



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR

FACULTAD DE MEDICINA

**PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL RETARDO DEL
DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS (AS) DE 0-5 AÑOS DEL CENTRO
DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA DEL HOSPITAL MORENO VÁZQUEZ DE
GUALACEO ENERO 2015 - DICIEMBRE 2016.**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DE TÍTULO DE MÉDICO**

AUTORA: DANIELA DE LA NUBE PACHECO GALINDO

DIRECTOR: DR. LORGIO AGUILAR. MD. PHD

ASESOR: DR. HERMEL ESPINOSA

CUENCA -ECUADOR

2017

DEDICATORIA

Dedico este trabajo al creador de todas las cosas, el ser supremo que me ha dado fuerzas en todos los momentos, que ha llenado de humildad mi corazón y me ha permitido llegar hasta aquí y compartir junto a mi familia este momento tan especial en mi vida.

Dedico este trabajo a mis padres.

A mi madre, por ser el pilar y la fortaleza más importante de mi vida, por demostrarme su cariño y amor incondicional, sin importar los buenos y malos momentos.

A mi padre por enseñarme a luchar por mis objetivos, formar mi carácter y mantener mi perseverancia y no dejarme caer jamás.

AGRADECIMIENTO

“La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer, alguien a quien amar y alguna cosa que esperar” **Thomas Chalmers**.

A Dios, por acompañarme todos los días y haberme dado la fuerza y valor para culminar esta etapa. Agradecida con mis padres, que siempre han estado presentes en todos los momentos de mi vida, podría asegurar que el logro no es mío, si no de ellos. Me han demostrado que el amor es incondicional, que el que persevera alcanza y que no importa cuántas veces caiga, siempre estarán ellos para levantarme.

A mi abuelita Elsa, por siempre haber estado junto a mí y formado con buenos sentimientos, hábitos y valores. Por demostrarme su amor y la gran fe que tiene en mí. Eres un ángel en mi vida y este triunfo también es tuyo.

A mi abuelito Carlos, a pesar de nuestra distancia física, he sentido que ha estado junto a mí siempre y guiándome desde el cielo, aunque nos faltaron muchas cosas por vivir juntos, sé que este momento hubiera sido tan especial para ti como lo es para mí.

A mi hermana Jessy, por ser una persona muy buena, puede ser que seas diferente a mí, pero nunca quisiera cambiar nada de ti. Gracias por tus consejos que me ha ayudado a afrontar los retos de mi vida y por recordarme siempre que Dios me mandó un regalo especial de por vida, tú.

A mis hermanos Paúl y Andrés, por ser personas excepcionales y únicas, simplemente me hacen llenar de orgullo, agradezco su apoyo incondicional y su confianza en mí. Su cariño, su amor y sus grandes manifestaciones de afecto son una gran bendición de Dios, que dan muestra del amor de él.

A mi enamorado Pedro, por su amor y fe en mí, por estar presente no solo en esta etapa de mi vida, sino en todo momento, brindándome lo mejor de él y por enseñarme a ser perseverante y nunca renunciar.

Quiero expresar mi sincero agradecimiento al Doctor Lorgio Aguilar por haber confiado en mí y haberme animado a emprender la elaboración de mi tesis.

Gracias a todos.

INDICE

CONTENIDO

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
RESUMEN.....	7
ABSTRACT.....	8
CAPITULO I.....	9
1.1 INTRODUCCIÓN.....	9
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	11
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	12
CAPITULO II.....	13
2. FUNDAMENTO TEÓRICO.....	13
2.8 HIPOTESIS.....	21
CAPITULO III.....	21
3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	21
3.1 GENERAL.....	21
3.2 ESPECÍFICOS.....	21
CAPITULO IV.....	22
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	22
4.1 DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO.....	22
4.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	23
4.3 MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA OBTENER LA INFORMACIÓN.....	23
4.5 - PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR PROCESOS BIOÉTICOS.....	24
CAPITULO V.....	25
5. RESULTADOS.....	25
CAPITULO VI.....	30
6. DISCUSIÓN.....	30
CAPITULO VII.....	34
7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, BIBLIOGRAFÍA.....	34
7.1 CONCLUSIONES.....	34
7.2 RECOMENDACIONES.....	35
7.3 BIBLIOGRAFÍA.....	36
ANEXOS.....	40
ANEXO no. 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	42



ANEXO NO. 3 CUESTIONARIO	44
ANEXO NO. 4 CUESTIONARIO. TEST DE BRUNET LEZINE. BABY TEST	47
ANEXO NO. 5 TEST DE BRUNET LEZINE. ESCALA VERBAL	51
ANEXO NO. 5. TEST DE BRUNET LEZINE. ESCALA NO VERBAL	52



RESUMEN

Introducción

El retardo en el desarrollo psicomotriz en niños es muy preocupante, es un problema de salud pública a nivel mundial y se encuentra relacionada a varios factores de riesgo, algunos de ellos modificables.

Metodología

Estudio analítico de corte transversal, la muestra fue no probabilístico que valoró a 120 niños de 0-5 años que asisten al centro de estimulación temprana del Hospital Moreno Vázquez en Gualaceo. Se evaluó el desarrollo psicomotriz con el test de Brunet Lezine. Los datos se tabularon en el programa SPSS versión 20.0. La caracterización de la población se realizó mediante estadística descriptiva y medidas de tendencia central; la asociación estadística se midió con Odds Ratio (OR), el intervalo de confianza (IC) al 95% y se consideró estadísticamente significativo valores de $p < 0,05$.

Resultados

La prevalencia de retraso en el desarrollo psicomotriz fue de 57,47% y el 43,3% fue normal. Hubo predominio del sexo masculino 61,6% y la edad más frecuente fue 1 a 3 años 42,5%. Los factores asociados fueron: bajo peso al nacer OR 11,5 (IC95%: 4,85 – 27,34 $p=0,000$); prematuridad OR 9,78 (IC95%: 4,13 – 23,18 $p= 0,000$) y parto distócico OR 5,46 (IC95%: 2,46 – 11,86 $p= 0,000$).

Conclusiones

La prevalencia de retraso en el desarrollo psicomotor es más de la mitad en los casos estudiados, siendo factores de riesgo: bajo peso al nacer, nacidos prematuros y haber tenido parto distócico.

Palabras claves:

Desarrollo psicomotor, retrasos de desarrollo, balance psicomotor, niños y niñas, factores de riesgo.



ABSTRACT

Introduction

The delay in psychomotor development in children is very worrisome, it is a public health problem worldwide and is related to several risk factors, some of them modifiable.

Methodology

Cross-sectional analytical study, the non-probabilistic sample evaluated 120 children aged 0-5 years attending the early stimulation center of Moreno Vázquez Hospital in Gualaceo. Psychomotor development was evaluated with the Brunet Lezine test. Data were tabulated in SPSS version 20.0. The characterization of the population was performed by means of descriptive statistics and measures of central tendency; The statistical association was measured with Odds Ratio (OR), 95% confidence interval (CI) and values of $p < 0.05$ were considered statistically significant.

Results

The prevalence of delay in psychomotor development was 57.47% and 43.3% was normal. There was a predominance of male 61.6% and the most frequent age was 1 to 3 years 42.5%. The associated factors were: low birth weight OR 11.5 (95% CI: 4.85 - 27.34 $p = 0.000$); Prematurity OR 9.78 (95% CI: 4.13 - 23.18 $p = 0.000$) and dystocic delivery OR 5.46 (95% CI: 2.46 - 11.86 $p = 0.000$).

Conclusions

The prevalence of retardation in psychomotor development is more than half in the cases studied, being risk factors: low birth weight, premature birth and having had a dystocic delivery.

Key words: Psychomotor development, developmental delays, psychomotor balance, boys and girls, risk factors.



CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

El concepto de retardo del desarrollo psicomotriz en niños nace en Inglaterra en 1960, siendo definido, como aquel niño que, por sus antecedentes pre, peri o postnatales, tienen más probabilidades de presentar, en los primeros años de la vida, problemas de desarrollo, ya sean cognitivos, motores, sensoriales o de comportamiento y pudiendo ser éstos, transitorios o definitivos (1).

Según la OMS, entre un 3 y un 5 % de todos los embarazos se consideran de alto riesgo y aproximadamente el 12 % son de riesgo moderado. Estos porcentajes se correlacionan con los recién nacidos fruto de dichos embarazos: entre un 10-12 % de los recién nacidos precisan ingreso en una Unidad Neonatal y entre un 3 a un 5 % presentan factores de riesgo psiconeuro-sensorial (2).

La prevalencia de trastornos del desarrollo psicomotriz se ha estimado entre 12% y 16% en países desarrollados, y en países sur americanos, se han reportado tasas del 29% al 60%, dependiendo del instrumento que evalúe el desarrollo motriz (3).

En este sentido, es necesario tener en cuenta lo que ha sucedido durante el ciclo de vida del infante a nivel social, biológico, neurológico, entre otros. Pues, estas serán las bases sobre las cuales se irán desarrollando las capacidades, habilidades, diferentes tipos de aprendizajes y potencialidades humanas, desarrollo de las conexiones cerebrales, motricidad, pensamiento simbólico, cimientos de la relaciones consigo mismo, con las demás personas y su entorno, lo cual se establece en los primeros años de vida (4).

Y en efecto, estas condiciones en las cuales sucede el desarrollo infantil temprano, impactan la vida presente y futura de las personas, y las posibilidades de progreso de la sociedad a la que pertenece, en este caso los niños del Gualaceo en el Ecuador.



1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

En el Ecuador existe el código de la Niñez y Adolescencia para preservar los derechos que tienen todos los niños, niñas y adolescentes, por lo que el estado garantiza el cumplimiento de éste a través de planes y estrategias con el objetivo de aumentar el acceso de niños y niñas regulares y/o discapacidad a programas de desarrollo infantil y de educación inicial (0-5 años) (4).

Las limitaciones producidas por alteraciones en el desarrollo psicomotor durante su período pre, peri o post-natal son problemas relevantes, de frecuencia creciente y de gran impacto para la familia y sociedad, ya que estos pueden ser transitorios pero en gran parte suelen ser causa de discapacidad en la vida adulta; es por esto, que la evaluación oportuna es primordial para detectar de manera temprana este fenómeno y evitar posteriores secuelas (5).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 10% de la población de cualquier país está constituida por personas con algún tipo de alteración del desarrollo psicomotriz, la gran mayoría niños (4-5). Investigaciones en América Latina, África y Estados Unidos han demostrado que los niños desnutridos tienen un menor Coeficiente Intelectual (CI) que los niños sin este problema, (Mansur y Neto). También, Sarlahi, en Nepal 2008. en su estudio en niños de 1 a 9 años de edad determina esta asociación [(OR: 1.47; IC95%: 1,02 a 2,12)] (6).

Garrido y Alvarado en Chile, encontró que un 75% de los niños presenta riesgo en su desarrollo psicomotriz; el lenguaje corresponde un 54,9%, seguida del área motora, de coordinación y social (7). En Lima, Perú en el 2012 se realizó una investigación con la aplicación de un programa de intervención llamado “Juego, coopero y aprendo” mostrando la efectividad del mismo al incrementar los niveles del desarrollo psicomotor en niños de 3 años de un distrito de Callao (8).

En Bogotá en el 2014, se realizó un estudio sobre la estimulación de la psicomotricidad fina en los niños (as) de 2 a 3 años del hogar infantil Rafael



García Herreros a través de actividades gráfico plásticas, los resultados obtenidos evidenciaron influencia en el desarrollo motor y cognitivo (9).

En Ecuador, según la investigación realizada en el 2009 en niños de 0 a 5 años, se determinó que el 11,4% de los investigados tuvieron retraso del desarrollo psicomotriz, de los cuales el 5% tuvo discapacidad. En el cantón Salcedo 2012 (10). Sabana encontró la poca preparación de padres y maestros acerca de cómo estimular la motricidad en este grupo etario tan vulnerable (10). Así mismo, en Sangolquí 2013, una investigación sobre la incidencia del desarrollo psicomotriz en los niños de 3-4 años en los Centro Infantiles del Buen Vivir y su influencia para los futuros aprendizajes de lectura y escritura, concluyen que las promotoras de cuidado no poseen los conocimientos científicos necesarios para el trabajo en el desarrollo con vistas de estimulación del desarrollo psicomotriz (10).

A nivel local un estudio sobre prevalencia de retraso del desarrollo, efectuado en 44 niños y niñas de 0 a 5 años de edad, a quienes se les aplicó el test de Brunet-Lezine, obtuvo una prevalencia del retraso del desarrollo del 5% (6). En el Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Cuenca (CEDIUC), Huiracocha y col. que atiende a niños y niñas de 0 a 6 años de edad con sospecha de alteración del crecimiento y desarrollo, en el año 2002, determinó que de 284 niños y niñas, el 75% tuvieron un desarrollo normal y el 25% presentaron retraso del desarrollo psicomotor, las causas más frecuentes fueron Síndrome de Down, Parálisis Cerebral Infantil, déficit intelectual e hipoacusia (5).

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En correspondencia con ello se formula como problema científico:

¿Cuál es la prevalencia y factores de riesgo asociados al retardo del desarrollo psicomotor en niños (as) de 0-5 años que asisten al centro de estimulación temprana del Hospital Moreno Vázquez de Gualaceo, desde enero a diciembre 2016?



1.3 JUSTIFICACIÓN

La evaluación del desarrollo psicomotor es fundamental para conocer las características, potencialidades y debilidades del desarrollo de los niños (as), y los factores que enlentecen su normal crecimiento; más aún, en niños que crecen en condiciones precarias y no se desarrollan normalmente como los del área rural del cantón Gualaceo.

Es importante este estudio ya que tiene como fin mejorar la atención en entidades públicas y privadas con programas estructurados, intensos que incluyan a familiares, ya que los niños nacidos en familias pobres, tienen más ausentismo paterno por lo que tienen que cumplir jornadas de trabajo para poder sustentar las mínimas necesidades básicas del hogar, hecho que influye negativamente en el buen desarrollo psicomotriz del niño. Se reconoce que el proceso educativo tiene un papel protagónico en el desarrollo psicomotor por las influencias que ejerce en el proceso de desarrollo normal del niño(a) y su papel compensatorio ante las discapacidades de aprendizaje.

Para este fin se utilizó el test de Brunet Lezine, cuestionario que maneja algunos parámetros biopsicosociales para niños menores de 5 años, éste es aceptado por la mayoría de investigadores por su buena sensibilidad y especificidad en el diagnóstico temprano y oportuno de esta alteración.

Una de las propuestas es dar a conocer a las autoridades del Hospital Moreno Vázquez que se debe incorporar y permitir diseñar estrategias que involucren a los especialistas y familiares de los niños (as) que asisten al centro de estimulación temprana del Hospital para un trabajo conjunto con los docentes en la aplicación de medidas e instrumentos que aporte beneficios tanto en lo individual, familiar como en lo social.

Los resultados que se obtengan constituirán fuente de referencia para las investigaciones futuras que abordan el problema y la socialización de los mismos beneficiará a la institución, a los niños y niñas que participan en la investigación, familiares y la comunidad del Cantón Gualaceo, en la provincia Azuay.



CAPITULO II.

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2. 1 DEFINICIONES

2.1.1 Retraso.

Acción y efecto de retrasar o retrasarse. Hecho o circunstancia que algo ocurra en un tiempo posterior o debido. (33)

En medicina, el desarrollo diferido o lento de un proceso (34).

2.1.2 Retardo.

Acción y efecto de retardar. Sinonimo de retraso, demora, detención (33).

Desarrollo incompleto o inferior en una persona (34).

2.1.3 Desarrollo Psicomotor.

El desarrollo psicomotor ha sido identificado por Sánchez, C. M, (2014) y Narbona, J.S. (2008) como un proceso continuo que va desde la concepción a la madurez, en el cual el niño adquiere habilidades motoras, en el lenguaje, manipulativas y sociales, que le permiten una progresiva independencia y adaptación al medio, que depende de la maduración correcta del sistema nervioso central (SNC), de los órganos de los sentidos y de un entorno psicoafectivo adecuado y estable (11)

2.1.4 Desarrollo Psicomotor y sus definiciones

El vocablo desarrollo psicomotor (DPM) se atribuye al neuropsiquiatra alemán Carl Wernicke, quien lo utilizó para referirse al fenómeno evolutivo de adquisición continua y progresiva de habilidades a lo largo de la infancia. Las habilidades mencionadas comprenden la comunicación, el comportamiento y la motricidad del niño (11).

Haeussler&Marchant, 2009, definen el desarrollo psicomotor como la madurez psicológica y motora que tiene un niño en relación a tres áreas básicas: coordinación visomotora, lenguaje y motricidad, relacionada a otros aspectos que hacen más complejo dicho desarrollo para la praxis en la vida diaria (11).



El desarrollo psicomotor está expuesto a deficiencias, que se manifiestan a nivel de las áreas de: coordinación, el lenguaje y motricidad (12). Así, se considera que los primeros años de vida, componen un período de integración de bases y acciones que reflejan más tarde la producción de sus movimientos y el juego, es uno de los componentes más importantes, para facilitar la asimilación de los movimientos (9)

Una de las características que se evidencian cuando el desarrollo psicomotor se está efectuando normalmente, es el control que refleja el niño(a) de su propio cuerpo, la proposición activa de nuevas respuestas a situaciones inmediatas y por ende la actuación natural, las representaciones y expresiones que se exige en un contexto determinado, siendo la maduración quien establece de qué forma y como podrá responder según su etapa de desarrollo evolutivo (13)

2.2 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), un factor de riesgo es toda característica o circunstancia de una persona o grupo que está asociada a una probabilidad mayor de aparición de un proceso patológico o de evolución especialmente desfavorable de ese proceso. Las alteraciones del crecimiento y desarrollo pueden ser resultantes de una serie de factores causales tanto de orden biológico como psicococial y ambiental, encadenados entre sí pueden producir una o varias alteraciones o trastornos determinados, aunque no siempre se logre relacionar los trastornos con factores de riesgo (14)

2.2.1 Factores biológicos.

Factores donde hay una gran carga genética, presentándose una baja maduración nerviosa, como consecuencia de alteraciones en dos de sus principales estructuras: la médula y el cerebro (encéfalo). El desarrollo del cerebro es sumamente importante para construir una base física de los procesos psíquicos. Cualquiera de estos periodos que podrían alterar el proceso madurativo, como prematuridad, bajo peso al nacer, infecciones del



sistema nervioso entre otros afectarán el normal desarrollo psicomotor del niño (15).

- ✓ **En el periodo prenatal:** Incluye los factores genéticos y congénitos.
- ✓ **En el periodo perinatal:** Incluye el periodo que comprende desde las 22 semanas de gestación hasta el término de las primeras 4 semanas de vida neonatal (28 días). Teniendo importancia el tipo de parto y si al momento presenta daños de tipo neurológico o inadecuada oxigenación, si es parto prematuro o postmaduro (16).
- ✓ **El recién nacido a término:** es el que nace entre las 37 y 41 semanas cumplidas de gestación, mientras que el peso medio al nacer es de 3.250 gr, en las niñas y 3.500 gr en niños. Los niños que nacen con menos de 37 semanas son prematuros y los que tienen un peso de nacimiento inferior al percentil 10, según su edad gestacional, se consideran de bajo peso (16).
- ✓ **En el periodo postnatal:** Si existe presencia de traumatismos o lesiones posteriores al nacimiento (16).
- ✓ **Lactante:** Período que comprende el primer año de vida desde 0-11m, 29d. Caracterizado fundamentalmente por un predominio del desarrollo sensorial y motriz y en los inicios del desarrollo del lenguaje (16)
- ✓ **Edad Temprana.** Período que comprende desde 1-3 años. Caracterizado fundamentalmente por un intento por hacer las cosas de forma independiente y una estrecha vinculación con el medio, fundamentalmente con los objetos y el mundo natural que le rodean, mediante acciones concretas. Continúa extendiendo un predominio de lo afectivo sobre lo regulativo (16)
- ✓ **Edad Prescolar.** Período que comprende desde 4-5 años. Caracterizado por predominio de la memoria, el pensamiento y el lenguaje en los procesos cognoscitivos con mayor desarrollo de la imaginación (16)



2.2.2 Factores ambientales o psicosociales.

Los principales agentes nocivos relacionados con los agentes sociales son: falta de cuidados o de interacciones con sus padres, familia, maltrato, negligencias, abusos, entre otros y se dividen en:

- ✓ Estimulación que condiciona variaciones de lo normal y también causa alteraciones del desarrollo, el desarrollo específico de un niño está determinado por factores culturales que generan mayor estímulo en ciertos aspectos.
- ✓ La afectividad y el vínculo: estos son imputables en el desarrollo equilibrado, en sus aspectos emocionales, sociales y laborales.
- ✓ Las normas de crianza donde se desarrolla hábitos, interacción con cada miembro de la familia, grado de independencia y autonomía.
- ✓ Las condiciones socioeconómicas y culturales que determinan en el niño modelos conductuales específicos, valores sociales y religiosos, determina así oportunidades de educación, estimulación y valores.
- ✓ Riesgos psicosociales como, tipo de familia, monoparental, nuclear, extendida, migración de padres, tipo de cuidador del niño o niña, falta de cuidados, mala atención de salud (17).

2.2.3 Tipo de Familia

La familia tiene como función principal asegurar la supervivencia y garantizar la protección, el afecto y la identidad de sus seres, que puede o no potenciar el desarrollo del niño o niña dependiendo de cómo está estructurada y de cómo ejecuta sus funciones, que ofrece la satisfacción de sus necesidades, potencia su desarrollo, mientras que una familia con conflictos se convierte en un elemento de riesgo (17).

- ✓ **Familia monoparental:** conformada por el o los hijos el padre o la madre, asumiendo jefatura masculina o femenina. La ausencia de uno de los dos progenitores puede ser total o parcial debido a separación, divorcio, abandono, viudez, alejamiento por motivos forzados (trabajo, cárcel, migración).



- ✓ **Familia biparenteral:** Es familia nuclear (padres biológicos o sustitutos y hermanos) unidos por lazos sanguíneos imperecederos.
- ✓ **Familia Nuclear:** Constituida por el hombre, la mujer y los hijos, unidos por lazos de consanguinidad; conviven bajo el mismo techo y desarrollan sentimientos de afecto, intimidad e identificación.
- ✓ **Familia extendida:** Integrada por miembros de más de dos generaciones, donde los abuelos, los tíos y otros parientes comparten la vivienda y participan al funcionamiento familiar (17).

2.2.4 Migración

Otros factores de riesgo en relación con el tipo de familia y desarrollo es la migración, definida como el desplazamiento de uno o ambos padres a una distancia que genera dificultades en la comunicación considerable o fuera del país, dejando a sus hijos al cuidado de terceras personas que pueden ser familiares o no (18).

2.2.5 Cuidador Familiar

Es la persona que siempre está suministrando al niño o niña el cuidado, la satisfacción de las necesidades de alimentación, vestuario, educación, recreación, participación, afecto. Cuidador que tiene influencia en la formación de la personalidad, identidad, autoestima del niño o niña (18).

2.3 DIMENSIONES DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

- ✓ **Motricidad:** es considerada como la acción del sistema nervioso central sobre los músculos que motiva sus contracciones, está relacionada al movimiento y control del cuerpo o partes del cuerpo. Las percepciones y los movimientos, al establecer relación con el medio exterior, elaboran la función simbólica que genera el lenguaje y éste último dará origen a la representación ya del pensamiento.
- ✓ **Coordinación:** está dada por el óptimo trabajo y la interacción que se da entre el sistema nervioso central y la musculatura, en donde la armonía en los movimientos es eficaz, estética, rítmica y sincronizada.



- ✓ **Lenguaje:** es una de las funciones psicológicas que más roles desempeña en el desarrollo psíquico del ser humano; permite comunicar información, significados, intenciones, pensamientos y peticiones, así como expresar sus emociones, interviniendo en procesos cognoscitivos: pensamiento, memoria, razonamiento, solución de problemas (18).
- ✓ **Sociabilidad:** Adquieren autonomía haciendo cosas por sí mismo. Les brindara seguridad y reportara beneficios en su autoestima.

2.4 ELEMENTOS DEL BALANCE PSICOMOTOR

Estos elementos son los siguientes: esquema corporal, lateralidad, tono muscular, independencia motriz, coordinación, control respiratorio, equilibrio, estructuración espacial, estructuración temporal. Las habilidades motoras gruesas, son las de los amplios movimientos corporales como correr, saltar, en tanto las habilidades motoras finas consisten en el uso perfeccionado de la mano, el pulgar y los dedos opuestos. Son capacidades sensomotrices consolidadas del rendimiento de la persona, que se aplican conscientemente en la dirección de movimientos, componentes de una acción motriz con una finalidad determinada (20).

2.5 TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR.

Los trastornos del desarrollo motor son alteraciones que ponen de manifiesto un aspecto anormal en el proceso evolutivo de este. La noción de retraso psicomotor implica, como diagnostico provisional, que los logros de un niño durante sus primeros años de vida aparecen con una secuencia lenta para su edad y/o cualitativamente alterada, deficiencias que si no se identifican ni tratan a tiempo, podrán alterar la calidad de vida del niño, su aprendizaje y relación con los demás (20).

2.6 CRITERIOS PARA LA EVALUACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR.

En la literatura se precisan los criterios que se deben tener en cuenta al evaluar el desarrollo psicomotor, a saber:



- ✓ Cuando el niño (a) no se sienta hábil y cómodo en el uso y en la relación que establece con su cuerpo
- ✓ No logra movimientos que lo satisfagan frente a sus desafíos de crecimiento y aprendizaje
- ✓ Cuando existen secuelas de traumatismos o experiencias de internación hospitalaria prolongada, enfermedades neuromusculares o degenerativas
- ✓ Cuando un trastorno psicomotor limita las posibilidades normales de desarrollo (20).

2.7 TEST DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO

En 1944 y 1946 en Francia, Irene Lezine y Odette Brunet publicaron la Escala de desarrollo Psicomotor de la primera infancia.

Se realizó una revisión obteniendo actualmente resultados de coeficiente de desarrollo más elevado que los que se obtenían en las tipificaciones antiguas, por lo que se necesitó de una revisión actual en la que presenta los siguientes cambios (35).

- La evaluación de los prematuros estaba sobreestimada y se corrige con la revisión.
- Se han eliminado los elementos de 1 mes.
- Se modificó los niveles de edad (35).

2.7.1 Proceso de revisión

Se ha mantenido una parte del contenido original.

- Una situación de observación del niño estandarizada.
- Una aplicación simple y rápida.
- Utilización de un material que suscita interés al niño.
- La reducción al máximo de la influencia del examinador.
- El reparto de las pruebas en cuatro campos, postural, coordinación visomotora, lenguaje (comprensión y expresión) y social (35).



La ventaja principal de esta escala es su estructura, puesto que permite un análisis interindividual de los resultados definiéndolo en términos básicos, según se nombra:

- ✓ **Desarrollo psicomotor:** evolución de las competencias de un individuo desde su nacimiento hasta la edad adulta. El desarrollo psicomotor es particularmente importante en los niños que adquieren rápidamente las capacidades motrices pero también psicológicas, cognitivas (intelectuales) y sociales (21).
- ✓ **Retrasos de desarrollo:** es una descripción que se aplica a los niños cuyo aumento de peso corriente está significativamente por debajo de las tasas correspondientes a otros niños de su misma edad y sexo (22).
- ✓ **Balance psicomotor:** permite establecer el perfil del paciente considerando la diversidad de sus funcionamientos: neurológico, emocional, relacional y cognitivo, ya que la alteración psicomotriz no es una expresión unívoca y estable de una lesión o de una disfunción circunscrita (23).

2.7.1 Aplicación

Existe un manual acerca del orden de presentación de la escala, en función a la edad del niño y de las diferentes posturas en que debe ser colocado para la exploración (35).

Es preferible que este acompañado. El examen dura entre 25 a 60 minutos, comenzando por valorar los elementos propios de la edad de desarrollo estimada por el evaluador y debiendo examinarse hacia edades inferiores hasta completarla, valorándose como “conseguidos” los 10 elementos (edad suelo), continuándose hacia edades superiores, hasta aquella en los 10 elementos sean valorados como “no conseguidos” (edad techo) (35).

Una vez completado el examen y calculada la edad cronológica del niño, el manual nos permite mediante una tabla el cálculo de las edades de desarrollo (parciales y global), así como los cocientes de desarrollo parciales y global a través de la suma de puntos conseguidos en las áreas evaluadas (35).



El proceso es el siguiente: hallar la edad de desarrollo de un niño realizando una suma. El primer sumando sería el número de días equivalente a la edad base. Es decir si la edad base es de 4 meses, el primer sumando sería igual a 30 (día de un mes) multiplicado por 4, con resultado de 120 días de desarrollo. A esta cifra se le añade un valor por cada ítem de los elementos evaluados que el niño consiga (35).

Se debe interpretar con prudencia los resultados e interpretar los distintos campos de desarrollo que contempla la escala (35).

2.8 HIPOTESIS.

- **Hipótesis nula (Ho):** No se encuentra asociación entre los factores de riesgo y el desarrollo psicomotor en niños (as) de 0-5 años que asisten al centro de estimulación temprana del Hospital Moreno Vázquez en Gualaceo.
- **Hipótesis Alternativa (H1):** Se encuentra asociación entre los retrasos en el desarrollo psicomotor con o sin discapacidad, en niños (as) de 0-5 años que asisten al centro de estimulación temprana del Hospital Moreno Vázquez en Gualaceo, están asociados a factores que incrementan su frecuencia tales como: biológicos psicosociales y ambientales.

CAPITULO III

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 GENERAL

- ✓ Determinar la prevalencia y factores asociados al retardo del desarrollo psicomotor en niños (as) de 0-5 años que asisten al centro de estimulación temprana del Hospital Moreno Vázquez de Gualaceo, enero-diciembre 2016.

3.2 ESPECÍFICOS

- ✓ Caracterizar a la población que se estudia según variables sociodemográficas como: edad y sexo.



- ✓ Identificar los factores asociados al retardo del desarrollo psicomotor en niños (as) de 0-5 años que asisten al centro de estimulación temprana del Hospital Moreno Vázquez de Gualaceo en 1^{RO} de enero-31 diciembre 2016.
- ✓ Determinar la relación entre factores asociados y el retardo del desarrollo psicomotor en niños (as) de 0-5 años que asisten al centro de estimulación temprana del Hospital Moreno Vázquez

CAPITULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

4.1.1 TIPO DE ESTUDIO

De tipo Descriptiva, transversal analítico.

4.1.2 ÁREA DE ESTUDIO

Centro de estimulación temprana del Hospital Moreno Vázquez de Gualaceo. Radica en el cantón Gualaceo, el cual se encuentra localizado en la zona centro-oriental de la provincia del Azuay, en la subcuenca del río Santa Bárbara, perteneciente a la cuenca hidrográfica del río Paute (24)

4.1.3 UNIVERSO DE ESTUDIO

Universo finito, heterogéneo, constituido por 120 niños y niñas de cero a cinco años atendidos en el Centro de Estimulación del Hospital Moreno Vázquez del cantón Gualaceo.

4.1.4 SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se trabajó con toda la población ya que es un universo finito 120 niños (as), los cuales fueron escogidos después de revisar los registros médicos del Hospital.

4.1.5 POBLACIÓN, MUESTREO Y MUESTRA.

4.1.5.1 Población

Niños y niñas de 0-5 años que han sido atendidos en el Centro de Estimulación del Hospital Moreno Vázquez de Gualaceo de Enero 2015- diciembre 2016.

4.1.5.2 Muestra

La muestra está integrada por los 120 niños y niñas.



4.1.5.3 Muestreo

Método estadístico no probabilístico de tipo intencional

4.1.6 UNIDAD DE ANÁLISIS Y DE OBSERVACIÓN

Niños de cero a cinco años que han acudido al Centro de Estimulación del Hospital Moreno Vázquez de Gualaceo de Enero 2015- diciembre 2016.

4.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.2.1 Criterios de inclusión

- ✓ Niños (as) de 0-5 años que asistieron al centro de estimulación temprana del Hospital Moreno Vázquez de Gualaceo en el período 1^{RO} de enero-31 diciembre 2016

4.2.2 Criterios de exclusión

- ✓ Niños que acuden al área de pediatría que no tiene retraso del desarrollo psicomotor.
- ✓ Participantes en los cuales las madres no firmaron el asentimiento informado.

4.3 MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA OBTENER LA INFORMACIÓN

4.3.1 MÉTODOS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Para la recolección de datos se aplicó reajuste de instrumentos para la identificación de discapacidades para niños y niñas menores de 5 años mediante el Test de Brunet Lezine, se utilizó formularios diseñados para facilitar el ingreso de datos al sistema estadístico y el análisis. La formación obtenida se registró en una ficha individual.

4.3.2 TÉCNICA

Se recopiló la información de las fichas clínicas mediante las preguntas del formulario.

4.3.3 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN Y

4.4 DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS A UTILIZAR

Las encuestas realizadas fueron tabuladas en el programa SPSS versión 20.0 y se presentaron en tablas (basal y de asociación) dependiendo del tipo de variable. Para caracterizar a la población se utilizó la estadística descriptiva en



base a frecuencias y porcentajes, medidas de tendencia central como (promedio) y de dispersión (desviación estándar). Se determinó asociación entre malnutrición y sus factores mediante el análisis bivariado utilizando tablas de contingencia de 2x2, Odds Ratio (OR), con un nivel de Confianza (IC) del 95%, chi Cuadrado de Pearson (p), con significancia estadística $< 0,05$.

4.5 - PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR PROCESOS BIOÉTICOS

Se cumplió con las normas del código de ética médica, cumpliendo con los principios no maleficencia y de beneficio potencial, se respetó la autonomía. Se explicó a los representantes de los niños los objetivos del estudio, los procedimientos a realizar, la confidencialidad de los resultados obtenidos, además se indicó que no existirá remuneración por su participación y que podrá retirarse del estudio en cualquier momento. Se entregó el formulario al representante para que lea atentamente el asentimiento informado el cual se firmó luego de un pleno conocimiento. Este estudio se realizó luego de su aprobación por el Comité de Bioética de la Universidad Católica de Cuenca.

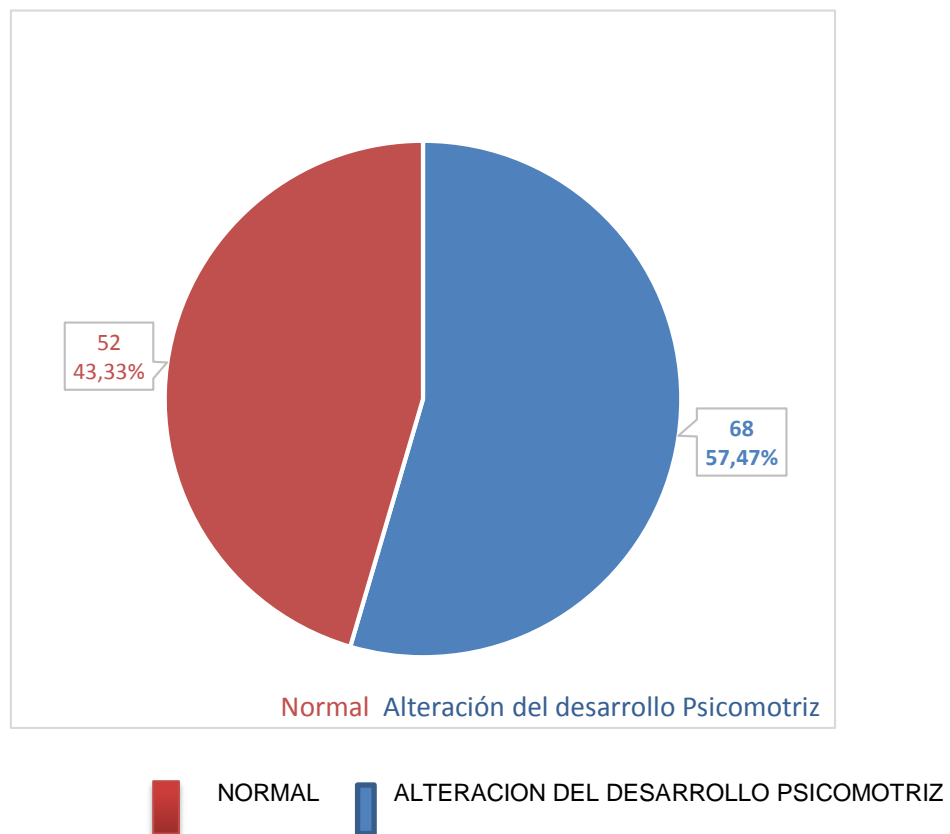


CAPITULO V

5. RESULTADOS

Gráfico N° 1

Prevalencia de retardo del desarrollo psicomotriz en niños (as) de 0-5 años que asisten al centro de estimulación temprana del Hospital Moreno Vázquez de Gualaceo 2015-2016



Fuente: formulario de recolección de datos

Autora: Daniela de la Nube Pacheco Galindo

La prevalencia de retardo del desarrollo psicomotriz en niños (as) de 0-5 años que asistieron al centro de estimulación temprana del Hospital Moreno Vázquez de Gualaceo durante enero a diciembre 2016 fue de 57,47% y el 43,3% presentó un buen desarrollo psicomotriz (Gráfico N° 1).



Tabla Nº 1.

Prevalencia de retardo del desarrollo psicomotor en niños (as) de 0-5 años que asisten al centro de estimulación temprana del Hospital Moreno Vázquez de Gualaceo 2015-2016, según: variables sociodemográficas.

VARIABLES	Grave	Moderado	Leve	Normal	Total
Grupos (edad años)					
Lactante (0-1)	2 (1,66%)	5 (4,16%)	12 (10,0%)	22 (18,33%)	41 (34,6%)
Edad temprana(1-3)	16 (13,33%)	10 (8,33%)	8 (6,66%)	17 (14,16%)	51 (42,5%)
Preescolar (4-5)	8 (6,66%)	2 (1,66%)	5 (4,16%)	13 (10,83%)	28 (23,9%)
Sexo					
Masculino	17 (14,16%)	12 (10,0%)	13 (10,83%)	32 (26,66%)	74 (61,6%)
Femenino	9 (7,5%)	5 (4,16%)	44 (17,6%)	12 (10,0%)	46 (38,4%)

Fuente: formulario de recolección de datos

Autora: Daniela de la Nube Pacheco Galindo

La edad comprendida entre 1 - 3 años (edad temprana) fue el grupo más frecuente 51 (42,5%), de los cuales presentaron un retardo del desarrollo psicomotriz grave, moderado y leve 34 (28,32%), y un estado normal de desarrollo psicomotriz 17 (14,16%).

De acuerdo al sexo, el grupo más prevalente fue el masculino 74 (61,6%) en relación al femenino 46 (38,4%). De estos hubo mayor prevalencia de retardo del desarrollo psicomotriz tanto en hombres como en mujeres en relación a un desarrollo psicomotor normal (Tabla 1).



Tabla Nº 2.

Prevalencia de retardo del desarrollo psicomotor en niños (as) de 0-5 años que asisten al centro de estimulación temprana del Hospital Moreno Vázquez de Gualaceo 2015-2016, según: factores asociados.

Factores asociados	Grave	Moderado	Leve	Normal	Total
Peso del niño al nacer					
<2500g	24 (20,0%)	14 (11,66%)	18 (15,0%)	15 (12,5%)	71 (59,2%)
2500 a 3500g	1 (0,83%)	3 (2,5%)	6 (5,0%)	37 (30,83%)	47 (39,1%)
>3500g	1 (0,83%)	0 (0,0%)	1 (0,83%)	0 (0,0%)	2 (1,7%)
Edad Gestacional					
<37 semanas	22 (18,32%)	14 (11,66%)	21 (17,5%)	18 (15,0%)	75 (62,5%)
37 – 42 semanas	4 (3,33%)	3 (2,5%)	4 (3,33%)	34 (28,33%)	45 (38,5%)
> 42 semanas	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Tipo de parto					
Cesárea	19 (15,82%)	8 (6,66%)	15 (12,5%)	15 (12,5%)	57 (47,5%)
Distócico	2 (1,66%)	3 (2,5%)	1 (0,83%)	1 (0,83%)	7 (5,8%)
Eutócico	5 (4,16%)	6 (5,0%)	9 (7,5%)	36 (30,0%)	56 (46,7%)
Migración					
Padre	12 (10,0%)	5 (4,16%)	4 (3,33%)	9 (7,5%)	30 (25,6%)
Madre	0 (1,66%)	1 (0,83%)	0 (0,0%)	2 (1,66%)	3 (1,8%)
Ambos	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Ninguno	14 (11,66%)	11 (9,16%)	21 (17,5%)	41 (34,16)	87 (72,6%)

Fuente: formulario de recolección de datos

Autora: Daniela de la Nube Pacheco Galindo

La prevalencia de retardo en el desarrollo psicomotor es evidente en los pacientes bajo peso 56 (46,7%), con comportamientos distintos en los niveles leve, moderado y grave (15%, 11.66% y 20,0% respectivamente). En los pacientes con peso normal al nacer se mantienen valores bajos de retraso en



el desarrollo psicomotriz 10 (8,33%) y peor aún más bajo en los que presentaron sobrepeso al nacer 2 (1,66%).

La prevalencia de retardo en el desarrollo psicomotor es evidente en los pacientes con edad gestacional < 37 semanas con el nivel leve 17.5%, con moderado 11.66% y nivel grave 18,32%.

Con edad gestacional 37-42 semanas existe un nivel de retardo leve y grave en el 3.33% de los casos y de moderado en el 2.5% de los pacientes.

La prevalencia de retardo en el desarrollo psicomotor como se evidencia en la tabla corresponde a los casos reportados según tipo de parto como cesárea en el 35% de los pacientes estudiados, seguido del parto eutócico en el 16.7% y con valores inferiores el parto distócico en el 5%.

Los resultados de la tabla indican que en general en el 72.6% de los pacientes estudiados no está presente la migración, de ellos en el 38.44% de los casos están diagnosticados pacientes con retardo en el desarrollo, en tanto la migración prevalece en el caso de los padres en el 25,6% y de ellos el 17.5% corresponde a pacientes diagnosticados con retardo en el desarrollo.



Tabla N° 3.

Factores asociados a retardo del desarrollo psicomotor en niños (as) de 0-5 años que asisten al centro de estimulación temprana del Hospital Moreno Vázquez de Gualaceo 2015-2016.

Factores de riesgo	Retardo Psicomotriz		Sin retardo Psicomotriz		OR	IC 95%	p valor	
	n= 68	%= 57,47	n= 52	%=43,33				
Bajo peso								
Si	56	46,7	15	12,5	11,5	4,85	27,34	0,000
No	12	10,0	37	30,8				
Edad gestacional								
<37 semanas Si	57	47,5	18	15,0	9,78	4,13	23,18	0.000
>37 semanas No	11	9,2	34	28,3				
Tipo de parto								
Distócico Si	48	40,0	16	13,1	5,46	2,46	11,86	0.000
Eutócico No	20	17,0	36	30,0				
Migración								
Si	22	20,0	11	8,6	1,78	0,77	4,11	0,17
No	46	37,8	41	33,7				

Fuente: formulario de recolección de datos

Autora: Daniela de la Nube Pacheco Galindo

Para identificar la asociación entre las variables estudiadas y el retraso del desarrollo psicomotriz se procedió a recodificar las variables. Para ello, se consideró dos grupos: un primer grupo de retraso psicomotriz establecida y el segundo grupo sin retraso del desarrollo psicomotriz. De igual manera se dicotomizó las variables estudiadas de la siguiente manera: sí para aquellos que presentaban factor de riesgo asociado y no para los que no eran factor de riesgo.

Se determinó asociación entre tener bajo peso al nacer OR 11,5 (IC95%: 4,85–27,34 valor p 0,000) con retardo del desarrollo psicomotriz; al igual que ser prematuro OR 9,78 (IC95%: 4,13–23,18 valor p 0.000). Hubo asociación entre retraso del desarrollo psicomotriz y haber nacido de parto distócico OR 5,46 (IC95%: 2,46–11,86 valor p 0,000). Finalmente no se encontró asociación entre migración con alteración del desarrollo psicomotriz OR 1,78 (IC95%: 0,77–4,11 valor p 0.17) (Tabla N° 3).



CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN

En los pacientes estudiados la prevalencia de retraso en el desarrollo psicomotriz en niños (as) de 0-5 años que asistieron al centro de estimulación temprana del Hospital Moreno Vázquez de Gualaceo durante enero a diciembre 2016 fue de 57,47% y el 43,3% presentó un buen desarrollo psicomotriz.

Este resultado es superior al obtenido por Huiracocha, T .L (2012) pero es similar a estudios realizados en poblaciones específicas como niños y niñas con asfixia, niños de madres con patología en el embarazo, niños con retraso del crecimiento intrauterino, con parálisis cerebral y malformaciones congénitas Gottlieb y *col.*, 2009; Laptok y *col.*, 2009; Sathlmann y *col.*, 2009; Gobierno de Chile, 2010 (5).

Predominó el sexo masculino en el 61.66% de los casos y están comprendidos en las edades desde lactante hasta preescolar, prevaleciendo los que se encuentran en la edad temprana en el 42.5%, en tanto que el 34.6% de la población estudiada pertenece a la edad lactante seguida de la edad preescolar en el 23.9% de los pacientes. La razón de ventajas para género masculino/femenino es $OR=3.667$ siendo el riesgo de tener retardo en el desarrollo psicomotor superior en el sexo masculino que en el femenino con un incremento del riesgo entre .471 y 2.081 al del sexo femenino.

Prevalecen los niños de bajo peso al nacer que constituye un factor de riesgo para el retardo psicomotor, con $< 2500g$ hay 71 pacientes que representan el 59.20%, en tanto solo el 1.7% está el pesaje por encima de $>3500g$, y con el peso normal se encuentra el 39.1%. Estos resultados difieren al realizado por Huiracocha, T .L (2012) donde se revelan resultados similares en el estudio realizado en ambos sexos en cuanto a edad y peso (5)

En correspondencia con la edad gestacional los resultados indican que prevalece la edad de <37 semanas en el 62,5% y con 37-42 semanas el 38,0%



de los pacientes estudiados y en relación al tipo de parto se comportan de forma similar en cesárea y parto eutócico, con ligera prevalencia de la cesárea, 47,5% y 46,7% respectivamente.

Estos resultados están en correspondencia con un estudio analítico, descriptivo y transversal realizado en Argentina, mediante la aplicación del TEPSI donde se obtuvo que un 24% (13/56) de los niños prematuros sufren un riesgo/retraso en su desarrollo psicomotor afectándose mayormente el área motora. En estudios realizados por otros autores (Sameroff y Chandler) se encontró asociaciones entre un mal desarrollo psicomotor de los prematuros con un bajo peso al nacer y la baja edad gestacional, con un 29,6% y un 25% respectivamente, aunque las diferencias entre los porcentajes de los niños que presentaban estas características y los que no, resultaron no ser estadísticamente significativas a diferencia de nuestro estudio que si resultaron significativas según estadígrafo.

En la caracterización según la migración de los padres que constituye otro factor de riesgo por la influencia en el desarrollo afectivo de los niños(as), se evidencia que en el 72,6% no está presente la migración, ésta aparece en el 25,6% en el caso de los padres y solo en 2,5% en el caso de las madres, cifras por demás justificadas ya que es la madre quien cuida casi siempre a los niños.

Estos datos difieren a los reportados por la CEPAL que indica que en América Latina el 41,1% de familias fueron nucleares siendo la madre la cuidadora principal porque las estructuras (incremento de la soltería, separaciones, divorcios, migración) variables sociodemográficas conllevan a que ellas sean las responsables del cuidado de los hijos.

Este resultado es superior al 5,2% reportado por Huiracocha, T.L pero similar al 20% que reporta la Pastoral de Movilidad Humana del Azuay, tal vez se deba a que la investigación se realizó en los CDI urbanos y la migración es más alta en los sectores rurales (5)



Los resultados evidencian que las áreas del desarrollo que presentan mayor retardo son el lenguaje con el 54.2% de los pacientes estudiados, y con comportamientos similares se encuentran las áreas social y de coordinación con 36.7% y 33.3% respectivamente y ligeramente por debajo los que tienen retardo en el área postura en el 26.7%.

En la investigación se encontró que el 75% de los niños presenta riesgo en su desarrollo; el área del desarrollo que presenta mayor prevalencia de déficit corresponde al lenguaje (54,9%), seguida del área motora, de coordinación y social.(4). Similar resultado se obtuvo en Perú en una investigación sobre la preparación de la familia y el desarrollo de la motricidad fina en niños de inicial 5 años de la I.E.I.P. ELIM, distrito de Punchana, 2013 que revela que existe un porcentaje significativo de niños(as) de Inicial 5 años que obtuvieron un nivel de desarrollo de motricidad fina en el 59.6% de los casos estudiados (26).

En estos resultados se deben tener en cuenta los obtenidos por Bonilla, C. 2014, donde determinó que los programas de estimulación temprana tienen impacto sobre el desarrollo del niño solo en ciertas áreas: el equilibrio y esquema corporal, ya que se observa un mejor desarrollo en los niños con estimulación, en la parte social son menos retraídos, que los niños sin estimulación, por la compensación por medio de la educación personalizada (9)

Otro resultado similar corrobora que el Desarrollo de la motricidad fina y gruesa influye en el fortalecimiento de los músculos del cuerpo y permite dinamizar las destrezas, habilidades, capacidades, de ahí la importancia que se concede a la estimulación desde etapas tempranas del desarrollo (10).

En estudios realizados por otros autores (Sameroff y Chandler) se encontró asociaciones entre un mal desarrollo psicomotor de los prematuros con un bajo peso al nacer y la baja edad gestacional, con un 29,6% y un 25% respectivamente, aunque las diferencias entre los porcentajes de los niños que presentaban estas características y los que no, resultaron no ser estadísticamente significativas a diferencia de nuestro estudio que si resultaron significativas según estadígrafo.



La prevalencia de retardo en el desarrollo psicomotor corresponde a los casos reportados según tipo de parto como cesárea en el 35% de los pacientes estudiados, seguido del parto eutócico en el 16.66% y con valores inferiores el parto distócico en el 5% y el eutócico conducido en el 0.83%, diferencias estadísticamente significativas.

Los resultados indican que en general en el 72.5% de los pacientes estudiados no está presente la migración, de ellos en el 38.33% de los casos están diagnosticados pacientes con retardo en el desarrollo, en tanto la migración prevalece en el caso de los padres en el 25% y de ellos el 17.67% corresponde a pacientes diagnosticados con retardo en el desarrollo. Diferencias estadísticamente significativas. ($X^2=91.950$, $p=.000$, $gl=2$)

Este resultado es superior al 5.2% reportado por Huiracocha, T .L pero similar al 20% que reporta la Pastoral de Movilidad Humana del Azuay, tal vez se deba a que la investigación se realizó en los CDI urbanos y la migración es más alta en los sectores rurales (5)

En los resultados se evidencia la prevalencia de la madre como cuidador familiar de los pacientes estudiados en el 74.16% de los caso estudiados, de ellos el 40.83% son de pacientes con retardo en el desarrollo, en el caso de los abuelos como cuidadores se reporta el 16.66% con resultado similares de los pacientes con desarrollo psicomotor normal y con retardo en el desarrollo (5.83% y 4.16% respectivamente).

Este resultado es similar al estudio de caso realizado en el año 2012, de retraso del desarrollo psicomotriz en niños y niñas urbanos de 0 a 5 años en la zona urbana de Cuenca, Ecuador reveló que está relacionado con los factores de riesgo de edad en meses del niño, desnutrición, microcefalia hecho que ratifica la necesidad de cuidar la nutrición en los primeros años de vida, siendo un factor protector la familia nuclear donde la cuidadora principal sigue siendo la madre (5).

Estos resultados están en correspondencia con un estudio analítico descriptivo y transversal realizado en Argentina donde se evidenció que patologías



severas como la DBP y la retinopatía del prematuro comprometían el desarrollo a largo plazo en los niños afectados asociándose con problemas en la escolaridad. (27).

CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, BIBLIOGRAFÍA

7.1 CONCLUSIONES

- La prevalencia de retardo del desarrollo psicomotriz en niños (as) de 0-5 años que asistieron al centro de estimulación temprana del Hospital Moreno Vázquez de Gualaceo durante enero a diciembre 2016 fue de 57,47%, similar a estudios internacionales.
- La edad comprendida entre 1 - 3 años (edad temprana) fue el grupo más frecuente 42,5%, de los cuales presentaron un retardo del desarrollo psicomotriz grave, moderado y leve 28,32%, y un estado normal de desarrollo psicomotriz 14,16%.
- De acuerdo al sexo, el grupo más prevalente fue el masculino 61,6% en relación al femenino 38,4%.
- Se demostró asociación entre retardo del desarrollo psicomotriz con algunos factores de riesgo: bajo peso al nacer, ser prematuro y haber nacido de parto distócico.
- No se encontró asociación entre retardo del desarrollo psicomotriz con migración.



7.2 RECOMENDACIONES

- Valorar los resultados de la presente investigación con el equipo multidisciplinario del Centro de Estimulación Temprana del Hospital Moreno Vázquez teniendo en cuenta que el diagnóstico temprano de retardo en el desarrollo permitirá diseñar estrategias de intervención compensatorias.
- Valorar con el equipo multidisciplinario la necesidad e importancia de realizar dinámicas grupales con la familia que proporcionen los conocimientos necesarios, teniendo en cuenta la incidencia que pueden ejercer en el seguimiento y tratamiento del retardo en el desarrollo de sus hijos(as).
- Implementar acciones orientadas al desarrollo de las áreas con mayores niveles de retardo en el desarrollo.
- Incorporar a los pacientes estudiados en grupos de apoyo teniendo en cuenta los factores asociados al retardo en el desarrollo fundamentalmente en las áreas del lenguaje y social.
- Continuar desarrollando la presente investigación con la profundización del estudio de los factores de riesgos asociados al retardo en el desarrollo psicomotor para potenciar el nivel de calidad de vida y brindar apoyo en el ámbito familiar y social.



7.3 BIBLIOGRAFÍA

7.3.1- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Parmelle A.H., HABER A.: "Who is the risk infant?" Clin Obstet Gynecol 1973; 16: 376-387.
2. RUIZ EXTREMERA A., ROBLES C.: "Niños de riesgo. Programas de Atención Temprana." Ed. Norma-Capitel. Madrid. 2004
3. POO P., CAMPISTOL J., IRIONDO M.: "Recién nacido de riesgo neurológico en el año 2000. Recomendaciones para el seguimiento, incorporación de nuevos instrumentos" Rev Neurol 2000; 31: 645-652. ZAMARRIEGO J., ARIZCUN J.: "Introducción al Simposium Internacional sobre experiencias y resultados en Programas de Prevención de la Subnormalidad". Libro de actas, Madrid, 1981, pp: 20-41.
4. SANZ ANDRES M^a J. La Atención Temprana. Minusval Monográfico sobre Atención Temprana. Ed: IMSERSO. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Madrid. 2003 :6-8
5. Tirado KB, Arvizu LM, Martínez MA, Guerrero ML, Contreras LE, Vega G, et al. Prevalencia De Alteraciones En El Desarrollo Psicomotor Para Niños De 1 Mes A 5 Años Valorados Con La Prueba EDI En Un Centro De Salud En México En El Periodo Febrero A Noviembre De 2015. European Scientific Journal. 2017 Enero; 13(3) Disponible en: <https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjPhK4sYDVAhUJWD4KH00AhoQFghKMAU&url=http%3A%2F%2Ffejjournal.org%2Findex.php%2Fesj%2Farticle%2Fdownload%2F8684%2F8298&usg=AFQjCNEIk2Z6QZZSkD6fdC>.
6. Secretaría de Salud. Detección del trastorno específico del desarrollo psicomotor en niños de 0 a 3 años. Guía práctica clínica. Mexico D.F.. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-734-14-Trastorno_del_desarrollo_psicomotor_en_ninos/734GRR.pdf.
7. Tique JM, Ramos MN. Factores que afectan el desarrollo psicomotor en infantes de 8 a 24 meses del jardín social perlititas del otún de pereira 2012. Pereira: Universidad Tecnológica de Pereira, Facultad de Ciencias de la Salud; 2012. Disponible en: <http://repositorio.utp.edu.co/dspace/bitstream/handle/11059/3113/37286132;jsessionid=531986E24722DBE7A40E8531517CD9EE?sequence=1>.
8. Consuelo A, Neves IC, Graciela V, Benguigui Y. Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI. Washington: Organización Mundial de la Salud, Biblioteca Sede OPS. Disponible en: http://ruandi.org.uy/sitiowordpress/wp-content/uploads/2014/05/DI_Doc_19_Manual_para_la_vigilancia_del_desarrollo_AIEPI.pdf.
9. Huiracocha L, Robalino G, Huiracocha M, García J, Pazán C, Angulo A. Retrasos del desarrollo psicomotriz en niños y niñas urbanos de 0 a 5 años: estudio de caso en la zona urbana de cuenca, ecuador. Maskana. 2012; 3(1) Disponible en: <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/maskana/article/view/391/333>.
10. Avendaño RC, Crespo MC. Prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niñas de 0 a 5 años de edad que asisten a los centros infantiles privados regulares del área periférica del cantón cuenca 2008-2010. Tesis de grado. Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2010. Disponible en:



<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4290/1/TECE31.pdf>.

11. Gastiaburú GM. Programa "Juego, coopero y aprendo" para el desarrollo psicomotor de niños de 3 años de una I.E. del Callao. ; 2012. Disponible en: https://zenodo.org/record/21077#.WWRMgvk1_Dc.
12. Saldaña CS, Saquicela DE. Prevalencia del retraso en el desarrollo psicomotor y su relación con las necesidades básicas insatisfechas. Cuenca.; 2014. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20562/1/tesis.pdf>.
13. Torres R, Clavijo Y, Chinchilla SM, Franco PO. Estimulación de la psicomotricidad fina en los niños y niñas de 2 a 3 años del curso párvulos 1 del hogar infantil rafael garcía herreros a través de actividades gráfico plásticas. Bogotá.; 2014. Disponible en: http://repository.uniminuto.edu:8080/xmlui/bitstream/handle/10656/3208/TPED_ChinchillaRodriguezSolanyi_2014.pdf?sequence=1.
14. Sacta PI. Las técnicas grafo- plásticas para el desarrollo de la habilidad digital en los niños de 4 a 5 años de la escuela werner heisenberg school ubicada en la mitad del mundo durante el año lectivo 2010-2011. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2012. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/277/1/T-UCE-0010-56.pdf>.
15. Vericat A, Orden AB. El desarrollo psicomotor y sus alteraciones: entre lo normal y lo patológico. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013 Octubre; 18(10) Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/d5ed/f299fe78b375c0aea6507e471f09ca824d77.pdf>
16. Narbona J, Schlumberger E. Retraso psicomotor. *Asociación Española de Pediatría*. 2008;(Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/21-retraso.pdf>).
17. García MA. Desarrollo psicomotor y signos de alarma. *Neuropediatría*. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.. 2016 Febrero;(Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/2em.1_desarrollo_psicomotor_y_signos_de_alarma.pdf).
18. Álvarez MJ, Soria J, Sánchez JG. Importancia de la vigilancia del desarrollo psicomotor por el pediatra de Atención Primaria: revisión del tema y experiencia de seguimiento en una consulta en Navarra. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009 Enero-Marzo; 11(4) Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000100005.
19. Contreras A, Gutiérrez AG, Guillén G. *Humanidades y Ciencias de la Conducta*. [Internet]. [cited 2017 Julio 15. Disponible en: http://www.cio.mx/archivos/contribuciones_ciencia/capitulo_6.pdf.
20. Costas C. Evaluación del desarrollo en atención temprana. *Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado*. 2009 Agosto; 23(2) Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/78524909.pdf>).
21. Gobierno de Chile. Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de la Red de Atención de Salud. [Internet].; 2016 [cited 2017 Julio 12. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/18.pdf>.
22. González M. Diseño de estrategias didácticas para las actividades musicales que faciliten el desarrollo de la motricidad de los niños y niñas del c.e.i. "José Manuel Fuentes Acevedo", ubicado



- valle de la pascua, estado guárico. Caracas: Universidad Latinoamericana y el Caribe; 2012. Disponible en: <http://biblo.una.edu.ve/docu.7/bases/marc/texto/t37974.pdf>.
23. Calero PA. Perfil psicomotor de los niños en edades entre 6 y 10 años, pertenecientes a los planteles educativos de la ciudad de pereira, 2013. Pereira: Universidad Autónoma de Manizales; 2014. Disponible en: <http://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/bitstream/11182/685/1/PERFIL%20PSICOMOTOR%20DE%20LOS%20NI%C3%91OS%20EN%20EDADES%20ENTRE%206%20Y%2010%20A%C3%91OS.pdf>.
 24. Zambrano MC, Solis MA. La lateralidad y su importancia en el aprendizaje de los niños y niñas del tercero "H" de Educación Básica de la Unidad Educativa Liceo Cristiano de Guayaquil. Guayaquil: Universidad Laica Vicente Rocafuerte de Guayaquil; 2015. Disponible en: <http://repositorio.ulvr.edu.ec/bitstream/44000/1147/1/T-ULVR-0995.pdf>.
 25. Gilardoni MI. El arte de una clínica psicomotriz. Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Medicina; 2014. Disponible en: <http://www.psicomotricidaduruguay.com/uploads/2015-02-18-11-33-55-0-gilardoni.-mono-final-octubre.pdf>.
 26. Zhunio ME. Influencia de la actividad lúdica en el desarrollo de la psicomotricidad gruesa en niños y niñas de tres y cuatro años del centro preescolar "la cometa" 2014. Tesis de grado. Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de Medicina; 2015. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22532/1/Tesis.pdf>.
 27. Saint-Cast A. ¿Balance Psicomotor objetividad o subjetividad? Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales. 2009;(Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3423304>).
 28. Alcaldía de Gualaceo. [Internet].; 2015 [cited 2017 Julio 2. Disponible en: <http://www.gualaceo.gob.ec/Datos-Geogr%C3%A1ficos>.
 29. Garrido K, Hermosilla V. Estudio comparativo de factores psicosociales asociados al riesgo y retraso del desarrollo psicomotor entre niños mapuche y no mapuche controlados en el programa de estimulación del cesfam panguipulli durante el periodo octubre a noviembre de 2007. Santiago de Chile: Universidad Austral de Chile, Escuela de Enfermería; 2007. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmg241e/sources/fmg241e.pdf>.
 30. Flores PY, Castro AC, Ihuaquiqui GI. Preparación de la familia y el desarrollo de la motricidad fina en niños de inicial 5 años de la I.E.I.P. ELIM, distrito de Punchana, 2013. Tesis de grado. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2013. Disponible en: http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3478/Tatiana_Tesis_Titulo_2_013.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
 31. Schapira I, Aspnes N, Benitez A, Vivas S, Rodríguez G, et al. Desarrollo alejado de niños nacidos prematuros. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 2008; 27(4) Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/912/91211281004.pdf>.
 32. Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia, Ministerio de Bienestar Social, Ministerio de Educación, Ministerio de Trabajo y Empleo. Agenda Social de la Niñez y Adolescencia 2007-2010. Juntos por la euidad desde el principio de la vida. ECUADOR 2007.



- 33 Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. (Edición 22). 2001. Madrid, España. Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=disquisici%F3n
- 34 Bioscrits. 2012. Diccionario de términos científicos. recuperado de <https://www.biodic.net/?s=retraso>.
- 35 Josse D. Brunet Lézine Revisado. 1994. Escala de Desarrollo Psicomotor de la Primera Infancia. Universidad Complutense de Madrid. Madrid-España. Pag 1-195.



ANEXOS

ANEXO I: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable independiente: Factores de riesgo asociados al retraso del desarrollo psicomotor.

Variable dependiente: Determinación de prevalencia.

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Desarrollo psicomotor	Lenguaje expresivo y comprensivo Coordinación viso-motora Motricidad gruesa Equilibrio Aspecto social-afectivo	Test de Brunet-Lezine	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desarrollo Normal ✓ RDPM Leve ✓ RDPM Moderado ✓ RDPM Grave ✓ RDPM Profundo
Edad postnatal	Desde el nacimiento hasta el momento que se realiza la investigación y se aplica el Test de BrunetLezine.	Meses	Ordinal - Meses
Sexo del niño(a)	Biológica	Fenotipo	Femenino Masculino
Peso del niño al nacer	Gramaje	< 2500 g 2500-3500 g > 3500 g	Ordinal Peso en gramos
Edad gestacional	Semanas de gestación hasta el momento del parto	< 37 semanas 37-42 Semanas >42 semanas	Ordinal
Anoxia al nacer	Biológico	SI NO	Nominal
Tipo de Familia	Monoparenteral	Estructura Familiar	Monoparenteral



	Nuclear Extendida		Nuclear Extendida
Migración de los padres	Padre, Madre migrante	Migración de los padres	SI/NO 1 Padre 2. Madre 3. Padre y Madre
Cuidador del niño	Psicosocial Persona que satisface necesidades del niño en el hogar.	Cuidador del niño	1 Padre 2 Madre 3 Abuelos 4 Tíos 5 Hermanos 6 Otros
Estado civil de los padres	Condición social	Soltero Casado Unión libre Viudo	Nominal
Estado civil de los padres	Condición social	Soltero Casado Unión libre Viudo	Nominal



ANEXO no. 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se ha solicitado de usted si le gustaría participar en este estudio que será realizado para desarrollar y obtener conocimientos que comprueben lo ya conocido o aporten nuevos conocimientos sobre los factores asociados a desarrollo psicomotor en niños con vistas a implementar un plan de intervención dirigido al desarrollo integral de los niños (as), le proporcionamos toda la información sobre el tema de investigación en la cual le hemos propuesto participar.

La presente investigación tiene como director al Dr.Lorgio Aguilar y es realizada por Daniela de la Nube Pacheco Galindo estudiante universitario(a), con la finalidad de realizar el trabajo de investigación con el tema: Prevalencia y asociados al retardo del desarrollo psicomotor en niños (as) de 0-5 años del centro de estimulación temprana del Hospital Moreno Vázquez de Gualaceo enero 2015- diciembre 2016.

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Este proyecto de investigación ha sido enviado a un Comité de Ética independiente y ha sido aprobado sin objeciones éticas.

AUTONOMÍA

Usted al firmar este documento está aceptando participar en el proyecto de investigación, y con ello declara que se ha leído a usted toda la información respectoa la investigación, que ha comprendido lo que dice el documento, que le han contestado todas las inquietudes que pueda surgir sobre el tema propuesto, y que su decisión de participar es voluntaria, libre y pensada por usted, sin ningún tipo de obligación o imposición por otras personas.

Antes de tomar la decisión de firmar este documento, usted tiene toda la libertad para consultar con familiares u otros profesionales médicos, especialistas del tema de forma independiente para poder tomar una decisión razonada. Usted tiene derecho a dar por finalizada su participación en el estudio en cualquier momento y por cualquier razón, sin experimentar ninguna consecuencia negativa. Durante el transcurso del estudio su investigador le informará de cualquier nuevo hallazgo que pudiese influenciar sobre su decisión de participar en el mismo.



BENEFICENCIA

Durante todo el desarrollo de la investigación se procurará siempre mantener su beneficio, buscando su bienestar personal y el bienestar de los otros sujetos de la sociedad. Con su participación en este estudio usted está apoyando al desarrollo de conocimientos médicos que podrían ayudarle a usted y posteriormente a otros en beneficio de la salud y del desarrollo integral de sus hijos.

NO MALEFICENCIA

Durante el tiempo que dure el proceso de la investigación los participantes no sufrirán ningún daño en detrimento de su salud ni físico, mental, emocional o moral.

JUSTICIA

Los conocimientos generados durante el proceso de investigación serán difundidos hacia los sujetos objeto de estudio, y de manera anónima a la comunidad y población en general, con el único fin de mejorar las condiciones de vida.

CONFIDENCIALIDAD

Con esta firma usted otorga además su consentimiento para el traspaso de los datos recogidos de su persona, para proceder a una evaluación estadística. Todos los datos serán manejados de forma anónima (es decir, solo se transmitirán sus iniciales o el número que se le asigna); su nombre y dirección solamente son conocidos por su investigador y no serán comunicados a terceras partes estando sujetos a las normas de protección de datos. En caso de publicación de esta investigación se guardarán todas las normas antes establecidas.

Si usted tiene cualquier otra pregunta que no esté suficientemente cubierta en esta información escrita o quiere obtener información adicional, su investigador a cargo le ayudará gustosamente.

En caso de preguntas posteriores, por favor contactar con

Daniela de la Nube Pacheco Galindo

Teléfono: 0983990543

Firma: Daniela Pacheco Galindo

Fecha: 12/02/2016



LA CATÓLICA DE CUENCA
ucacue
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

ANEXO NO. 3 CUESTIONARIO

Este estudio tiene la finalidad de obtener información sobre la prevalencia y factores asociados al desarrollo psicomotor en niños (as) de 0-5 años que asisten al centro de estimulación temprana del Hospital Moreno Vázquez de Gualaceo en 1^{RO} de enero-31 diciembre 2016.

INSTRUCCIONES.

A continuación usted dispondrá de una serie de preguntas con sus respectivas alternativas. Elija para cada una de ellas una o más respuestas y marque con una (X) la respuesta seleccionada.

DATOS GENERALES DEL NIÑO:

Fecha:

Apellidos:

Nombres:

Fecha de nacimiento:

Nombre del Representante:

1. Sexo del niño (a): () Hombre () Mujer

2. Edad del niño (a) _____ meses ____ días.

Lactante: 0 mes-11 meses, 29 días ()

Edad temprana: 12 meses año a 36 meses ()

Edad preescolar: 48 meses -60 meses ()



3. Acerca del niño (a) que participa en la investigación señale:
Peso al nacer: () < 2500 g () 2500-3500 g () > 3500 g
4. Edad gestacional al nacer:
a. () < 37 semanas () 37-42 Semanas () >42
semanas
5. Tipo de parto:
a. Cesárea () Parto eutócico () Parto eutócico conducido () Parto
distócico ()

DATOS GENERALES DE LOS PADRES

1. Estado civil:
Soltero ()
Casado ()
Viudo ()
Unión libre ()
2. Tipo de Familia:
Monoparental

Nuclear

Extendida
3. Migración de los padres
Padre

Madre

Padre y madre
4. Cuidador familiar
Padre

Madre

Abuelos

Tíos

Hermanos

Otros



DESARROLLO PSICOMOTOR

Test de Brunet Lezine:

El examinador aplica el Test y los resultados de cada área registran en los casilleros a continuación:

Postura	Normal ____	Retraso ____
Coordinación	Normal ____	Retraso ____
Lenguaje	Normal ____	Retraso ____
Social	Normal ____	Retraso ____
Coeficiente del desarrollo	Normal ____	Retraso ____



ANEXO NO. 4 CUESTIONARIO. TEST DE BRUNET LEZINE. BABY TEST

BLR-E
Hora de Nivel

Brunet - Lézine Revisado
Escala de Desarrollo Psicomotor de la Primera Infancia

Nombre y Apellidos

Sexo.....

Examinador.....

	Año	Mes	Dia	
Fecha del Examen				
Fecha de Nacimiento				
Edad Real				
Ajuste si prematuridad				
Edad real o corregida expresada en meses o en días				

	P	C	L	S	
Nº. de Puntos					
AD en meses					
AD en días					
QD					

Puntos	P	C	L	S	Items
160					
150					
140					
130					
120					
110					
100					
90					
80					
70					
60					
50					
40					
30					

ANOTACION Y PERFIL

Meses	P		C		L		S	
	Pts	Items	Pts	Items	Pts	Items	Pts	Items
30	72 66		104 98 92		73 67 61		51 45	
24	80 76		86 82 78		55 51 47 43		38	
30	82 49		74 71 68		39 36 33		35 32	
17	48 43		65 62 59 56		30 27		29 26	
14	40 38		53 51 49 47 45		24 22		23	
12	36 34 32		43 41 39 37		20 18		21	
10	30 29 28		35 34 33 32		16		19 18	
9	27 26 25		31 29 28		15		17 16	
8	24 23 22		27 26 25 24		14 13		15	
7	21 20 19 18		23 22 21		12		14 13	
6	17 16 15		20 19 18 17		11 10		12	
5	14 13		16 15 14		9 8		11 10 9	
4	12 11 10		13 12 11 10		7 6		8	
3	9 8 7		9 8 7		5		7 6 5	
2	6 5 4		6 5 4		4 3		4 3	
	1 mes		1 mes		1 mes		1 mes	

PSYMETEC, C/ Cozilegas nº 5, (anexo por C/ Ugena) 28025 MADRID - Tels. 91 341 16 21 - 91 341 71 95 Fax 91 746 41 95
E-mail: psyntec@psymtec.es



Nº	Item		Éxito o Fracaso
2 MESES			
1	P1	Tendido sobre el vientre levanta la cabeza y los hombros	.....
2	P2	Mantiene derecha la cabeza cuando se ejerce una presión en sus antebrazos	.....
3	P3	Estando sobre la espalda se vuelve de lado	.....
4	C1	Sigue con los ojos a una persona que se desplaza	.....
5	C2	Sigue el aro con los ojos de un lado a otro	.....
6	C3	Sentado, vuelve la cabeza para seguir un objeto que se desplaza lentamente	.....
7	L1	Responder a la voz inmovilizándose	.....
8	L2	Vocaliza dos sonidos diferentes o hace vocalizaciones prolongadas (balbuceos)	.....
9	S1	Sonríe al examinador en respuesta a su sonrisa acompañada de palabras	.....
10	S2	Reacción animación cuando se aproxima a él	.....
3 MESES			
11	P4	En posición sentada, mantiene la cabeza derecha, sin oscilaciones	.....
12	P5	Tumbado sobre el vientre, se apoya sobre los antebrazos	.....
13	P6	Levanta la cabeza y los hombros cuando se le coloca en posición sentada	.....
14	C4	Mira el cubo puesto sobre la mesa	.....
15	C5	Tendido sobre la espalda, agarra firmemente el sonajero con un movimiento involuntario	.....
16	C6	Juega con sus manos, las examina	.....
17	L3	Vocaliza cuando el examinador le habla y le sonríe	.....
18	S3	Se anima ante los preparativos de la comida	.....
19	S4	Reír a carcajadas	.....
20	S5	Conciencia de la novedad de una situación	.....
4 MESES			
21	P7	Tumbado sobre el vientre, mantiene las piernas extendidas	.....
22	P8	Tendido sobre la espalda, hace movimientos para quitarse la servilleta que se le ha puesto sobre la cabeza	.....
23	P9	Se mantiene sentado con un ligero sostén	.....
24	C7	Mira la pastilla puesta sobre la mesa	.....
25	C8	Tendido sobre la espalda, sacude el sonajero colocado en su mano mientras lo mira	.....
26	C9	Tendido sobre la espalda, hace movimientos de prensión dirigidos al aro	.....
27	C10	Coge un cubo al contacto	.....
28	L4	Vuelve inmediatamente la cabeza para mirar a la persona que le habla	.....
29	L5	Expresa de forma diferente placer, incomodidad, cólera o de gritos de alegría	.....
30	S6	Participa en juegos corporales	.....
5 MESES			
31	P10	Tendido sobre la espalda explora sus piernas y rodillas	.....
32	P11	De pie, sostenido por los brazos, soporta una parte de su peso	.....
33	C11	Mantiene un cubo situado en su mano y mira el segundo	.....
34	C12	Tiende la mano hacia el objeto que se le ofrece	.....
35	C13	Sentado, coge con una mano el aro que se balancea delante de él	.....
36	L6	Ríe y vocaliza manipulando sus juguetes	.....
37	L7	Muestra interés por los ruidos exteriores	.....
38	S7	Sonríe al espejo	.....
39	S8	Responde negativamente o grita cuando la persona que se ocupa de él se aleja	.....
40	S9	Diferencia claramente entre las caras familiares y extrañas	.....
6 MESES			
41	P12	Tendido sobre la espalda se desembaraza de la servilleta puesta sobre su cabeza	.....
42	P13	Tendido sobre la espalda, se coge los pies con las manos	.....
43	P14	Se levanta hasta la posición sentada cuando se ejerce tracción sobre sus antebrazos	.....
44	C14	Eleva el cubo desde la mesa hasta su vista	.....
45	C15	Tiene 2 cubos, uno en cada mano y mira al tercero	.....
46	C16	Coge la pastilla	.....
47	C17	Levanta por el asa la taza vuelta hacia abajo	.....
48	L8	Hace balbuceos o vocaliza cuatro sonidos diferentes	.....
49	L9	Reacciona inmediatamente al oír su nombre	.....
50	S10	Mira lo que mira el adulto si este se lo muestra con el dedo	.....



Nº	Item	Éxito o Fracaso
7 MESES		
51	P15 Se mantiene sentado brevemente sin sostén (aproximadamente diez segundos)	.....
52	P16 Sentado con sostén, se desembara de la servilleta puesta sobre su cabeza	.....
53	P17 Hace esfuerzos para desplazarse, se alza sobre las rodillas, empuja con los brazos	.....
54	P18 Lleva sus pies a su boca	.....
55	C16 Coge dos cubos, uno en cada mano	.....
56	C19 Busca la cuchara caída	.....
57	C20 Examina la campanilla con interés	.....
58	L10 Utiliza emisiones vocales, gestos o grita para atraer la atención	.....
59	S11 Participa activamente en el juego de «cu cú»	.....
60	S12 Juega a tirar sus juguetes	.....
8 MESES		
61	P19 Tumbado sobre el vientre, se desembara de la servilleta puesta sobre su cabeza	.....
62	P20 Tendido de espaldas, se vuelve sobre el vientre	.....
63	P21 Sentado sin sostén, se desembara de la servilleta puesta sobre su cabeza	.....
64	C21 Coge la pastilla con la participación del pulgar	.....
65	C22 Juega a golpear dos objetos	.....
66	C23 Atrae el anillo hacia él sirviéndose de la cuerda	.....
67	C24 Hace sonar la campanilla	.....
68	L11 Vocaliza varias sílabas bien definidas	.....
69	L12 Reacciona a ciertas palabras familiares	.....
70	S13 Se manifiesta cuando se pone un objeto cerca de su alcance	.....
9 MESES		
71	P22 Movimientos claros de desplazamiento	.....
72	P23 Se mantiene de pié sin apoyo	.....
73	P24 Sostenido por las axilas, hace movimientos de andar	.....
74	C25 Acepta el tercer cubo dejando uno de los dos que ya tiene	.....
75	C26 Sujeta la pastilla entre el pulgar y el índice	.....
76	C27 Encuentra el juguete bajo la servilleta	.....
77	C28 Retira el círculo de la tablilla	.....
78	L13 Emite sílabas redobladas	.....
79	S14 Comprende una prohibición	.....
80	S15 Coge trozos con los dedos en su asiento, o bebe solo su biberón manteniéndolo, o bebe en el vaso si se le mantiene (un éxito sobre tres)	.....
10 MESES		
81	P25 Pasa solo de la posición tumbada a la sentada	.....
82	P26 Colocado de pié con apoyo, levanta un pié y lo apoya	.....
83	P27 Pasa de la posición sentada a la de pié utilizando un apoyo	.....
84	C29 Levanta por el asa la taza vuelta y coge el cubo o el juguete escondido	.....
85	C30 Pone un cubo en la taza o lo retira	.....
86	C31 Busca la pastilla a través del frasco	.....
87	C32 Busca el badajo de la campanilla	.....
88	L14 Dice una palabra de dos sílabas	.....
89	S16 Mira lo que mira el adulto sin que éste se lo muestre con el dedo	.....
90	S17 Vuelve a hacer los gestos que hacen reír	.....
12 MESES		
91	P28 Pasa de la posición de pié a la sentada sin tumbarse	.....
92	P29 Anda con ayuda cuando se le coge de la mano	.....
93	P30 Se mantiene de pié solo algunos segundos sin apoyo (tres segundos)	.....
94	C33 Coge el tercer cubo, o trata de cogerlo, guardando los dos que ya tiene	.....
95	C34 Deja un cubo en la taza	.....
96	C35 Mete el círculo en su agujero de la tablilla	.....
97	C36 Garabatea débilmente tras una demostración	.....
98	L15 Sacude la cabeza para decir "no"	.....
99	L16 Habla en jerga de manera expresiva	.....
100	S18 Se presta activamente a ser vestido por el adulto (por ejemplo, da su mano o su pié)	.....



N	Item	Éxito o Frases
14 MESES		
101	P31	Anda normalmente solo
102	P32	Sube una escalera a gatas
103	C37	Hace una torre de dos cubos
104	C38	Llena la taza de cubos (al menos cinco cubos)
105	C39	Introduce la pastilla en el frasco
106	C40	Coloca el círculo en su agujero cuando se le ordena
107	C41	Hace un garabato cuando se le ordena
108	L17	Utiliza onomatopeyas que hacen el papel de palabras
109	L18	Identifica un objeto (sobre cinco objetos presentados)
110	S19	Señala con el dedo lo que le interesa
17 MESES		
111	P33	Anda hacia atrás
112	P34	Empuja el balón con el pié
113	C42	Hace una torre de tres cubos
114	C43	Vuelve las páginas del libro
115	C44	Retira la pastilla del frasco
116	C45	Se adapta al giro de la tablilla para el círculo
117	L19L	Dice cinco palabras
118	20	Identifica tres objetos
119	S20	Bebe solo en el vaso y come solo con la cuchara (dos éxitos sobre dos)
120	S21	Hace que bebe, hace que come o peina al adulto (dos éxitos sobre tres)
20 MESES		
121	P35	Da una patada al balón después de una demostración
122	P36	Corre con movimientos coordinados
123	C46	Hace una torre de cinco cubos
124	C47	Utiliza la mano para sujetar el papel cuando se le pide que garabatee
125	C48	Coloca los tres trozos en la tablilla
126	L21	Nombra dos o muestra cuatro imágenes (lámina 1)
127	L22	Identifica cuatro objetos
128	L23	Hace frases de dos palabras
129	S22	Ejecuta instrucciones: sentar la muñeca, darle de beber, peinarla (dos éxitos sobre tres)
130	S23	Juega a imitar (imitación diferida)
24 MESES		
131	P37	Da una patada al balón cuando se le ordena
132	P38	Se mantiene sobre un pié con ayuda
133	C49	Alinea los cubos para imitar al tren
134	C50	Imita una raya sin observar la dirección
135	C51	Se adapta al giro de la tablilla para los tres trozos
136	L24	Nombra seis imágenes (láminas 1 y 2)
137	L25	Identifica ocho objetos o nombra cuatro
138	L26	Hace frases de tres palabras
139	L27	Utiliza su nombre cuando habla de sí mismo o de un objeto que le pertenece
140	S24	Lava sus manos y trata de secarlas
30 MESES		
141	P39	Sube solo una escalera alternando los pies
142	P40	Se mantiene sobre un pié sin ayuda
143	C52	Hace un muro con cuatro cubos
144	C53	Hace una torre de ocho cubos
145	C54	Imita un trazo horizontal y uno vertical
146	L28	Nombra diez imágenes (láminas 1 y 2)
147	L29	Nombra ocho objetos o más
148	L30	Utiliza uno de los pronombres "yo, tú, él, ella"
149	S25	Comprende dos preposiciones: "en", "sobre", "detrás", "delante", "debajo"
150	S26	Se coloca solo sus zapatos o sus calcetines



ANEXO NO. 5 TEST DE BRUNET LEZINE. ESCALA VERBAL

ESCALA DE DESARROLLO MOTOR DE LA PRIMERA INFANCIA (BRUNET LEZINE)		
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS- NUEVA FÓRMULA		
Nombre y apellidos del niño.....		Fecha del examen:.....
Fecha de nacimiento:.....		AR.....AD.....QD.....
24 meses	OBSERVACIONES	VERBOS DE ACCIÓN
P 1 Patada en el globo (balón) a la orden..... C 2 Construye una torre de 6 cubos..... C 3 Trata de Plegar el papel una vez..... C 4 Imita una raya..... C 5 Coloca las 3 piezas sobre el tablero..... L 6 Nombra 2 o muestra 4 imágenes.....		Que es lo que vuela quema araña duerme nada
30 meses		
P 1 Trata de sostenerse sobre un pie..... C 2 Construye una torre de 8 cubos..... C 3 Construye un puente con 3 cubos, según el modelo..... C 4 Imita una raya vertical y otra horizontal..... C 5 Se adapta a la inversión del tablero..... L 6 Nombra o muestra 7 imágenes.....		gruñe corta corre pincha muerde come la sopa
3 años		
1 Construye un puente de 5 cubos..... 2 Hace un puzzle de 2 piezas..... 3 Compara 2 líneas..... 4 Copia un círculo..... 5 Responde a 3 preposiciones..... 6 Repite sílabas.....		sopla funde galopa ladra maúlla
4 años		
1 Copia un cuadrado..... 2 Dobla el papel en diagonal..... 3 Describe una imagen..... 4 Responde a 5 preposiciones..... 5 Repite 3 cifras..... 6 Conoce 13 verbos de acción.....		flota navega explota ruge
5 años		
1 Construye una escalera con 10 cubos..... 2 Copia la figura compleja..... 3 Hace el puzzle de 4 piezas..... 4 Distingue mañana y tarde..... 5 Repite 12 sílabas..... 6 Cuenta 4 cubos.....		



ANEXO NO. 5. TEST DE BRUNET LEZINE. ESCALA NO VERBAL

PY-BL-EC ESCALA DE DESARROLLO MOTOR DE LA PRIMERA INFANCIA (BRUNET LEZINE)	
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS- NUEVA FÓRMULA (1) (Escala no verbal)	
Nombre y apellidos del niño:..... Fecha del examen:.....	
Fecha de nacimiento:..... AR..... AD..... QD.....	
<p>24 meses</p> <p>Nivel de base a partir del cual la escala de 2 a 6 años puede ser aplicada (2)</p> <ul style="list-style-type: none">- Hace una torre de 6 cubos.....- Imita una raya.....- Coloca las 3 piezas sobre el tablero.....- Nombra 2 o muestra 4 imágenes..... <p>30 meses</p> <ul style="list-style-type: none">- Hace un puente con 3 cubos.....- Imita un trazo vertical y otro horizontal.....- Se adapta a la inversión de la tablilla.....- Nombra 5 o muestra 7 imágenes..... <p>3 años</p> <ul style="list-style-type: none">- Hace un puente con 5 cubos.....- Copia un círculo.....- Puzzle de 2 piezas.....- Enumera sobre la imagen..... <p>4 años</p> <ul style="list-style-type: none">- Hace una barrera con 5 cubos.....- Copia un cuadrado.....- Puzzle de 4 piezas (la mitad).....- Expresa una acción de la imagen..... <p>5 años</p> <ul style="list-style-type: none">- Hace una escalera con 10 cubos (según el modelo).....- Copia un triángulo.....- Puzzle de 4 piezas.....- Cuenta cuatro cubos..... <p>6 años</p> <ul style="list-style-type: none">- Hace una escalera con 10 cubos (suprimir modelo).....- Copia un rombo.....- Puzzle del maniquí.....- Cuenta 13 cubos.....	<p>OBSERVACIONES</p>
<p>(1) Escala de Desarrollo Psicomotor de la Primera Infancia - Brunet Lezine</p> <p>(2) Si este nivel no está adquirido, recurriremos a la Escala de Brunet-Lezine, Hoja PY-BLR-E</p>	



BABY TEST- BRUNET LEZINE. 2 meses a 30 meses

N°	ITEM	2 MESES	Éxito o fracaso
1	P1	Tendido sobre el vientre levanta la cabeza y los hombros.	.....
2	P2	Mantiene derecha la cabeza cuando se ejerce una presión en sus antebrazos	.....
3	P3	Estando sobre la espalda se vuelve de lado	.....
4	C1	Sigue con los ojos a una persona que se desplaza	.....
5	C2	Sigue el aro con los ojos de un lado a otro	.....
6	C3	Sentado, vuelve la cabeza para seguir un objeto que se desplaza lentamente	.....
7	L1	Responder a la voz inmovilizándose	.....
8	L2	Vocaliza dos sonidos diferentes o hace vocalizaciones prolongadas (balbuceos)	.....
9	S1	Sonríe al examinador en respuesta a su sonrisa acompañada de palabras	.....
10	S2	Reacción animación cuando se aproxima a él.	.....
		3 MESES	.....
11	P4	En posición sentada, mantiene la cabeza derecha, sin oscilaciones	.....
12	P5	Tumbado sobre el vientre, se apoya sobre los antebrazos	.....
13	P6	Levanta la cabeza y los hombros cuando se le coloca en posición sentada	.....
14	C4	Mira el cubo puesto sobre la mesa	.....
15	C5	Tendido sobre la espalda, agarra firmemente el sonajero con un movimiento involuntario	.....
16	C6	Juega con sus manos, las examina	.....
17	L3	Vocaliza cuando el examinador le habla y le sonríe	.....
18	S3	Se anima ante los preparativos de la comida	.....
19	S4	Reír a carcajadas	.....
20	S5	Conciencia de la novedad de una situación.	.....
		4 MESES	.....
21	P7	Tumbado sobre el vientre, mantiene las piernas extendidas	.....
22	P8	Tendido sobre la espalda, hace movimientos para quitarse la servilleta que le ha puesto sobre la cabeza.	.....
23	P9	Se mantiene sentado con un ligero sostén	.....
24	C7	Mira la pastilla puesta sobre la mesa	.....
25	C8	Tendido sobre la espalda, sacude el sonajero colocando en su mano mientras lo mira	.....
26	C9	Tendido sobre la espalda, hace movimientos de presión dirigidos al aro	.....
27	C10	Coge un cubo al contacto	.....
28	I4	Vuelve inmediatamente la cabeza para mirar a la persona que le habla	.....
29	I5	Expresa de forma diferente placer, incomodidad, cólera o da gritos de alegría	.....
30	S6	Participa en juegos corporales	.....
		5 MESES	.....
31	P10	Tendido sobre la espalda explora sus piernas y rodillas	.....
32	P11	De pie, sostenido por los brazos, soporta una parte de su peso.	.....



33	C11	Mantiene un cubo situado en su mano y mira el segundo	.....
34	C12	Tiende la mano hacia el objeto que se le ofrece	.....
35	C13	Sentado, coge con una mano el aro que se balancea delante de él.	.....
36	L6	Ríe y vocaliza manipulando sus juguetes	.....
37	L7	Muestra interés por los ruidos exteriores	.....
38	S7	Sonríe al espejo	.....
39	S8	Responde negativamente o grita cuando la persona que se ocupa de él se aleja	.....
40	S19	Diferencia claramente entre las caras familiares y extrañas	.....
6 MESES			
41	P12	Tendido sobre la espalda se desembaraza de la servilleta puesta sobre su cabeza	.....
42	P13	Tendido sobre la espalda, se coge los pies con las manos	.....
43	P14	Se levanta hasta la posición sentada cuando se ejerce tracción sobre sus antebrazos	.....
44	C14	Eleva el cubo desde la mesa hasta su vista	.....
45	C15	Tiene 2 cubos, uno en cada mano y mira al tercero	.....
46	C16	Coge la pastilla	.....
47	C17	Levanta por el asa la taza vuelta hacia abajo	.....
48	L8	Hace balbuceos o vocaliza cuatro sonidos diferentes	.....
49	L9	Reacciona inmediatamente al oír su nombre	.....
50	S10	Mira lo que mira el adulto si este se lo muestra con el dedo	.....
7 MESES			
51	P15	Se mantiene sentado brevemente sin sostén (aproximadamente 10")	.....
52	P16	Sentado con sostén, se desembaraza de la servilleta puesta sobre su cabeza	.....
53	P17	Hace esfuerzos para desplazarse, se alza sobre las rodillas, empuja con los brazos	.....
54	P18	Lleva sus pies a su boca	.....
55	C18	Coge dos cubos, uno en cada mano	.....
56	C19	Busca la cuchara caída	.....
57	C20	Examina la campanilla con interés	.....
58	L10	Utiliza emisiones vocales, gestos o grita para atraer la atención	.....
59	S11	Participa activamente en el juego de "cu cú"	.....
60	S12	Juega a tirar sus juguetes	.....
8 MESES			
61	P19	Tumbado sobre el vientre, se desembaraza de la servilleta puesta sobre su cabeza	.....
62	P20	Tendido de espaldas, se vuelve sobre el vientre	.....
63	P21	Sentado sin sostén, se desembaraza de la servilleta puesta sobre su cabeza	.....
64	C21	Coge la pastilla con la participación del pulgar	.....
65	C22	Juega a golpear dos objetos	.....
66	C23	Atrae el anillo hacia el sirviéndose de la cuerda	.....
67	C24	Hace sonar la campanilla	.....
68	L11	Vocaliza varias sílabas bien definidas	.....
69	L12	Reacciona a ciertas palabras familiares	.....
70	S13	Se manifiesta cuando se pone un objeto cerca de su alcance	.....
9 MESES			



71	P22	Movimientos claros de desplazamiento	.....
72	P23	Se mantiene de pie sin apoyo	.....
73	P24	Sostenido por las axilas, hace movimientos de andas	.....
74	C25	Acepta el tercer cubo dejando uno de los dos que ya tiene	.....
75	C26	Sujeta la pastilla entre el pulgar y el índice	.....
76	C27	Encuentra el juguete bajo la servilleta	.....
77	C28	Retira el círculo de la tablilla	.....
78	L13	Emite sílabas redobladas	.....
79	S14	Comprende en prohibición	.....
80	S15	Coge trozos con los dedos en su asiento, o bebe solo su biberón manteniéndolo, o bebe el vaso si se le mantiene. (un éxito sobre 3)	.....
10 MESES			
81	P25	Pasa solo de la posición tumbada a la sentada	.....
82	P26	Colocando de pie con apoyo, levanta un pie y lo apoya	.....
83	P27	Pasa de la posición sentada a la de pie utilizando un apoyo	.....
84	C29	Levanta por el asa la taza vuelta y coge el cubo o el juguete escondido	.....
85	C30	Pone un cubo en la taza o lo retira	.....
86	C31	Busca la pastilla a través del frasco	.....
87	C32	Busca el badajo de la campanilla	.....
88	L14	Dice una palabra de dos sílabas	.....
89	S16	Mira lo que mira el adulto si este se lo muestra con el dedo	.....
90	S17	Vuelve a hacer los gestos que hacen reír	.....
12 MESES			
91	P26	Pasa de la posición de pie a la sentada sin tumbarse	.....
92	P29	Anda con ayuda cuando se le coge de la mano	.....
93	P30	Se mantiene de pie solo algunos segundos sin apoyo (tres segundos)	.....
94	C33	Coge el tercer cubo, o trata de cogerlo, guardando los dos que ya tiene	.....
95	C34	Deja un cubo en la taza	.....
96	C35	Mete el círculo en su agujero de la tablilla	.....
97	C36	Garabatea débilmente tras una demostración	.....
98	L15	Sacude la cabeza para decir "no"	.....
99	L16	Habla en jerga de manera expresiva	.....
100	S18	Se presta activamente a ser vestido por el adulto (por ejemplo, da su mano o su pie)	.....
14 MESES			
101	P31	Anda normalmente solo	.....
102	P32	Sube una escalera a gateando	.....
103	C37	Hace una torre de dos cubos	.....
104	C38	Llena la taza de cubos (al menos cinco cubos)	.....
105	C39	Introduce la pastilla en el frasco	.....
106	C40	Coloca el círculo en su agujero cuando se le ordena	.....
107	C41	Hace un garabato cuando se le ordena	.....
108	L17	Utiliza onomatopeyas que hacen el papel de palabras	.....
109	L18	Identifica un objeto (sobre cinco objetos presentados)	.....
110	S19	Señala con el dedo lo que le interesa	.....
17 MESES			
111	P33	Anda hacia atrás	.....
112	P34	Empuja el balón con el pie	.....



113	C42	Hace una torre de tres cubos	.....
114	C43	Vuelve las páginas del libro	.....
115	C44	Retira la pastilla del frasco	.....
116	C45	Se adapta al giro de la tablilla para el círculo	.....
117	L19	Dice cinco palabras	.....
118	L20	Identifica tres objetos	.....
119	S20	Bebe solo en el vaso y come solo con la cuchara dos éxitos sobre dos)	.....
120	S21	Hace que bebe, hace que come o peina al adulto (dos éxitos sobre tres)	.....
20 MESES			.....
121	P35	Da una patada al balón después de una demostración	.....
122	P36	Corre con movimientos coordinados	.....
123	C46	Hace una torre de cinco cubos	.....
124	C47	Utiliza la mano para sujetar el papel cuando se le pide garabatee	.....
125	C48	Coloca los tres trozos en la tablilla	.....
126	L21	Nombra dos o muestra cuatro imágenes (lámina 1)	.....
127	L22	Identifica cuatro objetos	.....
128	L23	Hace frases de dos palabras	.....
129	S22	Ejecuta instrucciones: sentar la muñeca, darle de beber, peinarla (dos éxitos sobre tres)	.....
130	S23	Juega a imitar (imitación diferida)	.....
24 MESES			.....
131	P37	Da una patada al balón cuando se le ordena	.....
132	P38	Se mantiene sobre un pie con ayuda	.....
133	C49	Alinea los cubos para imitar el tren	.....
134	C50	Imita una raya sin observar la dirección	.....
135	C51	Se adapta al giro de la tablilla para los tres trozos	.....
136	L24	Nombra seis imágenes (láminas 1 y 2)	.....
137	L25	Identifica ocho objetos o nombra cuatro	.....
138	L26	Hace frases de tres palabras	.....
139	L27	Utiliza su nombre cuando habla de sí mismo o de un objeto que le pertenece	.....
140	S24	Lava sus manos y trata de secarlas	.....
30 MESES			.....
141	P39	Sube solo una escalera alternando los pies	.....
142	P40	Se mantiene sobre un pie sin ayuda	.....
143	C52	Hace un muro con cuatro cubos	.....
144	C53	Hace una torre de ocho cubos	.....
145	C54	Imita un trazo horizontal y uno vertical	.....
146	L28	Nombra diez imágenes (láminas 1 y 2)	.....
147	L29	Nombra ocho objetos o más	.....
148	L30	Utiliza uno de los pronombres "yo, tu, el, ella"	.....
149	S25	Comprende dos preposiciones: "en", "sobre", "detrás", "delante", "debajo"	.....
150	S26	Se coloca solo sus zapatos o sus calcetines	.....



**ESCALA DE DESARROLLO MOTOR DE LA PRIMERA INFANCIA
(Brunet Lezine)
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS-NUEVA FORMULA**

Nombres y apellidos del niño	Fecha del examen
Fecha de nacimiento	AR.....AD.....QD.....

	24 meses		OBSERVACIONES	VERBOS DE ACCION
P1	Patada en el balón a la orden			Que es lo que
C2	Construye torre de 6 cubos			Vuela
C3	Trata de plegar el papel una vez			Quema
C4	Imita una raya			Araña
C5	Coloca 3 piezas sobre el tablero			Duerme
L6	Nombra 2 o muestra 4 imágenes			Nada
	30 meses			Gruñe
P1	Trata de sostenerse sobre un pie			Corta
C2	Construye torre de 8 cubos			Come
C3	Construye puente de 3 cubos (modelo)			Pincha
C4	Se adapta a la inversión de tablero			Muerde
L6	Nombra 5 o muestra 7 imágenes			Calma la sed
	3 años			Sopla
1	Construye un puente de 5 cubos			Funde
2	Hace un puzzle de 2 piezas			Galopa
3	Compara 2 líneas			Ladra
4	Copia un círculo			Maúlla
5	Responde a 3 preposiciones (encima, dentro, abajo)			Flota
6	Repite silabas 6 silabas			Navega
	4 años			Explota
1	Copia cuadrado			Ruge
2	Dobla un papel en diagonal			
3	Describe una imagen			
4	Responde a 5 preposiciones (encima, debajo, en, sobre, detrás)			
5	Repite 3 cifras			
6	Conoce 13 verbos de acción			
	5 años			
1	Construye una escalera de 10 cubos			
2	Copia la figura compleja			
3	Hace el puzzle de 4 piezas			



4	Distingue mañana y tarde			
5	Repite 12 silabas			
6	Cuenta 4 cubos			



**ESCALA DE DESARROLLO MOTOR DE LA PRIMERA INFANCIA
(Brunet Lezine)
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS-NUEVA FORMULA
Escala no verbal**

Nombres y apellidos del niño	Fecha del examen
Fecha de nacimiento	AR.....AD.....QD.....

24 meses Nivel de base a partir del cual la escala de 2 a 6 años puede ser aplicada.	OBSERVACIONES
Hace una torre de 6 cubos	
Imita una raya	
Coloca las 3 piezas sobre el tablero	
Nombra 2 o muestra 4 imágenes.	
30 meses	
Hace un puente con 3 cubos	
Imita un trazo vertical y otro horizontal	
Se adapta a la inversión de la tablilla	
Nombra 5 o muestra 7 imágenes	
3 años	
Hace un puente con 5 cubos	
Copia un círculo	
Puzzle de 2 piezas	
Enumera sobre la imagen	
4 años	
Compara 2 líneas	
Copia un círculo	
Responde a 3 preposiciones (encima, dentro, abajo)	
Repite sílabas 6 sílabas	
4 años	
Hace una barrera con 5 cubos	
Copia un cuadrado	
Puzzle de 4 piezas	
Cuenta cuatro cubos	
6 años	
Hace una escalera con 10 cubos	
Copia un rombo	
Puzzle del maniquí	
Cuenta 13 cubos	



RETARDO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

por Daniela Delanube Pacheco Galindo

Fecha de entrega: 07-ago-2017 11:55a.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 835681346

Nombre del archivo: TESIS_05082017.docx (2.41M)

Total de palabras: 13042

Total de caracteres: 70751



RETARDO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS



Fuente de Internet

cybertesis.uach.cl



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA Y ENFERMERÍA**

Cuenca, 08 de septiembre del 2017.

Señor, Doctor.
Lorgio Aguilar
DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

Señora, Doctora.
Patricia Vanegas
DIRECTORA DE UNIDAD DE TITULACIÓN

Por medio del presente me permito indicar a su persona que el Trabajo de Grado, de título: **PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL RETARDO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS (AS) DE 0-5 AÑOS DEL CENTRO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA DEL HOSPITAL MORENO VÁZQUEZ DE GUALACEO. ENERO 2015-DICIEMBRE 2016**, realizado por el estudiante **DANIELA DE LA NUBE PACHECO GALINDO**, ha cumplido con las recomendaciones sugeridas por los pares revisores asignados, motivo por el cual me permito sugerir se dé paso a la sustentación del mismo.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

(Nombre del Director de Tesis, firma y sello)

Manual Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec



Cuenca, 26 de junio de 2017

El Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca **CERTIFICA** que ha conocido, analizado y aprobado el protocolo de estudio intitulado "PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL RETARDO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS (AS) DE 0 - 5 AÑOS DEL CENTRO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA DEL HOSPITAL MORENO VAZQUEZ DE GUALACEO ENERO 2015 - DICIEMBRE 2016", cuyo investigador principal es la Srta. Daniela de la Nube Pacheco Galindo y que se encuentra siendo dirigida por el Dr. Lorgio Aguilar.

Es todo cuanto se puede decir en honor a la verdad.

Atentamente,

Dr. Wilson Campoverde Barros

COORDINADOR DEPARTAMENTO DE BIOÉTICA



Ministerio de Salud Pública
Dirección Provincial de Salud del Azuay

**HOSPITAL MORENO VÁZQUEZ
UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACION**

Gualaceo, 5 de Mayo de 2017.

Dr.
Lorgio Aguilar
DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN-UNIVERSIDAD
CATOLICA DE CUENCA

De mis consideraciones:
Luego de un cordial saludo, informo que el estudio de tesis titulado:
"PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL RETARDO DEL
DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS (AS) DE 0-5 AÑOS DEL CENTRO
DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA DEL HOSPITAL MORENO VÁZQUEZ DE
GUALACEO. ENERO 2015-DICIEMBRE 2016", fue analizado por la Comisión
de Docencia e Investigación de este centro médico, aprobando su factibilidad
con sugerencias.

Por la favorable atención a la presente, anticipamos nuestro sincero
agradecimiento.

Atentamente:

HOSPITAL MORENO VÁZQUEZ
Dr. Jhony Camilo Astudillo Ochoa
CIRUGIA LAPAROSCOPICA
C.M.A. & S.
INMEDIATO GUALACEO

Dr. Jhony Camilo Astudillo Ochoa

RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
DE EL HOSPITAL MORENO VÁZQUEZ

Gualaceo, Calle 9 de octubre 1168 y Luis Salazar Bravo.
Teléfonos: 7-2 255064 Fax 7 2 257297



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADEMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA Y ENFERMERIA

Yo, Daniela de la Nube Pacheco Galindo , autor del proyecto de investigación titulado: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL RETARDO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE 0-5 AÑOS, EN EL AREA DE ESTIMULACION TEMPRANA DEL HOSPITAL MORENO VAZQUEZ. PERIODO 2015-2016; reconozco y acepto el derecho de la Universidad Católica de Cuenca, de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.;

Atentamente,

Daniela de la Nube Pacheco Galindo

Manuel Vega y Pio Bravo

Teléfono: 830752-413175

www.ucacue.edu.ec