuente: Ficha de evaluación

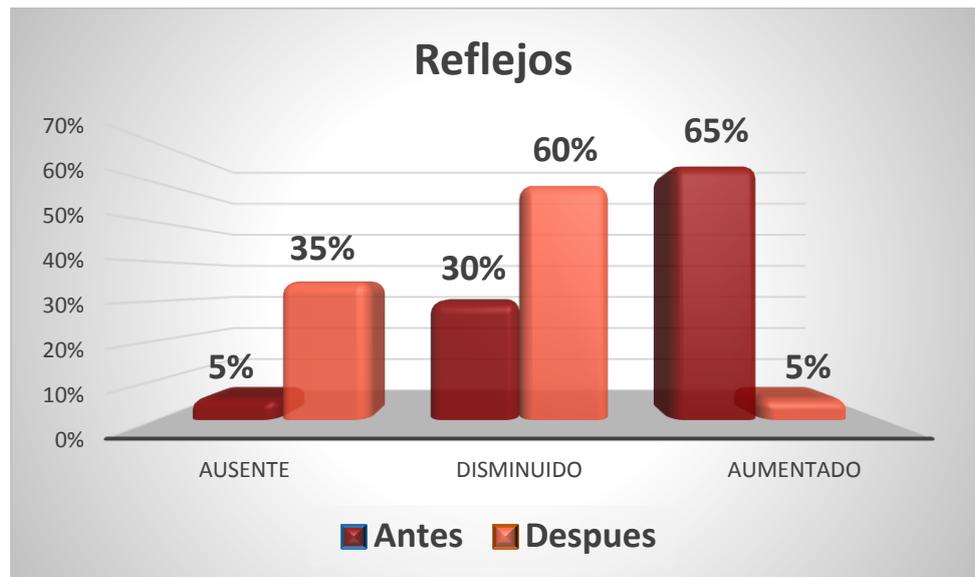


Figura3. Porcentaje de reflejos antes y después de la aplicación del masaje shantala según los reflejos, atendidos en Essalud III Chimbote. Julio – Noviembre 2017

Fuente tabla 3

En la tabla 4y Figura4. Se muestra el porcentaje de movimientos antes y después de la aplicación del masaje shantala , considerando el movimiento antes del tratamiento un total de 20 niños que equivale al 100%. En el tipo armónicos antes 40%(8niños) después 70%(14niños) , no armonicos antes 60% (12) después 30%(6) Demostrando la efectividad referido al movimiento

Tabla4. Evaluar a los niños de alto riesgo antes y después de la aplicación del masaje shantala según movimientos, atendidos en Essalud III Chimbote. Julio –Noviembre 2017

| MOVIMIENTOS | Antes | | Después | |
|-------------|---------|-----|---------|-----|
| | N°Niños | % | N°Niños | % |
| Armonicos | 8 | 40 | 14 | 70 |
| No armonico | 12 | 60 | 6 | 30 |
| 100 | 20 | 100 | 20 | 100 |

Fuente: Ficha de evaluación

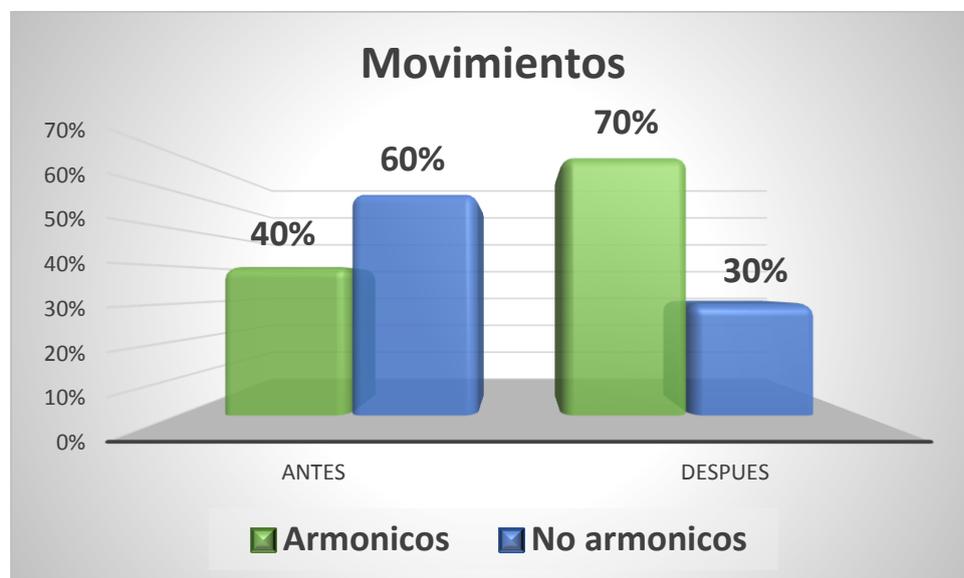


Figura4. Porcentaje de movimiento antes y después de la aplicación del masaje shantala según movimientos, atendidos en Essalud III Chimbote. Julio –Noviembre 2017

Fuente tabla 4

En la tabla 5 y Figura5. Se muestra el porcentaje de sueño antes y después de la aplicación del masaje shantala, considerando el sueño antes del tratamiento un total de 20 niños que equivale al 100%. En el tipo de intervalos largos antes 10%(2niños) después 80%(16niños), intervalos cortos antes 80% (16niños) después 20%(4niños) y no descansa ante un 10% (2niños) después un 0%(0 niños). Demostrando la efectividad referido al sueño.

Tabla5. Evaluar a los niños de alto riesgo antes y después de la aplicación del masaje shantala según sueño, atendidos en Essalud III Chimbote. Julio –Noviembre 2017

| Sueño | Antes | | Después | |
|-------------------|---------|-----|---------|-----|
| | N°Niños | % | N°Niños | % |
| Intervalos largos | 2 | 10 | 16 | 80 |
| Intervalos cortos | 16 | 80 | 4 | 20 |
| No descansa | 2 | 10 | 0 | 0 |
| 100 | 20 | 100 | 20 | 100 |

Fuente: Ficha de evaluación



Figura5. Porcentaje de sueño y después de la aplicación del masaje shantala según el sueño , atendidos en Essalud III Chimbote. Julio –Noviembre 2017

Fuente tabla 5

En la tabla 6 y Figura6. Se muestra el porcentaje de la alimentación antes y después de la aplicación del masaje shantala , considerando la alimentación antes del tratamiento un total de 20 niños que equivale al 100% . En el tipo buena antes 30%(6niños) después 100%(20niños), Escasa antes 70% (14 niños) después 0%(0 niños). Demostrando la efectividad referido a la alimentación.

Tabla6. Evaluar a los niños de alto riesgo antes y después de la aplicación del masaje shantala según Alimentación, atendidos en Es salud III Chimbote. Julio –Noviembre 2017

| Alimentación | Antes | | Después | |
|--------------|---------|-----|---------|-----|
| | N°Niños | % | N°Niños | % |
| Buena | 6 | 30 | 20 | 100 |
| Escasa | 14 | 70 | 0 | 0 |
| 100 | 20 | 100 | 20 | 100 |

Fuente: Ficha de evaluación

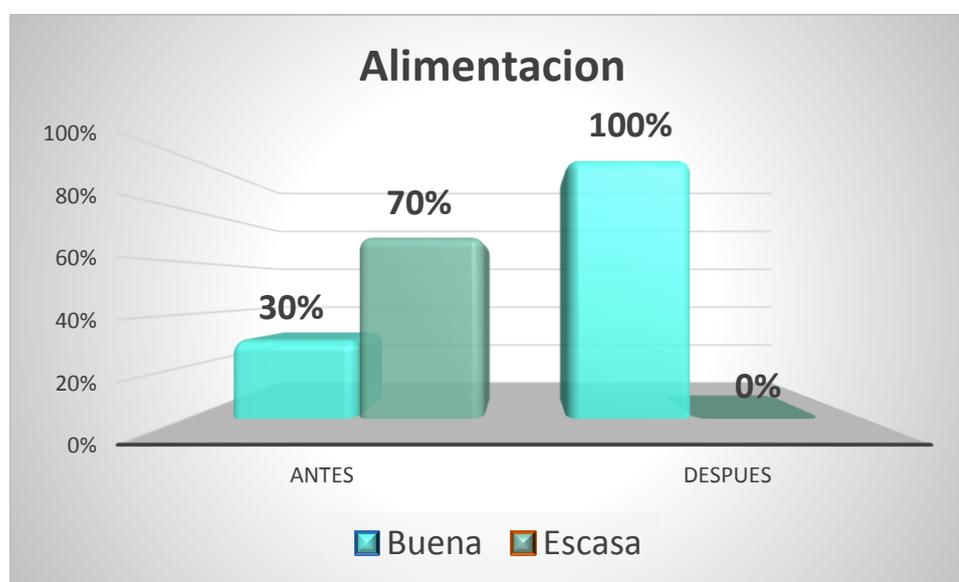


Figura6. Porcentaje de Alimentacion antes y después de la aplicación del masaje shantala según la alimentación , atendidos en Essalud III Chimbote. Julio –Noviembre 2017

Fuente tabla 6

En la tabla 7 y Figura7. Se muestra el porcentaje de postura antes y después de la aplicación del masaje shantala, considerando en la postura antes del tratamiento un total de 20 niños que equivale al 100%. En el tipo simétrica antes 95%(19niños) después 100%(20niños), asimétrica antes 5% (1niños) después 0%(0 niños). Demostrando la efectividad referido a la postura.

Tabla7. Evaluar a los niños de alto riesgo antes y después de la aplicación del masaje shantala según Postura, atendidos en Essalud III Chimbote. Julio –Noviembre 2017

| Postura | Antes | | Después | |
|------------|---------|-----|---------|-----|
| | N°Niños | % | N°Niños | % |
| Simétrica | 19 | 95 | 20 | 100 |
| Asimetrica | 1 | 5 | 0 | 0 |
| 100 | 20 | 100 | 20 | 100 |

Fuente: Ficha de evaluación

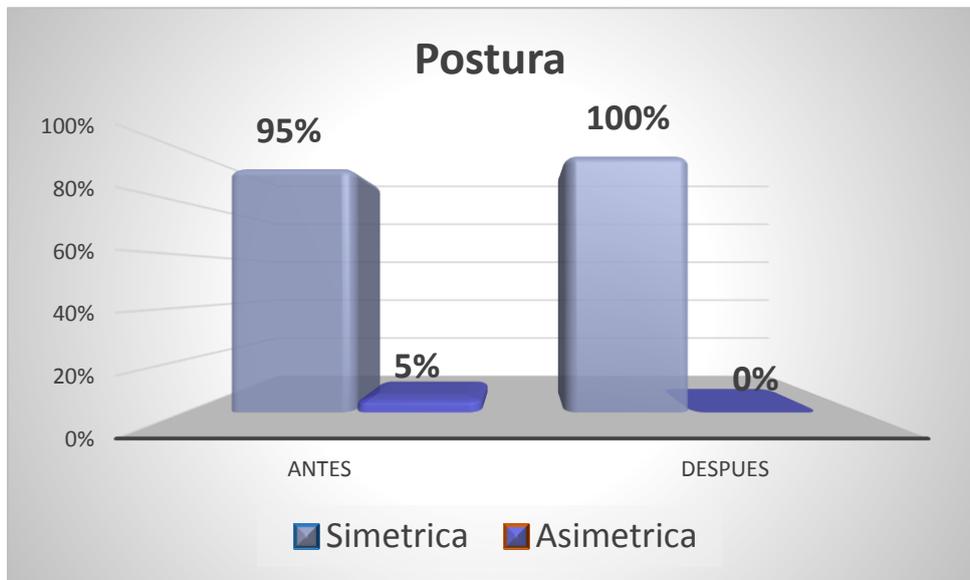


Figura7. Porcentaje de postura antes y después de la aplicación del masaje shantala según la alimentación, atendidos en Essalud III Chimbote. Julio – Noviembre 2017

Fuente tabla 7

LA EFECTIVIDAD DEL MASAJE SHANTALA EN NIÑOS DE ALTO RIESGO,
ATENDIDOS EN ESSALUD III CHIMBOTE. JULIO – NOVIEMBRE 2017

| MASAJE SHANTALA | Estadísticos | | Prueba de Hipotesis | | | | |
|--------------------|--------------|----------------------|---------------------|----|---------|---------------------------|-------------------------|
| | Media | Desviacion Tipica | T | gl | p-valor | Nivel de significacion | Decision |
| Antes | 12,50 | 1,638 | | | | | p<0.05 Se rechaza la |
| Despues | 8,35 | ,988 | 13,029 | 19 | p=0.00 | $\alpha=0.05$ | H0 |

Como $p=0,00 < 0.05$ la prueba es estadísticamente significativa, podemos decir que es efectivo el masaje shantala en niños de alto riesgo, atendidos en Essalud III Chimbote.
julio – noviembre 2017

3.2 DISCUSIÓN:

En el presente trabajo el método shantala resulto con efectividad significativa $p < 0.05$ en los niños de alto riesgo, atendidos en Essalud III Chimbote . julio –Noviembre 2017 pues al aplicar el masaje shantala evidencio la mejora del tono muscular en un 80% de estar en tono hipertónico y distonico a un tono normal , en el area social 40% mejora de estar no activos a pasar a estar activos , en los reflejos disminuyeron un 30% pasando de aumentados a disminuidos y ausentes , en los movimientos mejoraron un 30 % pasando de no armónicos a armónicos ,en el sueño mejoraron un 70 % pasando de no descansar a tener intervalos de sueño cortos y de intervalos cortos a intervalos largos , en la alimentación 70% de mejoría pasando de alimentación escasa a buena alimentación , postura 5% de mejora pasando de postura asimétrica a postura simétrica . Según Belkis Gesel Y Zuñiga Moreira (2016)

Considera que el masaje shantala es beneficioso en el niño prematuro coincidiendo con nuestro estudio sobre el incremento de peso, el desarrollo motor del niño, la interacción madre – hijo, mejora los patrones sueño – descanso y atención a estímulos.

En el GRAFICO N° 1 : se demostró que los niños de alto riesgo mejoraron el tono muscular con la aplicación del masaje shantala en un 80% de estar en hipertonía y distonia pasaron a un tono normal así como ZUÑIGA MOREIRA BELKIS GESEL (2016) considera también que brinda un momento de relajación lo que impide situaciones de estrés en los niños disminuyendo el tono muscular .

En el GRAFICO N° 2 : se demostró que los niños de alto riesgo mejoraron con respecto al área social con la aplicación del masaje shantala en un 40% de estar en no activos pasaron a estar activos así como Estrada Jhosep (2014) considera que El masaje Shantala es beneficioso en el niño prematuro ya que mejora la interacción madre – hijo, reduciendo las situaciones de estrés identificándose a 64 niños prematuros según edad y sexo, cuyos factores biológicos y culturales son el principal que influyan en el masaje Shantala, finalmente se reconoce la importancia del masaje Shantala en favorecer el desarrollo del niño. Asi mismo Alvarez Evelyn (2015) determinó que el masaje es un instrumento de gran Ayuda par a el equilibrio del organismo del bebé, contribuyendo a la regulación de la digestión, excreción, sueño, llanto y respuesta al tacto, lo que tiene un efecto revitalizador a nivel emocional y físico.

En el GRAFICO N°3 se demostró que los niños de alto riesgo mejoraron con respecto a sus reflejos con la aplicación del masaje shantala en un 30 % de estar aumentados y disminuidos pasaron a estar ausentes así como Zuñiga Moreira y Belkis Gesel (2016) considera también que el masaje infantil influye en el desarrollo madurativo del niño ya que aporta cambios positivos que influyen en los reflejos del niño .

EN EL GRAFICO N°4 :se demostró que los niños de alto riesgo mejoraron con respecto a sus movimientos con la aplicación del masaje shantala en un 30% de estar no armónicos pasaron a movimientos armónicos así como Alvares Evelyn (2015) considera que el masaje shantal brinda beneficios para el cuerpo y el espíritu, desde que las manos se ponen sobre la piel, los estímulos que se generan son captados por minúsculos corpúsculos táctiles, es decir, receptores, y estos son transmitidos al cerebro para desencadenar reacciones en el interior del cuerpo por medio de estimulaciones externas con tal de remediar el desequilibrio existente, restablecer la armonía interna y activar capacidades de auto curación que implica mejora del movimiento.

En el GRAFICO N° 5: se demostró que los niños de alto riesgo mejoraron con respecto al sueño con la aplicación del masaje shantala en un 70% de estar en no descansar a intervalos cortos pasando a intervalos largos así como Fumi Juliana Y Otros (2010) en su estudio verificó la mejora de la calidad Del sueño de los bebés, haciendo más tranquilo y profundo .se genero con ello niños menos estresados.

En el GRAFICO N ° 6 :se demostró que los niños de alto riesgo mejoraron con respecto a la alimentación con la aplicación del masaje shantala en un 70% de estar en escasa alimentación pasando a una buena alimentación así también coincide Marquez Francisca Y otros (2007)considera también Como efectos positivos del masaje se registran también, un desarrollo del niño más acelerado, lo que se traduce en una estimulación activa del sistema neurológico que permitiría por ejemplo un alta precoz en un niño hospitalizado por prematurez, una progresión alimentaria más rápida, en los niños de pre término que se alimentaban por sonda para pasar a alimentación por mamadera. Además, esto permite una mejor motilidad gástrica, lo que estaría asociado a la mejor digestión y asimilación de los alimentos. También se registran períodos de alerta más amplios, menor reacción de stress frente a estímulos dolorosos.

En el Grafico 7: se demostró que los niños de alto riesgo mejoraron con respecto a la postura con la aplicación del masaje shantala en un 5 % de estar en Postura asimétrica pasando a postura simétrica, así como Zuñiga Moreira y Belkis Gesel (2016) considera

que el masaje infantil influye en el desarrollo madurativo del niño ya que aporta cambios positivos en la estructura corporal y área motora en el niño. Coincidiendo así con nuestro estudio.

CAPÍTULO IV
CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES:

- El masaje shantala es efectivo pues influye en el desarrollo madurativo del niño ya que aporta cambios positivos en el tono muscular, en el área social, reflejos, movimientos, sueño, alimentación y postura, también le brinda un momento de relajación lo que impide situaciones de estrés en los niños permitiéndole interactuar de manera más independiente con otras personas con las cuales se relaciona.
- La participación de los padres fue fundamental en la práctica de masaje infantil ya que con el contacto directo con los niños permitió fortalecer el vínculo afectivo entre ellos haciendo de esto un momento agradable tanto para los niños como para sus padres.

RECOMENDACIONES:

- Realizar talleres prácticos con los familiares de los niños prematuros y no prematuros en el área de control de crecimiento y desarrollo del niño de forma preventiva y estimulativa en el desarrollo bio-psico-social del niño .
- Continuar con las sesiones periódicas de masaje infantil como iniciativa de los padres de familia para mantener esta práctica vigente a lo largo del crecimiento de los niños

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referencias Bibliográficas:

- Alvares G.E (2015) aplicación de masaje effleurage en bebés prematuros de 32 a 36 semanas de gestación para favorecer el aumento de peso. (tesis de licenciada) universidad Rafael landívarquetzaltenango, octubre de 2015
- Belkis Gesel y zuñiga Moreira(2016) beneficios del masaje infantil en el desarrollo madurativo de los niños de 0– 36 meses de edad que son atendidos en el programa creciendo con nuestros hijos del ministerio de inclusión económica y social de la ciudad de puyo, en el período mayo – octubre 2015 (tesis de licenciatura) universidad nacional de Chimborazo,Riobamba – ecuador 2016
- Cassar, M., (2001). Manual de masaje terapéutico. España. Editorial McGraw HillInteramericana de España. Pág. 11-14, 37-39, 92-94, 96-98
- Ramos, M.,RC,UF,EU At. (2001) Revista de Posgrado de la Cátedra VI Medicina N^o 101.
- Fritz, S., (2005), Fundamentos del masaje terapéutico, Madrid, España, Editorial Elsevier España Achaerandio, Z, (2010). Iniciación a la práctica de la investigación, Guatemala, Ediciones URL. Pág. 299-302, 336-337
- carli, J., (2004), Reiki Sistema Tradicional Japonés, Sao Paulo, Brasil,Editorial EDAF, SL. Pág. 196-197
- Craig, G., (2001), Desarrollo psicológico, México, Pearson Educación. Pág. 75-76.
- Craig, G., (2001), Desarrollo psicológico, México, Pearson Educación. Pág. 73
- Aguilar, J., (2003) Tratado de Enfermería Pediátrica, Madrid, España, EditorialElsevier España, Pág.171
- Marchelli, B, (2007), Masaje para bebés y niños, Buenos Aires Argentina, Editorial Albatros. Pág. 23

- Leal, M., (2008) Bajo Peso al nacer: una mirada desde la influencia de factores sociales, Revista Cubana de Salud Pública, volumen 34, núm. 1, Sociedad Cubana de Administración de Salud, Cuba, Disponible en:<<http://scielo.sld.cu/scielo.php>
- García, A., Quero, J., (2010) Evaluación neurológica del recién nacido, Madrid, España, Ediciones Díaz de Santos, S.A. Pág. 925-924
- Organización Mundial de la salud (2016) disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
- Terapia_Física. (2015). Terapia Física. Obtenido de <http://www.terapia-fisica.com/masaje-terapeutico.html>
- MAPFRE. (2015). Te cuidamos. Obtenido de <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/masaje-infantil.shtml>
- Grupo_Aufeminin. (2015). *Enfemenino_Maternidad*. Obtenido de <http://www.enfemenino.com/>
- El_Tablerillo. (2015). escuela infantil el tablerillo.. Obtenido de <http://escuelainfantileltablerillo.com/desarrollo-motor-del-nino-de-0-a-3-anos/>
- Asamblea_Nacional_de_Ecuador. (2008). Constitución de la República de Ecuador. Obtenido de http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf
- Delgado, M. (2010). desarrollo psicomotor. Chile: Mediterráneo Ltda.
- Lidell, L. (2011). El libro del masaje. Barcelona: Ediciones Folio.SA
- Ordoñez, T. (2012). Estimulación Temprana, Inteligencia Emocional y Cognitiva. Colombia: Pinter Colombiana S.A.

- Carolina del norte (2002) “ boletín de la salud y seguridad en el cuidado infantil” EE.UU ,octubre DEL 2002 VOLUMEN 2 PG 1 Y 6
- Grupo de atención temprana (2000)” LIBRO BLANCO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA “editorial Artegraf Madrid, mayo del 2000 pg 29

ANEXO N° 01

FICHA DE CONSENTIMIENTO

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Yo _____ identificado con
DNI _____ Acepto participar voluntariamente en esta investigación que
lleva por título EFECTIVIDAD DEL MASAJE SHANTALA EN NIÑOS DE ALTO
RIESGO, ATENDIDOS EN ESSALUD III CHIMBOTE. JULIO – NOVIEMBRE
2017brindo consentimiento de los datos correspondientes al estudio de investigación.
De la misma manera se respetará la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información
lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

ANEXO N° 02

Ficha de Evaluación

DATOS GENERALES

Nombre y apellidos:

Sexo: edad: DNI:

Dirección:

Fecha de evaluación:

Antecedentes del niño:

Fisiológicos:

a) Prenatales:

N° de embarazo:

Embarazo de alto riesgo: si () no ()

b) perinatales:

Parto: normal () cesárea ()

Edad gestacionaria:

Apgar: peso al nacer:

Talla: perímetro cefálico:

c) complicaciones:

Asfixia () Distócica () factor RNPT()

Convulsiones: () ventilación mecánica ()

Trauma () Otros ()

EXAMEN FISICO :

Tono muscular:

Normal () Hipertónico () Distonia() hipotónico()

ANEXOS N°3

✓ PREDOMINIO FLEXOR:

Miembro superior () Miembro inferior () Total ()

✓ PREDOMINIO EXTENSOR:

Miembro superior () Miembro inferior () Total ()

AREA SOCIAL :

ACTIVO ()

NO ACTIVO ()

REFLEJOS :

AUSENTE ()

AUMENTADO ()

DISMINUIDO ()

MOVIMIENTOS :

Armónicos ()

No armónico ()

SUEÑO:

Intervalos largos ()

Intervalos cortos ()

No descansa ()

Alimentación:

Buena()

Escasa()

Postura:

Simétrica ()

Asimétrica()

Anexo N° 4

REGRISTO FINAL

• **DATOS GENERALES**

Nombre del niño:.....

Edad:.....

Fecha de evaluación:

Tipo de parto: normal () cesaríá () E.G()

Peso:

Talla:

• **Evaluación funcional:**

± **POSTURA:**

Simétrica () Asimétrica ()

± **REFLEJOS:**

Ausente: ()

Aumentado: ()

Disminuido: ()

± **TONO MUSCULAR:**

Hipotónico ()

Hipertónico ()

Normal ()

± **ALIMENTACION**

Buena: () Escasa ()

± **SUEÑO:**

Intervalos largos ()

Intervalos cortos ()

No descansa ()

± **Área social:**

Activo ()

No activo ()

± **MOVIMEINTOS:**

Armónicos ()

No armónico()

Anexo N° 5



Brindando la charla sobre el masaje shantala a todo los padres de familia .

Anexo N° 6



Realizando el paso N° 1 del masaje shantala:

Anexo N° 7



Realizando el paso n° 2 del masaje shantala :

Anexo N° 8



Realizando el paso N° 3 del masaje shantala

Anexo N° 9



Realizando el paso N° 4 del masaje shantala

Anexo N° 10



Realizando el paso n° 5 del masaje shantala

Anexo N° 11



Realizando el paso N° 6 del masaje shantala

Anexo N° 12



Realizando el paso N° 7 del masaje shantala

Anexo N° 13



Realizando el paso N° 9 del masaje shantala

Anexo N°14



Realizando el paso N° 10 del masaje shantala

Anexo N° 15



Enseñando a las mañanas como se debe realizar el masaje shantala

Anexo N° 16

FICHA PARA JUECES EXPERTOS

Escala de calificación para el instrumento

Estimado profesional, dada su experiencia en el Área Terapia Física y Rehabilitación agradezco contar con su participación como Juez de Expertos en la evaluación de la Ficha de Las siguientes preguntas aplicar. Por lo que solicito se sirva marcar con un aspa (X) lo que considere conveniente e indicar comentarios o sugerencias que serán de mucha ayuda en el desarrollo investigativo y de aplicabilidad. Las preguntas seleccionadas para ello son las siguientes:

| DOMINIOS | | | SIN UTILIDAD | NO MUY UTIL | UTIL | MUY UTIL |
|------------------------|------------------|--------------------------|--------------|-------------|------|----------|
| Aspectos fisiológicos: | Pre natales : | Nº de embarazo | | | ✓ | |
| | | Amenaza de aborto | | | ✓ | |
| | | Embarazo de alto riesgo | | | ✓ | |
| | Perinatales: | Parto : normal o cesaria | | | ✓ | |
| | | Edad gestacionaria: | | | ✓ | |
| | | Apgar | | | ✓ | |
| | | Talla _ peso | | | ✓ | |
| | | Perimetro cefálico | | | ✓ | |
| | Complicaciones : | Asfixia | | | ✓ | |
| | | trauma | | | ✓ | |
| | | Convulsiones | | | ✓ | |
| | | distocica | | | ✓ | |
| | | Factor RNPT | | | ✓ | |
| Ventilación mecánica | | | | ✓ | | |
| Examen fisico | Tono muscular | normal | | | ✓ | |
| | | hipertonía | | | ✓ | |
| | | hipotónica | | | ✓ | |
| | | distonia | | | ✓ | |

Ficha de validación de jueces expertos

Anexo N° 17

| | | | | | | |
|---------------------|---------------------|------------------|--|--|---|--|
| | Predominio flexor | Miembro superior | | | X | |
| | | Miembro inferior | | | X | |
| | | total | | | X | |
| | Predominio extensor | Miembro superior | | | X | |
| | | Miembro inferior | | | X | |
| | | total | | | X | |
| <i>Aire social</i> | Activo | | | | X | |
| | No activo | | | | X | |
| <i>reflejos</i> | Ausentes | | | | X | |
| | Aumentado | | | | X | |
| | Disminuido | | | | X | |
| <i>sueño</i> | Intervalo largos | | | | X | |
| | Intervalos cortos | | | | X | |
| | Nod escansa | | | | X | |
| <i>Movimiento</i> | Armonicos | | | | X | |
| | No armonicos | | | | X | |
| <i>postura</i> | Simetrica | | | | X | |
| | Asimetrica | | | | X | |
| <i>Alimentación</i> | buena | | | | X | |
| | escasa | | | | X | |

Ficha de validación de jueces expertos

Anexo N° 18

Por lo tanto en Términos Generales:

1. ¿Cómo le ha resultado las preguntas para la Evaluación de los niños de alto riesgo ?

a) Muy útil b) útil c) No muy útil d) Sin utilidad

2. ¿Las preguntas cubren con todos los aspectos para la evaluación de los niños de alto riesgo ? Si respondes negativamente, ¿Qué aspectos faltan?

Sí No

Observaciones: _____

3. El uso de las preguntas es:

a) Muy fácil b) fácil c) difícil d) muy difícil

Firma


Lic. T.M. David Silva Pinto
Serv. Medicina Física y Rehabilitación
CTMP 3794
OSPITAL III CHIMBOTE RAAN
EsSalud

Firma

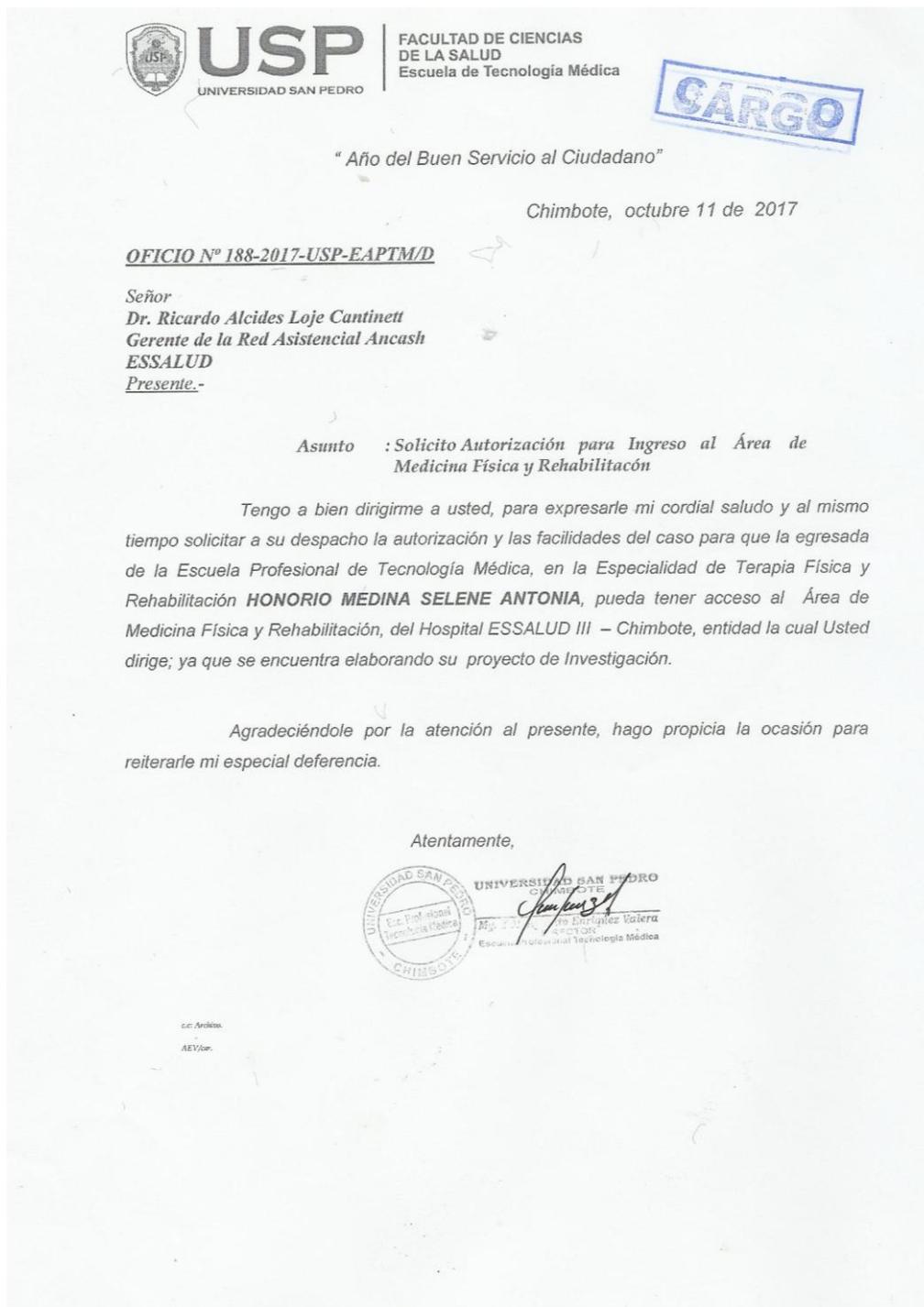

Lic. T. M. David Silva Pinto
Serv. Medicina Física y Rehabilitación
Hospital III Chimbote - RAAN
EsSalud

Firma


Lic. T. M. Maria Luisa Lazo Jara
Firma P. 6372
Serv. Medicina Física y Rehabilitación
Hospital III Chimbote - RAAN
EsSalud

Ficha de validación de jueces expertos

Anexo N° 19



Oficio de autorización para el ingreso al área de medicina física y rehabilitación