



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

TÍTULO:

**“Retraso psicomotriz de los niños que acuden al Centro Infantil Municipal N° 2
del Mercado Centro Comercial Loja y su relación con los factores de riesgo”**

Tesis previa a la obtención del título de
médico general

AUTOR:

Franchesca Dominic Alcántara Rodríguez

DIRECTORA DE TESIS:

Dra. Nuvia Eyleen Ludeña Misquero, Mg. Sc.

Loja- Ecuador

2017

CERTIFICACIÓN

Dra. Nuvia Eyleen Ludeña Misquero, Mg. Sc.

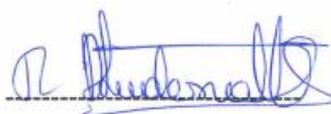
DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICO:

Haber asesorado, revisado detenida y minuciosamente durante todo su desarrollo, la tesis titulada “RETRASO PSICOMOTRIZ DE LOS NIÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO INFANTIL MUNICIPAL N° 2 DEL MERCADO CENTRO COMERCIAL LOJA Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES DE RIESGO”, realizada por la estudiante Franchesca Dominic Alcántara Rodríguez.

Por lo tanto, autorizo proseguir los trámites legales, pertinentes para su presentación y sustentación.

Loja, 13 de septiembre de 2017.



Dra. Nuvia Eyleen Ludeña Misquero, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Franchesca Dominic Alcántara Rodríguez declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

- **FIRMA:** 
- **AUTOR:** Franchesca Dominic Alcántara Rodríguez
- **CÉDULA DE IDENTIDAD:** 734541198
- **FECHA:** Loja 13 de septiembre de 2017

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Franchesca Dominic Alcántara Rodríguez, expreso bajo juramento que el presente trabajo de grado “RETRASO PSICOMOTRIZ DE LOS NIÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO INFANTIL MUNICIPAL N° 2 DEL MERCADO CENTRO COMERCIAL LOJA Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES DE RIESGO”, es de autoría propia y fue desarrollada para mi grado y calificación profesional, además he consultado las referencias bibliográficas contenidas en el presente documento.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Digital Institucional, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

Por lo tanto la falta de permisos correspondientes o su mal uso serán penalizados por la ley; así mismo se asume todas las consideraciones y responsabilidades que correspondan al mismo.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, 13 de septiembre de 2017.

Firma:



Autora: Franchesca Dominic Alcántara Rodríguez.

Cedula: 734541198

Dirección: Celi Román

Correo electrónico: franchesca_013@hotmail.com

Teléfono: 072585818

Celular: 0979429066

Datos complementarios

Directora de tesis: Dra. Nuvia Eyleen Ludeña Misquero, Mg. Sc.

Tribunal de grado:

- Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán, Mg. Sc.
- Dra. Natasha Ivanova Samaniego Luna, Mg. Sc.
- Dra. Marcia Elizabeth Mendoza Merchán, Esp.

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de tesis a Dios y a mis padres, Gladys y Julio, quienes a lo largo de mi vida han visto por mi bienestar y preparación. Le dedico este proyecto a Jonathan y Thiago quienes son el pilar fundamental y por quienes me seguiré desarrollándome en la vida profesional así como a Rosa Morquecho y a mis tres hermanas: Katy, Estefany y Maricielo personas importantes e incondicionales quienes me han brindado su apoyo en todo momento. Es por ellos, mi familia que estoy donde estoy ahora.

Llegaré hasta donde Dios me lo permita esperando contar siempre con su bendición.

Franchesca Dominic Alcántara Rodríguez

AGRADECIMIENTO

Quiero empezar mi agradecimiento dando gratitudes a Dios por permitir que me desarrolle en tan hermosa carrera como lo es Medicina Humana.

A mis padres, el apoyo más grande que Dios pudo darme, quienes con su esfuerzo y entrega me apoyaron durante toda mi vida estudiantil.

A mis maestros quienes con sus enseñanzas pusieron en mí los conocimientos que regirán mi futuro profesional.

Agradezco a mi directora de tesis la Dra. Nuvia Eyleen Ludeña Misquero por la paciencia y dedicación que puso para guiarme durante todo el desarrollo de mi tesis.

Y finalmente gracias a esta prestigiosa universidad hogar de tantas dichas y tristezas, que me dio la oportunidad de educarme en la medicina y por lo que siempre le estaré agradecida.

Franchesca Dominic Alcántara Rodríguez

Índice de Contenidos

CARÁTULA.....	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
1. TÍTULO	1
2. RESUMEN	2
SUMMARY	3
3. INTRODUCCIÓN	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA	7
4.1 Desarrollo psicomotor	7
4.2 Desarrollo evolutivo de los primeros años de vida:	7
4.2.1 Desarrollo evolutivo del niño de 6 meses a 12 meses:	7
4.2.3 Desarrollo evolutivo del niño de 19 a 24 meses:	8
4.2.4 Desarrollo evolutivo del niño de 2 a 5 años:	9
4.3 Factores de riesgo en el desarrollo psicomotriz:	9
4.3.1 Factores de riesgo biológico:	9
4.3.2 Factores de riesgo Psico social:	10
4.3.3 Factores prenatales.....	10
4.3.4 Factores perinatales:	10
4.3.5 Factores postnatales:	10
4.4 Desarrollo psicomotor normal:.....	11
4.5 Retraso del desarrollo psicomotor:.....	11
4.6 Alerta en el desarrollo psicomotor:	11
4.7 Evaluación del desarrollo psicomotor:.....	14

4.7.1	Detección:	14
4.7.2	Diagnóstico:	15
5.	MATERIALES Y MÉTODOS	23
5.1	Tipo de Estudio	23
5.2	Área de estudio.....	23
5.3	Universo	23
5.4	Muestra.....	23
5.5	Criterios de Selección.....	23
5.6	Procedimiento.....	23
5.7	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	24
5.8	Plan de tabulación y análisis de datos	24
5.9	Aspectos éticos y legales.....	24
6.	RESULTADOS	25
7.	DISCUSIÓN	36
8.	CONCLUSIONES	39
9.	RECOMENDACIONES.....	40
10.	BIBLIOGRAFÍA	41
11.	ANEXOS	44

1. TÍTULO

Retraso psicomotriz de los niños que acuden al Centro Infantil Municipal N° 2 del
Mercado Centro Comercial Loja y su relación con los factores de riesgo.

2. RESUMEN

El retraso del desarrollo psicomotor es la tardanza en adquirir las destrezas propias para la edad del niño, una pronta detección permite buscar alternativas. Por lo que se decidió determinar el retraso psicomotriz de los niños y su relación con los factores de riesgo. La presente investigación de tipo transversal determinó la presencia del retraso en el desarrollo psicomotor y su relación con los factores de riesgo: psicosocial, prenatales, natales, posnatales, y en el desarrollo del niño (a). Se trabajó con 90 niños y niñas en edades comprendidas entre 1-3 años seis meses de edad que acuden al Centro Infantil Municipal N° 2 del Mercado Centro Comercial Loja, en los cuales se aplicó el test de Denver II para evaluar el desarrollo psicomotor, y por medio de aplicación de encuesta a los padres de familia se determinaron los factores de riesgo. Se obtuvieron los siguientes resultados: El 56,7% de la población fue de sexo masculino, la prevalencia de retraso del desarrollo psicomotor fue de 10 %. Según las características sociodemográficas se determinó que el 31,4% de los niños y el 30,8% de niñas pertenecen a un nivel socioeconómico bajo. Con respecto a los factores de riesgo prenatales predomina: madre con edad de más de 35 años (23,5% en niños), control prenatal deficiente (15,4% en niñas). Entre los factores de riesgo natales con alto porcentaje son: parto por cesárea (29,4% en niños y 28,2% en niñas) y prematuridad (15,7% en niños y 10,3% en niñas). Entre los factores de riesgo en el desarrollo del niño: Ausencia de controles médicos (con un 49% en niños y 46,2 en niñas) y lactancia materna menor a 6 meses (31,4% en niños y 25,6 en niñas). Con esta investigación se logró determinar la existencia de varios factores de riesgo en la población de estudio y sus familias.

Palabras claves: Desarrollo psicomotor – Denver II – Factores de riesgo

SUMMARY

The Delay of psychomotor development is the delay in acquiring the skills of the child's age, an early detection allows the alternative. So it was decided to determine the psychomotor retardation of children and their relationship with risk factors. The following cross-sectional investigation determined the presence of the delay in psychomotor development of the child. We worked with 90 children aged between 1-3 years and six months of age who attend to "Centro Infantil Municipal N2 del Mercado Centro Comercial Loja, in which the Denver II test was applied to evaluate the psychomotor development, and by means of application of the survey to parents risk factors were determined. The following results were obtained: a 56.7% of the population were males, the prevalence of retardation of psychomotor development was of 10%. According to socio-demographic characteristics, it was determined that a 31.4% of the children and 30.8% of the girls belong to a low socioeconomic level. Regarded to the prenatal risk factors it is said that: the mother over 35 years of age (23,5% in children), poor prenatal control (15,4% in girls). Among the high-percentage natal risk factors are: cesarean delivery (29,4% in boys and 28,2% in girls) and prematurity (15,7% in boys and 10,3% in girls: Among the risk factors in development of the child: absence of medical controls (with 49% in boys and 46,2% in girls and breastfeeding less than 6 months (31,4% in boys and 25,6 in girls). The following research was to be able to determine the existence of several risk factors in the studied population and their families.

KEY- WORDS: Psychomotor development- Denver II- Risk factors

3. INTRODUCCIÓN

El desarrollo psicomotor es un proceso evolutivo, sistemático, multidimensional e integral, mediante el cual el individuo va adquiriendo progresivamente habilidades y respuestas cada vez más complejas. Si bien cada ser humano al nacer tiene ya determinado genéticamente su potencial de desarrollo, su expresión final es el resultado de la interacción con su entorno familiar, social, y comunitario, y probablemente ese sea el motivo por el cual la intervención temprana tiene un alto impacto en el pronóstico de los niños con déficit del desarrollo. Por ello, la detección precoz es una actividad fundamental a realizarse en los controles al niño y supone un desafío permanente en pediatría, especialmente al evaluar individuos con factores de riesgo sociales o biológicos. (Schonhaut, Álvarez & Salinas, 2010)

Existe una gran cantidad de métodos diagnósticos que detectan en forma rápida y sencilla posibles anomalías del desarrollo en niños pequeños. Este tipo de pruebas deben poseer consistencia, validez, alta sensibilidad y especificidad, ser socialmente aceptadas, sencillas, rápidas y de bajo costo. Pueden ser de dos tipos: encuestas para padres y pruebas aplicadas a los niños o de screening propiamente dichas. (Schonhaut, Álvarez & Salinas, 2010)

Con respecto al retraso psicomotor los niños que crecen en sectores pobres tienen una mayor proporción de retraso en el desarrollo, pues el nivel socioeconómico es un factor de riesgo, sin embargo, muchos niños que crecen en una condición precaria se desarrollan normalmente. El desarrollo emocional de un niño es el resultado de la relación con su cuidador. La calidad de este vínculo depende del grado de aceptación con que el adulto recibe al niño, su sensibilidad para captar lo que este expresa y su capacidad para responder adecuada y oportunamente; por lo tanto el vínculo de cuidadores es de suma importancia para su desarrollo. También tienen importancia otros factores como las posibilidades que el niño tiene de interactuar con su medio, explorar, conocer personas, objetos, ensayar, cometer errores y aprender de ellos. Por lo general los niños de condición socioeconómica baja, viven en hacinamiento, por lo que sus posibilidades de interactuar con el medio quedan muy reducidas. (Sánchez, García & Martínez ,2014)

Existen factores que favorecen un adecuado progreso psicomotor. Estos son: una buena nutrición, un sólido vínculo madre-hijo y una estimulación sensorial adecuada y oportuna.

Pero también se encuentran los factores que frenan el desarrollo psicomotor, como aquellas condiciones que pueden producir un daño neuronal irreversible como son: una hipoxia mantenida, la hipoglicemia, y las infecciones o traumatismos del SNC. Otros factores son, la ausencia de un vínculo madre-hijo adecuado y la falta de estimulación sensorial oportuna. Existen además ciertas condiciones congénitas o adquiridas durante la gestación, o posterior al parto que pueden alterar el desarrollo del niño. Los factores de riesgo se pueden dividir en prenatales, perinatales o postnatales. Los factores prenatales son: infecciones intrauterinas (virus de inclusión citomegálica), genotopatías (Síndrome de Down) y otros. Los perinatales son: asfixia neonatal (hipoxemia), hiperbilirrubinemia, prematuridad extrema, hipoglicemia clínica, infecciones neonatales (Sepsis), apneas, síndrome de dificultad respiratoria (hipoxemia), convulsiones neonatales, hipertensión intracraneana y anemia aguda (por hipoxemia, hipovolemia.). Por último, entre los postnatales: hay que mencionar: hipotiroidismo, enfermedades metabólicas (fenilquetonuria), convulsiones de difícil manejo (Síndrome de West), meningitis/meningoencefalitis, traumatismo encéfalo craneano grave e hipoestimulación severa (padres adictos a drogas, depresión materna.). (Moore, 2008)

Los estudios recientes del desarrollo infantil enfatizan la importancia de examinar el contexto en que éste ocurre, en especial los efectos de la presencia simultánea de múltiples factores de riesgo, tanto biológicos como ambientales. Más aún, la acción coincidente de estos factores debe ser analizada en presencia de factores protectores capaces de atenuar sus consecuencias potencialmente adversas. Los estudios también muestran que el desarrollo psicomotor de niños biológicamente indemnes se ve afectado por factores adversos durante el primer año. Tal efecto es menor que el descrito en niños biológicamente vulnerables, pero es suficiente para generar desventajas psicosociales capaces de perturbar el desarrollo. (Rivera, Castillo & La Parra, 2010)

Por estos motivos se plantea la siguiente investigación titulada: “Retraso psicomotriz de los niños que acuden al Centro Infantil Municipal N° 2 del Mercado Centro Comercial Loja y su relación con los factores de riesgo” en el lapso de septiembre 2016 a junio del 2017, en el que se planteó determinar el retraso psicomotriz de los niños que acuden al Centro Infantil Municipal N° 2 del Mercado Centro Comercial Loja y su relación con los factores de riesgo, así como evaluar el desarrollo psicomotor mediante la aplicación del test de Denver de los niños que acuden al Centro Infantil Municipal N° 2 del Mercado Centro Comercial Loja, establecer sus características socio-demográficas, determinar la prevalencia del retraso de

desarrollo psicomotriz y concienciar a las madres de familia sobre los factores de riesgo en el desarrollo psicomotriz.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1 Desarrollo psicomotor

El desarrollo psicomotor (DPM) es un proceso continuo que va de la concepción a la madurez, con una secuencia similar en todos los niños, pero con un ritmo variable. Mediante este proceso el niño adquiere habilidades en distintas áreas: lenguaje, motora, manipulativa y social, que le permiten una progresiva independencia y adaptación al medio. El DPM depende de la maduración correcta del sistema nervioso central (SNC), de los órganos de los sentidos y de un entorno psicoafectivo adecuado y estable. (Sánchez, García & Martínez, 2014)

4.2 Desarrollo evolutivo de los primeros años de vida:

4.2.1 Desarrollo evolutivo del niño de 6 meses a 12 meses:

Cuadro N° 1: Hitos del desarrollo normal de los 0 a los 12 meses

HITOS DEL DESARROLLO NORMAL DE LOS 0 A LOS 12 MESES							
MES	SUEÑO	ALIMENTACIÓN	PSICOMOTOR	LENGUAJE COMUNICACIÓN	CONDUCTA	REGULACIÓN EMOCIONAL	ATENCIÓN
0	Duerme unas 17 horas. Ciclos de sueño - vigilia de 4 horas	Adaptación armónica madre - bebé en ritmo y producción de leche	Motricidad refleja (reflejos arcaicos)	Llanto indiferenciado	Duerme todo el día	El humor depende íntimamente de estados internos	Atención dirigida a objetos en movimiento y contrastes de colores
1			Levanta la cabeza, decúbito prono, manos cerradas	Llanto diferenciado (hambre, incomodidad, etc)	Interés por la mirada humana y objetos móviles		Mira un objeto durante 5 segundos. Presta atención a sonidos continuos
2	Disminuye la cantidad de sueño total. Alargamiento ciclos de sueño - vigilia	Ritmo en tomas establecido	Desaparece automatismo de la marcha. Boca abajo levanta la cabeza y hombros. Al ser cogido mantiene la cabeza erguida	Balbuceo	Juega con las manos, anticipa la comida	El humor se va asociando más con claves sociales externas	
3					Coge sonajero, ríe y vocaliza al manipular juguetes		
4							
5	Prueba alimentos no lácteos	Dirige mano hacia objetos, pasa objetos de una mano a otra, volteo			Se lleva los pies a la boca. Juega a tirar objetos al suelo. Reconoce su imagen en el espejo,		
6							
7							

					Adquiere capacidad de imitación		
8		Prueba alimentos sólidos. Alimentación diversificada	Pinza superior	Soliloquios (vocalizaciones)	Participa en juegos de cuco y escondidas	Egocentrismo	Se entretiene sin solicitar atención
9					Hace gestos de adiós y hola		
10			Gateo. Se pone de pie con ayuda	Muestra, da y apunta objetos	Comprende la prohibición		
11							
12	Ritmo estable. Duerme toda la noche. Patrón adulto (predominio sueño NoREM)		Desaparición de reflejos arcaicos. Deambulación con apoyo. Coge una taza para beber. Garabatea	Primeras palabras	Repite autos si causan risa. Da algo si se lo pide. Colabora en vestirse		

FUENTE: ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA

ELABORADO POR FRANCESCA ALCÁNTARA RODRÍGUEZ

4.2.2 Desarrollo evolutivo del niño de 13 a 18 meses:

Cuadro N° 2

MES	SUEÑO	ALIMENTACIÓN	PSICOMOTOR	LENGUAJE COMUNICACIÓN	CONDUCTA	REGULACIÓN EMOCIONAL	AFECTIVO
13						Egocentrismo	
15			Deambulación si apoyo	Intentos de señalar y vocalizar	Juega a llenar y vaciar. Empieza a encajar piezas. Señala con el dedo lo que desea		
18	Comienza a soñar		Sube escaleras gateando. Pasa páginas de un libro. Torres de 3 cubos	Usa unas 20 palabras y conoce unas 150. Articulación de las vocales	Pide orinal. Come manchándose solo parcialmente. Abraza un juguete especial	Desarrollo de la individualización	Angustia de separación

FUENTE: ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA

ELABORADO POR FRANCESCA ALCÁNTARA RODRIGUEZ

4.2.3 Desarrollo evolutivo del niño de 19 a 24 meses:

Así como en el primer semestre del segundo año (12-18 meses) el niño camina, se interesa y acciona; en el segundo semestre el niño ya juega y comprende. De los 19 a los 24 meses empieza a concebir el espacio con formas y dimensiones, vertical y horizontal (torre 6 cubos, tren de cubos). Relaciona el papel y el lápiz (hace trazos). Utiliza la taza y la cuchara sin derramar. Presenta ya un pensamiento representativo-simbólico (un objeto puede representar

a otro en un juego imaginativo). Sube y baja cogido de la baranda o de la mano (muebles, escaleras...) y corre. Pasa páginas de un libro. Designa y después denomina (primero objetos y después imágenes). A los 18 meses tiene abundante jerga y hasta 50 términos inteligibles. (Sánchez, García & Martínez, 2014)

4.2.4 Desarrollo evolutivo del niño de 2 a 5 años:

Cuadro N° 3

HITOS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR				
EDAD	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA	LENGUAJE	SOCIAL//AFECTIVO//COGNITIVO//SEXUAL
2-3 AÑOS	Corre, se mantiene en un pie, chuta un balón, salta, empieza a trepar, baila	Construye torres de 8 cubos, sostiene lápiz con la mano, tira una pelota con la mano, pasa páginas de una en una, desenrosca un tapón, hace trazos sencillos	Frases de 2 palabras a los 2 años, frases de 3 palabras a los 3 años, vocabulario de 20 a 200 palabras, entiende ordenes más complejas	Hace puzles de 2 piezas, comprende conceptos sencillos, utiliza la cuchara, juego imitativo, ayuda a desvestirse o vestirse, inicia control de esfínteres diurnos, identificación por género
3-4 AÑOS	Sube escaleras alternando los pies, salta a la pata coja, salta 40-60cm de long., monta triciclo, baila siguiendo el ritmo	Construye torres de 10 cubos, moldea plastilina, empieza a usar tijeras, coge lápiz de forma adecuada, colorear respetando margen, hace dibujos sencillos, se abrocha y desabrocha botones	Frases más largas, uso correcto de verbos, canta espontáneamente, pregunta significado de palabras, participa en la conversación	Conoce los colores, juego en grupo, comparte juguetes, utiliza tenedor y cuchillo, se viste y desviste con ayuda, va solo al baño, juegos sexuales infantiles
4-5 AÑOS	Baja escaleras alternando pies, salta 60-80 cm de long., monta en bicicleta	Dibujos más elaborados, copia trazos y letras, lanza con puntería, recorta una línea con tijeras	Conversaciones fluidas, usa pronombres y adverbios, explica vivencias y emociones, recuerda canciones y cuentos, dice su nombre apellido y edad	Inicia control de esfínter nocturno, le gusta las adivinanzas, amigo íntimo-imaginario, se viste y desviste sin apenas ayuda, juegos con reglas

FUENTE: ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA

ELABORADO POR FRANCESCA ALCANTARA RODRIGUEZ

4.3 Factores de riesgo en el desarrollo psicomotriz:

4.3.1 Factores de riesgo biológico:

- Lesión del parénquima cerebral
- Malformación craneofacial.
- Patología craneal detectada por ECO/TAC.
- Síndrome malformativo con compromiso visual
- Convulsiones neonatales
- Microcefalia
- Infecciones congénitas
- Trastornos metabólicos (hipoglucemia mantenida, hiperbilirrubinemia)

- Anomalías congénitas (Ruiz, 2013)

4.3.2 Factores de riesgo Psico social:

- Familia en situación de aislamiento, marginalidad, pobreza, prisión.
- Progenitor adolescente.
- Progenitor con discapacidad intelectual (CI que dificulte entender las instrucciones de cuidado), trastorno mental o emocional importante.
- Progenitor con deficiencia sensorial severa.
- Progenitores con dependencia al alcohol u otras drogas.
- Familia con historia de maltrato de los padres o de maltrato a otros hijos.
- Niños institucionalizados, adoptados, con hospitalizaciones frecuentes.
- Ausencia continúa de los padres. (Sánchez, García & Martínez ,2014)

4.3.3 Factores prenatales

- Control prenatal deficiente
- Enfermedades en el embarazo
- Consumo de tabaco, drogas ilegales o alcohol
- Embarazo múltiple (Pérez,2012)
- Edad de la madre: aquellas mujeres mayores de 36 años y menores de 16 años
- Infecciones en el embarazo
- Psicosis de la madre

4.3.4 Factores perinatales:

- Prematuridad
- Bajo peso al nacer <2500 g
- Asfixia perinatal
- Hiperbilirrubinemia

4.3.5 Factores postnatales:

- Maltrato y abandono infantil
- Violencia doméstica
- Medidas de seguridad inadecuadas
- Deprivación social
- Falta de adecuada estimulación

- Pobreza familiar

4.4 Desarrollo psicomotor normal:

El término DPM se emplea para definir el progreso del niño en las diferentes áreas durante los primeros 2-3 años de vida, periodo de gran plasticidad y muy sensible a los estímulos externos. (Fenichel, 2012)

Características del DPM:

- Sigue una dirección cefalo-caudal y de axial a distal.
- Hay una diferenciación progresiva: de respuestas globales a actos precisos individuales.
- Los reflejos primitivos preceden a los movimientos voluntarios y al desarrollo de las reacciones de equilibrio.
- Los reflejos primitivos deben desaparecer para que la actividad voluntaria se desarrolle.
- El tono muscular progresa de un predominio flexor en el RN, a un equilibrio flexo-extensor. La extensibilidad de las articulaciones va incrementándose.

4.5 Retraso del desarrollo psicomotor:

La Academia Americana de Pediatría define como problemas del desarrollo psicomotor a todos aquellos cuadros crónicos y de inicio precoz que tienen en común la dificultad en la adquisición de habilidades motoras, de lenguaje, sociales o cognitivas que provocan un impacto significativo en el progreso del desarrollo de un niño. Se presenta cuando existe fracaso en el logro de las conductas esperadas para una determinada edad. Si bien algunos problemas del desarrollo pueden ser transitorios, los retrasos en la edad temprana pueden estar asociados a posteriores discapacidades, tales como retardo mental, parálisis cerebral, autismo, alteraciones del lenguaje y problemas del aprendizaje.

Las alteraciones del desarrollo neuromadurativo se relacionan con un retraso en el desarrollo psicomotor, además de: deserción escolar, trastornos neurológicos, psiquiátricos, emocionales y conductuales, déficit en las habilidades sociales, problemas de aprendizaje y en la adultez menores oportunidades laborales y morbilidad. (Schonhaut, 2013)

4.6 Alerta en el desarrollo psicomotor:

Los signos de alarma en el DPM, son un retraso cronológico significativo en la aparición de adquisiciones del desarrollo global o de un área específica, para la edad del niño. También se debe considerar unos signos de alarma la persistencia de patrones que deberían haber

desaparecido (ej. reflejos arcaicos), la existencia de signos anómalos a cualquier edad (ej. movimientos oculares anormales, asimetría en la movilidad) o de signos que son anómalos a partir de una edad concreta (por ejemplo, movimientos repetitivos a partir de los 8 meses). Un signo de alarma no presupone la existencia de un problema, pero obliga a un examen y seguimiento. . (Sánchez, García & Martínez, 2014).

Cuadro N° 4

Lo normal y anormal de 1-3 meses	
Seguimiento visual en todas las direcciones	Ausencia de seguimiento visual
Sonrisa mimética social e inicio de la empatía	Sonrisa pobre o ausente
Baluceo no imitativo	Llanto excesivo, irritabilidad persistente
Motilidad espontánea rica, global, amplia	Motilidad anormal
Desaparecen automatismos y libera manos	TFA persistente
Sostiene y mira lo que se pone en sus manos	Pulgar aducido en mayores de 2 meses
Pre-prensión	No actividad pre-prensora
Postura: pasa de flexoadducción a flexoabducción	Actitud en hiperflexión o deflexión
Sostén cefálico, ladea cabeza	Ausencia de sostén cefálico
Enderezamiento troncal rápido	Hipo o hipertonicidad axia

FUENTE: ASOCIACION ESPAÑOLA DE PEDIATRIA

ELABORADO POR FRANCESCA ALCÁNTARA RODRIGUEZ

Cuadro N° 5

Lo normal y anormal en el segundo trimestre	
Diálogo vocal, baluceo no imitativo (gorjeo)	Empatía pobre, ausencia de gorjeo
Juego con su cuerpo: juego dedos, manos a la boca	Indiferencia a su cuerpo
Prensión de ropas: barrido cubital y radial	Estereotipias
Aproximación bimanual al objeto	Persiste tónico-flexor asimétrico
Alcance del objeto	No alcanza objetos a los 5-6 meses
Astasia-abasia fisiológica	Hiperextensión EEII
Control muscular axial. Volteos (1.º el volteo ventral)	Hipotonía cervical y troncal
Inicio de sedestación con cifosis dorsal	Hipertonía/hiperextensión troncal
Paracaídas laterales	Ausencia de sedestación con apoyo

Localiza fuente sonido	No se orienta a la campanilla
------------------------	-------------------------------

FUENTE: ASOCIACION ESPAÑOLA DE PEDIATRIA

ELABORADO POR FRANCESCA ALCÁNTARA RODRIGUEZ

Cuadro N° 6

Lo normal y anormal en el tercer trimestre	
Empatía electiva	Empatía pobre, indiferenciada
Prensión manual radial e inicio de pinzas	Ausencia de pinza y prensión
Transferencia contralateral del objeto	Mala coordinación viso-manual
Inicia juego con juguetes (exploración oral, golpea)	
Permanencia del objeto (lo busca si cae)	
Balbuceo imitativo, mono-bisílabos	Persiste gorjeo, sin mono-bisílabos
Sedestación sólida	Ausencia de sedestación sin apoyo
Abandona astasia/abasia	Hipotonía axial
Reacciones de paracaidistas	
Pasa a sentado	Hipertonía axial
Bipedestación	Espasticidad de miembros inferiores
Desplazamientos laterales con apoyos, gateo	Persistencia de reflejos primarios

FUENTE: ASOCIACION ESPAÑOLA DE PEDIATRIA

ELABORADO POR FRANCESCA ALCÁNTARA RODRIGUEZ

Cuadro N° 7

Lo normal y anormal en el cuarto trimestre	
Señalización hacia adelante con índice	
Prensión fina con pinza índice-pulgar (saca objeto)	
Permanencia del objeto: sigue objeto móvil, descubre objeto	
Usa medios: suelta para coger, tira de cinta, usa palo	
Imitaciones (subir brazos, palmas, adiós...)	
Relajación prensora: introduce objeto en recipientes	Manipulación repetitiva, torpe, asimétrica, movimientos involuntarios
Balbuceo imitativo prelingüístico	
Imita sonidos y fonemas de la lengua materna	Ausencia de lenguaje, no repite sonidos que oye
Expresión de familiaridad	Empatía pobre

Inicia su carácter y personalidad (oposición)	Observación pobre, “pasa”
Bipedestación	Ausencia de bipedestación
Marcha independiente	Presencia de reflejos anormales

FUENTE: ASOCIACION ESPAÑOLA DE PEDIATRIA

ELABORADO POR FRANCESCA ALCÁNTARA RODRIGUEZ

Cuadro N° 8

Lo normal y anormal de 12 a 18 meses	
Causalidad operacional: intenta accionar	Manipulación torpe, estereotipada
Da en mano, muestra y ofrece	
Isporta, pasa	Ausencia de iniciativa y atención lábil
Relaciones espaciales: apila aros, torre de 2-3 cubos	No construye torre con cubos
Sabe para qué se utilizan los objetos	
Designa en sí mismo y designa objetos	No nombra o señala objetos
Acepta, rehúsa, abraza	Afectividad pobre
Repite acciones riéndose (causalidad operacional)	
Lenguaje: 2-10 fonemas (bisílabos).	No emite ninguna palabra
Decodifica 10 palabras	
Anda con objetos en las manos	Ausencia de marcha autónoma
Perfecciona marcha: marcha-stop, se agacha y sigue	
Sortea obstáculos. Sube y baja rampas y escaleras	No sube escalones gateando

FUENTE: ASOCIACION ESPAÑOLA DE PEDIATRIA

ELABORADO POR FRANCESCA ALCÁNTARA RODRIGUEZ

4.7 Evaluación del desarrollo psicomotor:

4.7.1 Detección:

La detección de un problema de desarrollo debe ser precoz. Corresponde en primera instancia a los padres, al personal de guarderías y colegios y a los pediatras de Atención Primaria, se debe determinar si se trata de un niño sano o un niño de riesgo biológico, y si

existe un trastorno del desarrollo o un problema neurológico. Se plantean tres estado o condiciones:

- Normal o probable retraso madurativo; posibilidad de hipoestimulación.
- Retraso psicomotor patológico, que puede ser global o de áreas concretas: motor, cognitivo, social o aislado del lenguaje.
- Dudoso. En algunos casos solo la evolución en sucesivas consultas permite aclarar la cuestión.

El siguiente paso a la detección de un problema establecido o probable es la decisión de una actuación diagnóstica y de una intervención terapéutica: derivación a atención temprana. Se debe hacer un seguimiento, incluso en los casos de normalidad. Para que el desarrollo progrese de una forma normal, el niño debe estar estimulado correctamente y rodeado de un ambiente adecuado. (Martinez, 2013)

4.7.2 Diagnóstico:

El diagnóstico se orienta mediante la historia clínica y exploración. Se valoran los antecedentes familiares, obstétricos y perinatales, el desarrollo psicomotor, el examen físico, y el contacto social y comportamiento del niño. El análisis de estos datos orienta la realización de los exámenes complementarios, en los casos en los que estos son necesarios. (López & Monge, 2013)

4.7.2.1 Historia clínica:

a) Antecedentes familiares:

En muchos de los trastornos del desarrollo existen antecedentes familiares positivos. La herencia interviene en los diferentes patrones, tanto en las variaciones madurativas como en las enfermedades hereditarias que asocian alteraciones del desarrollo.

b) Antecedentes obstétricos y perinatales:

El desarrollo prenatal del sistema nervioso puede verse afectado por diversos problemas del embarazo, como infecciones o toma de sustancias nocivas para el organismo en desarrollo. Estos problemas con frecuencia pasan desapercibidos durante el embarazo. Se ha abusado del diagnóstico de anoxia neonatal. No se pueden atribuir a sufrimiento perinatal deficiencias en un niño que durante los primeros días de vida no ha evidenciado daño

neurológico que haya precisado ingreso hospitalario, por mucho que haya tardado en llorar. (López & Monge, 2013)

4.7.2.2 Técnicas de evaluación del desarrollo psicomotor:

Los métodos para evaluación del desarrollo son numerosos y variados, incluyendo encuestas a los padres, observación directa en el consultorio del pediatra, pruebas de screening y escalas del desarrollo. Actualmente existen numerosas pruebas que pueden ser utilizadas en APS. Una vez que sospecha un problema, el médico debe insistir en llegar a un diagnóstico. Es aquí donde, dentro de un abordaje mucho más amplio, intervienen el psicólogo, psiquiatra infantil, neurólogo y otros especialistas.

La evaluación del desarrollo engloba fundamentalmente tres tipos de acciones: la vigilancia, las pruebas de screening y la evaluación del desarrollo. La vigilancia del desarrollo es un método sencillo e informal, con buena respuesta, si quien la realiza posee los conocimientos suficientes sobre desarrollo infantil.

En el otro extremo, la evaluación del desarrollo propiamente dicha, es llevada a cabo por diferentes especialistas, como neurólogos, psicopedagogos, psiquiatras, etc. Mediando entre ambos tipos de acciones se encuentran las pruebas de screening. (Vericat,2013)

La Academia Americana Pediatría recomienda realizar un test de cribado a los 9, 18 y 24-30 meses. Aconseja en cada visita de control del niño sano detectar factores de riesgo. Si los hay, aplicar herramienta de cribado. Si no los hay, solo se aplican en las visitas de 9,18 y 24-30 meses. Y, a los 18 meses, recomienda realizar cribado de autismo mediante las señales de alerta. Por otra parte, según PrevInfad, la evidencia es insuficiente para aconsejar o desaconsejar la utilización de herramientas de cribado. La recomendación en general es mantener la vigilancia en cada una de las revisiones del niño. Cualquier preocupación debe conducir a aplicar un test para la identificación precoz de un trastorno del desarrollo y derivar (diagnóstico y tratamiento precoz). (Sánchez, García & Martínez ,2014)

4.7.2.3 Pruebas de screening del desarrollo:

Detectan en forma rápida y sencilla posibles anomalías del desarrollo en niños pequeños. Este tipo de pruebas deben poseer consistencia (estabilidad prueba re prueba), validez, alta sensibilidad y especificidad, ser socialmente aceptables, sencillas, rápidas y de bajo costo.

Incluyen encuestas para padres y pruebas aplicadas a los niños o de screening propiamente dichas. (Revista Chilena de Pediatría, 2013)

1. Encuestas para padres:

Aunque se encuentran traducidas al español, son usadas más frecuentemente en países del hemisferio norte, en especial cuando los padres presentan inquietudes respecto a la maduración de sus hijos. Pertenecen a este tipo de entrevistas el ASQ (Age and Stages Questionnaire), el CDI (Child Development Inventory) y el PEDS (Parent's Evaluation of Developmental Status).

2. Pruebas de screening:

Son fáciles de administrar y requieren relativamente poco entrenamiento por lo que son ideales para ser usadas por el pediatra en su práctica diaria. Las más conocidas son:

- Prueba de Tamizaje del Desarrollo de Denver II:

La prueba de tamizaje del desarrollo de Denver (DDST) es el instrumento más utilizado para examinar los progresos en desarrollo de niños del nacimiento a los 6 años de edad. El nombre "Denver" refleja el hecho que fue creado en el Centro Médico de la Universidad de Colorado en Denver. Desde su diseño y publicación en 1967 ha sido utilizado en varios países del mundo lo que indujo a que la prueba fuera revisada, surgiendo la versión DDST-II, que es la que actualmente se utiliza.

El propósito de DDST-II es el tamizaje de niños de 1 mes a 6 años de edad para posibles problemas de desarrollo, confirmación de problemas sospechados con una medición objetiva y monitoreo de niños con riesgo de problemas de desarrollo. Las desviaciones de desarrollo en niños pequeños pueden pasar desapercibidas porque es difícil y a veces imposible detectarlos a través de chequeos rutinarios. (Bueso, 2015)

Componentes:

La prueba está normada sobre una muestra de niños nacidos a término y sin ninguna inhabilidad de desarrollo obvia. La población de referencia fue diversa en términos de edad, domicilio, fondo étnico-cultural y de educación materna. Las normas indican cuando el 25%, el 50%, el 75%, y el 90% de niños pasan cada tarea. La evaluación del desarrollo se basa en el desempeño del niño y en reportes rendidos por los padres en cuatro áreas de

funcionamiento, motor fino, motor grueso, personal social y habilidad de lenguaje. Se calcula la edad exacta del niño y se marca sobre la hoja de evaluación, se evalúan todas aquellas tareas que son intersecadas por la línea de edad. La calificación se determina dependiendo si la respuesta del niño cae dentro o fuera del rango normal esperado de éxitos de cada tarea para la edad. El número de tareas sobre los cuales el niño está por debajo del rango esperado, determina si se clasifica como normal, sospechoso o con retraso. Los niños clasificados como sospechosos debe monitorearse con más frecuencia y establecer una intervención (Ej. estimulación temprana), los que clasifican como con retraso deben ser referidos para una evaluación adicional. También incluye una prueba de observación conductual que es llenada por el administrador de la prueba. (Bueso, 2015)

Los materiales para su aplicación son: Bola de lana roja, caja de pasas, botonetas o botones de colores, chinchín, botella pequeña, campana, pelota de tenis, 8 bloques o cubos de 1 pulgada por lado

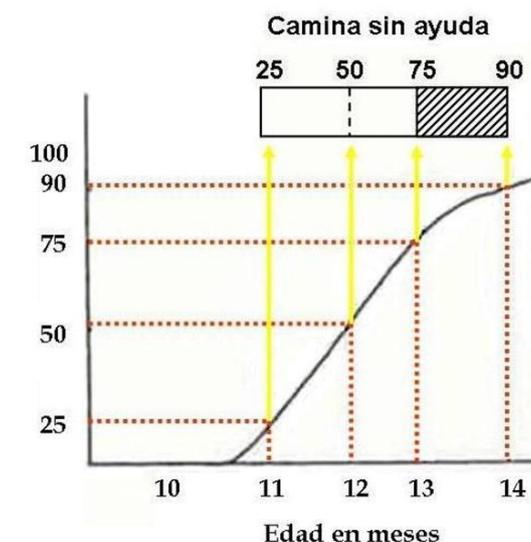
La prueba Denver II está diseñada para probar al niño en veinte tareas simples que se ubican en cuatro sectores:

1. Personal – social: Estas tareas identificará la capacidad del niño de ver y de utilizar sus manos para tomar objetos y para dibujar.
2. El motor fino adaptativo: Estas tareas identificará la capacidad del niño de ver y de utilizar sus manos para tomar objetos y para dibujar.
3. El lenguaje: Estas tareas indicará la capacidad del niño de oír, seguir órdenes y de hablar.
4. El motor grueso: Estas tareas indicará la capacidad del niño de sentarse, caminar y de saltar (movimientos corporales globales).

La prueba consiste en 125 tareas que el niño debe realizar de acuerdo a su edad, las mismas son representadas por un rectángulo que se colocan entre dos escalas de edad y agrupadas de acuerdo a las cuatro áreas de desarrollo, motor grueso, motor fino, lenguaje y personal social

En la presente figura se ha representado en forma gráfica la ejecución de la tarea “camina sin ayuda”, en ella observamos que el 25% de la población estudiada (de referencia) camina sin ayuda a la edad de 11 meses, el 50% a los 12, el 75% a los 13 y a los 14 meses de edad

el 90% de esa población camina sin ayuda, estos porcentajes son trasladados a un rectángulo, que son las que aparecen en la prueba impresa, el borde izquierdo representa el 25% y el borde derecho el 90%, además tiene representado valores intermedios que indican el 50% y 75% de la población de referencia que realiza la tarea. Se observa que con el 75% de la población se inicia un área sombreada, ésta corresponde a un área de riesgo (advertencia), que si bien el niño aún tiene tiempo para adquirir la habilidad, ya es una edad un tanto tardía en relación a otros niños de esa edad. (Pediatria de Nelson)



FUENTE: PEDIATRIA DE NELSON

Características de la forma gráfica de las tareas: Se muestra la forma en que se presentan las tareas en las pruebas impresas y el significado. Observamos que cada tarea (que se agrupan en cuatro sectores), están ubicadas entre dos escalas de edad, en su interior tiene impreso el nombre de la tarea a evaluar.

Algunas tareas no son necesario que el investigador las evalúe prácticamente, basta con preguntar al encargado del niño si éste las realiza o no, estas tareas están identificadas con una letra R en la esquina superior izquierda del rectángulo, otras tienen una anotación al pie (esquina inferior izquierda) que refiere al examinador al reverso de la hoja en donde se indica las instrucciones para su administración (Bueso,2015)

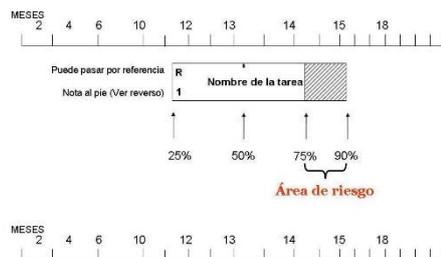


Figura 4. Características de la forma gráfica de las tareas.

FUENTE: PEDIATRIA DE NELSON

La forma de administrar la prueba es la siguiente:

- 1°. El examinador traza una línea (línea de edad) sobre la hoja de la prueba que una la edad del niño en ambas escalas.
- 2°. Colocar en la parte superior de la línea trazada el nombre del examinador con la fecha de la evaluación.
- 3°. Debe evaluar todas aquellas tareas que sean atravesadas por la línea de edad o bien que estén ligeramente atrás de ésta si antes no han sido evaluadas.
- 4°. Procede a evaluar las tareas seleccionadas, dependiendo del resultado coloca cualquiera de las siguientes claves sobre la marca del 50% de la población de referencia:
 - a. P (pasó) si el niño realiza la tarea.
 - b. F (falló) si el niño no realiza una tarea que la hace el 90% de la población de referencia.
 - c. NO (nueva oportunidad) si el niño no realiza la prueba, pero aún tiene tiempo para desarrollarla (la línea de edad queda por detrás del 90% de la población de referencia).
 - d. R (rehusó), el niño por alguna situación no colaboró para la evaluación, automáticamente se convierte en una NO porque hay que evaluar en la siguiente visita.

Ejemplo: se traza una línea sobre la escala de 11 meses y medio, se pregunta al encargado del niño si camina y le informan que aún no, en este caso se coloca sobre la marca de 50% la clave NO ya que tiene tiempo para desarrollar esa tarea, por el contrario si el niño tuviera 14 meses y medio y le informan que no camina, la clave sería F, ya que el 90% de la

población de referencia ya camina sin ayuda a una edad menor (14 meses), si le informan que ya camina entonces debe escribirse la clave P. Si fuera un niño de 13 meses y medio y aún no camina, debe escribirse NO, sin embargo está en zona de advertencia o riesgo y es urgente implementar una intervención y una evaluación de los patrones de crianza del niño.

Una prueba se considera como ANORMAL cuando hay uno o más sectores con dos o más fallos y DUDOSA cuando hay dos o más sectores con un solo fallo. Es importante hacer hincapié que aquellos niños que no realizan una tarea y su edad se encuentra entre el 75° y 90° percentil, son niños en riesgo y es urgente la implementación de una intervención con actividades acordes a su edad que favorezcan el desarrollo. (Pediatria de Nelson)

- CAT/CLAMS: (CognitiveAdaptative Test/ ClinicalLinguistic and AuditoryMilestoneScale). Evalúa el desarrollo de niños entre 1 y 36 meses en las áreas lenguaje, motricidad fina y visual. Permite comparar las habilidades lingüísticas y no lingüísticas para la resolución de problemas y por tanto, ayuda en el diagnóstico y la derivación adecuada.

- PRUNAPE (Prueba Nacional de Pesquisa). Es una prueba argentina aplicable en niños de 0 a 6 años de edad. La prueba consta de setenta y nueve pautas madurativas pertenecientes a las áreas motrices fina y gruesa, lenguaje y personalsocial.

- EOIS (escala de inteligencia sensorio Motriz). Es una escala desarrollada en Argentina, que evalúa los procesos cognoscitivos en niños de 6 meses a 2 años. A diferencia de otras escalas, incorpora aspectos cualitativos, al considerar tanto el logro final alcanzado como el modo de resolución de la situación propuesta. (Vericat,2013)

4.7.2.4 Examen físico:

En la exploración física se obtienen los siguientes datos:

- Fenotipo morfológico: el aspecto externo del niño.
- Fenotipo conductual: contacto social y comportamiento.
- PC: tanto la microcefalia como la macrocefalia y el estancamiento o la rápida aceleración del crecimiento cefálico orientan a diversos problemas neurológicos.
- Exploración neurológica: la exploración neurológica nos permite localizar topográficamente el problema a distintos niveles del sistema nervioso.

- Exploración sistémica: la existencia de baja talla o gigantismo o la presencia de hepatomegalia o alteraciones oculares aportan signos guía muy útiles en el diagnóstico.

4.7.2.5 Exámenes complementarios:

La indicación de los exámenes complementarios radica en la identificación de patologías que puedan ser susceptibles de tratamiento como hidrocefalia, epilepsia o algunas enfermedades metabólicas hereditarias como la fenilcetonuria o hipotiroidismo o que asocian un riesgo de repetición como alteraciones genéticas, enfermedades metabólicas y algunas enfermedades infecciosas. El diagnóstico de certeza implica además de obtener las respuestas buscadas por familia y profesionales, un ahorro de pruebas complementarias presentes y futuras. Si bien no es frecuente que los exámenes complementarios establezcan un diagnóstico no esperado tras una adecuada valoración clínica, las posibilidades diagnósticas aumentan a medida que se incrementan la disponibilidad de estudios genéticos. Dada la inespecificidad de los signos y síntomas clínicos de retraso mental de origen genético y de muchas enfermedades metabólicas hereditarias para establecer un diagnóstico precoz es necesario establecer una estrategia de estudio. En ausencia de orientaciones clínicas, deben realizarse estudios sistemáticos de forma escalonada en niños con encefalopatía aparentemente fija o con problemas cognitivos o conductuales sin diagnóstico establecido: (López & Monge,2013)

- Electroencefalograma: En muchos de los niños con trastornos neurológicos y del desarrollo se asocia epilepsia. El EEG se utiliza en el estudio del niño con encefalopatía para evitar que pase desapercibida una epilepsia, aunque es raro tras una adecuada valoración clínica, en ocasiones una epilepsia con crisis subclínicas puede justificar un retraso psicomotor y su adecuada identificación y tratamiento puede solucionar el problema
- Potenciales evocados auditivos: Si existe problema cognitivo y/o del espectro autista
- Estudios bioquímicos y metabólicos: utilizados sin orientación tienen muy baja rentabilidad.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 Tipo de Estudio

El presente trabajo fue de tipo descriptivo porque consistió en conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Y fue de corte transversal porque se realizó en el período comprendido entre septiembre 2016 a junio 2017.

5.2 Área de estudio

La investigación se realizó en el Centro Infantil Municipal N° 2 del Mercado Centro Comercial Loja ubicado en las calles 18 de noviembre entre 10 de agosto y Rocafuerte.

5.3 Universo

Los noventa niños que asistieron al Centro Infantil Municipal N° 2 del Mercado Centro Comercial de la ciudad de Loja.

5.4 Muestra

Todos los niños (noventa) que acudieron al Centro Infantil Municipal N° 2 del Mercado Centro Comercial Loja en el periodo septiembre 2016 a junio 2017

5.5 Criterios de Selección

Criterios de Inclusión

- Niños que acudieron al Centro Infantil Municipal N° 2 del Mercado Centro Comercial Loja
- Consentimiento informado por parte de sus tutores. (ANEXO 1)

Criterios de exclusión

- Padres de familia y niños sin deseos de colaborar con la presente investigación.
- Niños que hayan sido diagnosticados de algún tipo de trastorno del desarrollo.

5.6 Procedimiento

Se realizó la entrega de un oficio al Patronato de Amparo Social Municipal Loja para la autorización de la realización del test de Denver II (ANEXO 2) en los niños que asistieron al Centro Infantil Municipal N° 2 del Mercado Centro Comercial Loja, durante el período septiembre 2016 a junio 2017, también se solicitó el permiso para aplicar una encuesta

dirigida a los padres de familia (ANEXO 3). Además, se aplicó un formulario (ANEXO 4) en el que se registraron los datos de cada niño.

Luego se tabuló en promedios y porcentajes los datos obtenidos para expresarlos en tablas y gráficos

El procedimiento para la obtención de datos se realizó de forma manual y para el análisis de los mismos como medida de resumen de la información obtenida se usó la proporción por ciento (%) para obtener los resultados.

5.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se aplicó el test de Denver II que consta de 4 categorías y 125 ítems dirigidos a los niños que acudieron al Centro Infantil Municipal N ° 2 del Mercado Centro Comercial Loja.

También se aplicó una encuesta previamente elaborada la cual contenía datos de filiación, información general y de la investigación.

5.8 Plan de tabulación y análisis de datos

Para el plan de tabulación y análisis de datos se realizaron tablas de frecuencia simple en el programa Microsoft Excel 2013. La información se presentó a través de tablas y gráficos, expresados en frecuencias y porcentajes.

5.9 Aspectos éticos y legales

- El instrumento no llevó el nombre de las madres de familia encuestadas.
- Los niños y niñas que participaron en el estudio no fueron sometidos a riesgo porque fue un estudio observacional.
- Las fichas de recolección de la información, así como la base de datos son propiedad exclusiva del entrevistador.
- La información obtenida fue previo consentimiento voluntario y no forzado de los participantes
- Los hallazgos son enviados a través de un informe al culminar el trabajo investigativo de tesis.
- Se garantizó la confidencialidad de la información y su uso exclusivo para la presente investigación.

6. RESULTADOS

TABLA 1

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS SEGÚN EDAD Y SEXO DE LOS NIÑOS QUE ASISTEN AL CENTRO INFANTIL MUNICIPAL N° 2 DEL MERCADO CENTRO COMERCIAL LOJA EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2016 A JUNIO DEL 2017

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS SEGÚN EDAD Y SEXO					
Rango De Edades Y Sexo		Numero		Porcentaje	
		Niños	Niñas	Niños	Niñas
	1 Año-1 Año 11 Meses	10	7	11,1%	7,8%
	2 Años-2 Años 11 Meses	11	13	12,2%	14,4%
	3 Años-3 Años 6 Meses	30	19	33,3%	21,1%
	Total	51	39	56,7%	43,3%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Franchesca Dominic Alcántara Rodríguez

En la tabla podemos determinar que hay un mayor porcentaje de niños asistentes al Centro Infantil Municipal N° 2 del Mercado Centro Comercial Loja con respecto a las niñas. Y con respecto al grupo etario predominan los niños de 3 años de edad a 3 años 6 meses.

TABLA 2

**RESULTADO DE LA APLICACIÓN DEL TEST DE DENVER A LOS NIÑOS
QUE ASISTEN AL CENTRO INFANTIL MUNICIPAL N° 2 DEL MERCADO
CENTRO COMERCIAL LOJA EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2016 A JUNIO
DEL 2017**

RESULTADO DE LA APLICACIÓN DEL TEST DE DENVER		
	Numero	Porcentaje
Normal	66	73,3%
Dudoso	15	16,7%
Anormal	9	10,0%
Total	90	100%

Fuente: Prueba de Tamizaje del Desarrollo de Denver II

Elaborado por: Franchesca Dominic Alcántara Rodríguez

En la tabla podemos determinar que según el test de DENVER II el 73,3% de los niños tienen un resultado normal. Sin embargo se observa también que el 10% tienen un resultado anormal es decir que presentaron dos o más fallos en los sectores que evalúa el test mencionado.

TABLA 3

RESULTADO DE LA APLICACIÓN DEL TEST DE DENVER POR EDADES DE LOS NIÑOS QUE ASISTEN AL CENTRO INFANTIL MUNICIPAL N° 2 DEL MERCADO CENTRO COMERCIAL LOJA EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2016 A JUNIO DEL 2017

RESULTADO DE LA APLICACIÓN DEL TEST DE DENVER							
Rango De Edades Y Sexo		Normal		Dudoso		Anormal	
		Numero	Porcentaje	Numero	Porcentaje	Numero	Porcentaje
1 Año-1 Año 11 Meses	1 Año-1 Año 11 Meses	14	15,6%	2	2,2%	1	1,1%
	2 Años-2 Años 11 Meses	15	16,7%	5	5,6%	4	4,4%
	3 Años-3 Años 6 Meses	37	41,1%	8	8,9%	4	4,4%
Total		66	73,3%	15	16,7%	9	10,0%

Fuente: Prueba de Tamizaje del Desarrollo de Denver II

Elaborado por: Franchesca Dominic Alcántara Rodríguez

En la tabla podemos determinar que según el test de DENVER II los niños que tienen un resultado anormal son el 10% con un menor porcentaje (un caso) en el grupo de niños que tienen menos de 2 años. Mientras los niños con un resultado dudoso son un 16,7% del 100% de la población estudiada.

TABLA 4

**FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES EN LOS NIÑOS QUE ASISTEN
AL CENTRO INFANTIL MUNICIPAL N° 2 DEL MERCADO CENTRO
COMERCIAL LOJA EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2016 A JUNIO DEL 2017**

FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES EN NIÑOS				
	Numero		Porcentaje	
	Si	No	Si	No
Nivel Socioeconómico Bajo	16	35	31,4%	68,6%
Progenitor Con Discapacidad Intelectual	3	48	5,9%	94,1%
Progenitor Con Dependencia De Alcohol O Drogas	15	36	29,4%	70,6%
Violencia Intrafamiliar	2	49	3,9%	96,1%
Ausencia Continua De Los Padres	21	30	41,2%	58,8%
Progenitor Con Instrucción Incompleta	41	10	80,4%	19,6%
Familia Monoparental	13	38	25,5%	74,5%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Franchesca Dominic Alcántara Rodríguez

En la tabla podemos determinar que cada factor de riesgo psicosocial se basa en el 100% de la población de NIÑOS en estudio. Siendo el factor de riesgo: progenitor con una instrucción incompleta el predominante con un 80,4%. Otro factor de riesgo psicosocial con un alto porcentaje es la ausencia continua de los padres con 41,2% seguido del factor de riesgo: nivel socioeconómico bajo con 31,4%.

TABLA 5

**FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES EN LAS NIÑAS QUE ASISTEN
AL CENTRO INFANTIL MUNICIPAL N° 2 DEL MERCADO CENTRO
COMERCIAL LOJA EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2016 A JUNIO DEL 2017**

FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES EN NIÑAS				
	Numero		Porcentaje	
	Si	No	Si	No
Nivel Socioeconómico Bajo	12	27	30,8%	69,2%
Progenitor Con Discapacidad Intelectual	1	38	2,6%	97,4%
Progenitor Con Dependencia De Alcohol O Drogas	8	31	20,5%	79,5%
Violencia Intrafamiliar	2	37	5,1%	94,9%
Ausencia Continua De Los Padres	18	21	46,2%	53,8%
Progenitor Con Instrucción Incompleta	21	18	53,8%	46,2%
Familia Monoparental	9	30	23,1%	76,9%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Franchesca Dominic Alcántara Rodríguez

En la tabla podemos determinar que cada factor de riesgo psicosocial se basa en el 100% de la población de NIÑAS en estudio. Siendo el factor de riesgo: progenitor con una instrucción incompleta el predominante con un 53,8%. Otro factor de riesgo psicosocial con un alto porcentaje es la ausencia continua de los padres con un 46,2% seguido del factor de riesgo nivel socioeconómico bajo con 30,8%: Es importante mencionar que también se observa en un 5,1% de niñas con violencia intrafamiliar.

TABLA 6

FACTORES DE RIESGO PRENATALES EN LOS NIÑOS QUE ASISTEN AL CENTRO INFANTIL MUNICIPAL N° 2 DEL MERCADO CENTRO COMERCIAL LOJA EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2016 A JUNIO DEL 2017

FACTORES DE RIESGO PRENATALES EN NIÑOS				
	Numero		Porcentaje	
	Si	No	Si	No
Control Prenatal Deficiente	8	43	15,7%	84,3%
Enfermedades De Importancia En El Embarazo	6	45	11,8%	88,2%
Consumo De Alcohol O Drogas	1	50	2,0%	98,0%
Depresión En El Embarazo	7	44	13,7%	86,3%
Madre Adolescente	4	47	7,8%	92,2%
Madre Con Edad > A 35 Años	12	39	23,5%	76,5%
Madre Con Antecedentes De Aborto	4	47	7,8%	92,2%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Franchesca Dominic Alcántara Rodríguez

En la tabla podemos determinar que cada factor de riesgo prenatal se basa en el 100% de la población de NIÑOS en estudio. Siendo el factor de riesgo: madre con edad de más de 35 años el predominante con un 23,5%. Otro factor de riesgo con un alto porcentaje es el control prenatal deficiente con un 15,7% seguido del factor de riesgo enfermedades de importancia en el embarazo (diabetes, hipertensión, preeclampsia o eclampsia) con 11,8%. Y con un 2% se encuentra el factor de riesgo consumo de alcohol o drogas en el embarazo.

TABLA 7

FACTORES DE RIESGO PRENATALES EN LAS NIÑAS QUE ASISTEN AL CENTRO INFANTIL MUNICIPAL N° 2 DEL MERCADO CENTRO COMERCIAL LOJA EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2016 A JUNIO DEL 2017

FACTORES DE RIESGO PRENATALES EN NIÑAS				
	Numero		Porcentaje	
	Si	No	Si	No
Control Prenatal Deficiente	6	33	15,4%	84,6%
Enfermedades De Importancia En El Embarazo	2	37	5,1%	94,9%
Consumo De Alcohol O Drogas	0	39	0,0%	100,0%
Depresión En El Embarazo	5	34	12,8%	87,2%
Madre Adolescente	5	34	12,8%	87,2%
Madre Con Edad > A 35 Años	4	35	10,3%	89,7%
Madre Con Antecedentes De Aborto	6	33	15,4%	84,6%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Franchesca Dominic Alcántara Rodríguez

En la tabla podemos determinar que cada factor de riesgo prenatal se basa en el 100% de la población de NIÑAS en estudio. Siendo el factor de riesgo: madre con antecedentes de aborto y madre con control prenatal deficiente los predominantes con un 15,4% cada uno. Otro factor de riesgo con un alto porcentaje es el de madre adolescente y depresión en el embarazo con un 12,8% cada uno.

TABLA 8

**FACTORES DE RIESGO NATALES EN LOS NIÑOS QUE ASISTEN AL
CENTRO INFANTIL MUNICIPAL N° 2 DEL MERCADO CENTRO
COMERCIAL LOJA EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2016 A JUNIO DEL 2017**

FACTORES DE RIESGO NATALES EN NIÑOS				
	Numero		Porcentaje	
	Si	No	Si	No
Prematuridad	8	43	15,7%	84,3%
Peso < De 2500 Gramos	4	47	7,8%	92,2%
Parto Por Cesárea	15	36	29,4%	70,6%
Parto Prolongado	4	47	7,8%	92,2%
APGAR < A 7 Puntos	2	49	3,9%	96,1%
Hiperbilirrubinemia	6	45	11,8%	88,2%
Asfixia Perinatal	1	50	2,0%	98,0%
Sepsis Neonatal	1	50	2,0%	98,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Franchesca Dominic Alcántara Rodríguez

En la tabla podemos determinar que cada factor de riesgo natal se basa en el 100% de la población de NIÑOS en estudio. Siendo el factor de riesgo: Parto por cesárea con un 29,4% el predominante. Otro factor de riesgo con un alto porcentaje es la prematuridad con un 15,7% seguido del factor de riesgo hiperbilirrubinemia con un 11,8%. Y en un menor porcentaje se encuentran los factores de riesgo: sepsis neonatal y asfixia perinatal con un 2% cada uno.

TABLA 9

**FACTORES DE RIESGO NATALES EN LAS NIÑAS QUE ASISTEN AL
CENTRO INFANTIL MUNICIPAL N° 2 DEL MERCADO CENTRO
COMERCIAL LOJA EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2016 A JUNIO DEL 2017**

FACTORES DE RIESGO NATALES EN NIÑAS				
	Numero		Porcentaje	
	Si	No	Si	No
Prematuridad	4	35	10,3%	89,7%
Peso < De 2500 Gramos	2	37	5,1%	94,9%
Parto Por Cesárea	11	28	28,2%	71,8%
Parto Prolongado	1	38	2,6%	97,4%
APGAR < A 7 Puntos	1	38	2,6%	97,4%
Hiperbilirrubinemia	3	36	7,7%	92,3%
Asfixia Perinatal	0	39	0,0%	100,0%
Sepsis Neonatal	0	39	0,0%	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Franchesca Dominic Alcántara Rodríguez

En la tabla podemos determinar que cada factor de riesgo natal se basa en el 100% de la población de NIÑAS en estudio. Siendo el factor de riesgo: Parto por cesárea con un 28,2% el predominante. Otro factor de riesgo con un alto porcentaje es la prematuridad con un 10,3% seguido del factor de riesgo hiperbilirrubinemia con un 7,7%.

TABLA 10
FACTORES DE RIESGO DEL DESARROLLO EN LOS NIÑOS QUE ASISTEN
AL CENTRO INFANTIL MUNICIPAL N° 2 DEL MERCADO
CENTROCOMERCIAL LOJA EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2016 A JUNIO
DEL 2017

FACTORES DE RIESGO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS				
	Numero		Porcentaje	
	Si	No	Si	No
Lactancia Materna < A 6 Meses	16	35	31,4%	68,6%
Hospitalizaciones Frecuentes	5	46	9,8%	90,2%
Ausencia De Controles Médicos	25	26	49,0%	51,0%
Necesidades Básicas Insatisfechas	6	45	11,8%	88,2%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Franchesca Dominic Alcántara Rodríguez

En la tabla podemos determinar que cada factor de riesgo natal se basa en el 100% de la población de NIÑOS en estudio. Siendo el factor de riesgo: Ausencia de controles médicos con un 49% el predominante. Seguido del factor de riesgo lactancia materna menor a 6 meses con un 31,4%

TABLA 11

**FACTORES DE RIESGO DEL DESARROLLO EN LAS NIÑAS QUE ASISTEN
AL CENTRO INFANTIL MUNICIPAL N° 2 DEL MERCADO CENTRO
COMERCIAL LOJA EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2016 A JUNIO DEL 2017**

FACTORES DE RIESGO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑAS				
	Numero		Porcentaje	
	Si	No	Si	No
Lactancia Materna < A 6 Meses	10	29	25,6%	74,4%
Hospitalizaciones Frecuentes	7	32	17,9%	82,1%
Ausencia De Controles Médicos	18	21	46,2%	53,8%
Necesidades Básicas Insatisfechas	8	31	20,5%	79,5%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Franchesca Dominic Alcántara Rodríguez

En la tabla podemos determinar que cada factor de riesgo natal se basa en el 100% de la población de NIÑAS en estudio. Siendo el factor de riesgo: Ausencia de controles médicos con un 46,2% el predominante. Seguido del factor de riesgo lactancia materna menor a 6 meses con un 25,6%.

7. DISCUSIÓN

El retraso psicomotor representa un importante problema de salud, según los estudios realizados por autores como López y Monge, corresponden con un 11-12% de los motivos de consulta en los consultorios de Neuropediatría españoles; siendo la mayoría de los casos retrasos psicomotores evolutivos o casos de desarrollo psicomotor en el límite de la normalidad. (López & Monge, 2012)

Huiracocha y colaboradores también mencionan la importancia de detectar los casos de retraso psicomotor en la población infantil; y resalta la falta de estudios relacionados con el retraso del desarrollo en nuestra población; estos autores emprendieron un estudio sobre la temática logrando determinar en un 11% la prevalencia de retraso en el desarrollo psicomotor. (Huiracocha, 2013)

Bajo este marco, se planteó estudiar una población de 90 niños y niñas con edades comprendidas entre el año de edad a los tres años seis meses y en el 56,7% de los casos de sexo masculino; en esta población tras la valoración con la Prueba de Tamizaje del Desarrollo de Denver II se determinó una prevalencia de retraso en el desarrollo psicomotor del 10% (9 casos) un porcentaje menor al estudio realizado por Huiracocha y colaboradores, estas diferencias podrían deberse a la propia variabilidad poblacional o los tamaños de las muestras (462 niños y niñas en el caso de estas autoras) y/o a las diferencias en cuanto a la herramienta para la valoración del retraso que difiere entre ambos estudios.

La diferencia mencionada se hace mayor si comparamos nuestro estudio con el estudio de Schonhaut y colaboradores, quienes mencionan que “en países industrializados se reporta una prevalencia estimada de déficit del desarrollo motor de 12 a 16%, siendo el lenguaje el área más frecuentemente afectada”; además estos autores citan a Brand y Fernandez quienes mencionan una prevalencia aun mayor de este tipo de trastornos, citando textualmente que “en Chile y otros países del cono sur se han reportado tasas del 29 al 60%, dependiendo del instrumento, experiencia del equipo de salud, edad del niño, características poblacionales como nivel socioeconómico, ruralidad, participación en programas de estimulación y educación preescolar. (Schonhaut, 2010)

Otro estudio llevado a cabo por Arbazua y Alvial expone que “la prevalencia estimada de alteraciones del DSM es de un 12 a un 16% en países industrializados, cifra que aumenta significativamente cuando se incluyen los problemas de comportamiento y dificultades

escolares. De acuerdo a la última Encuesta de Calidad de Vida y Salud Chilena, un 11% de los niños presenta retraso del DSM y un 30% está en riesgo”; este dato refuerza lo que hemos mencionado anteriormente en nuestro estudio la prevalencia de retraso es menor.

Arbazua y Alvial también mencionan que dentro de los factores de riesgo para la presentación de retraso psicomotor se hallan las familias con progenitor adolescente, familia residente en una vivienda muy deficiente y en situación de pobreza, en lo que respecta a este último factor mencionamos que en nuestra población el nivel socioeconómico bajo en niños y niñas son: 31,4% y 30,8% respectivamente. (Abarzua & Alvial, 2008)

Según la Secretaría de Desarrollo Social de México se ha identificado retrasos en el desarrollo psicomotor en muestras de niños pobres a partir de los 18 meses de edad en países de América Latina, a los 5 años la mitad de los niños el 50% de la muestra de niños presenta retrasos del desarrollo del lenguaje, 40% en su desarrollo general y 30% en su evolución visual y motora; es evidente que las condiciones de pobreza influyen en el desarrollo de los menores y aunque no se detalle que componentes de la familia afecten o posean un mayor impacto la pobreza constituye un importante indicador de riesgo. (SEDESOL, 2010)

Moreno y colaboradores mencionan que las familias en situación de pobreza pueden presentar mala comunicación, dificultad para pedirse ayuda o unirse para enfrentar las dificultades y otorgan menor valor a una familia unida y al respeto mutuo. Al analizar perfiles de riesgo psicosocial en la familia, se describe cómo frente a un manejo familiar inadecuado, pocos niños logran un desarrollo psicomotor normal y en su estudio concluyen que el nivel económico y las condiciones de la vivienda no adecuados contribuyen en la aparición de retrasos en el desarrollo psicomotor (aunque no midieron el riesgo). (Moreno & Perez, 2013)

Lo mencionado anteriormente reafirma lo que hemos encontrado en nuestro estudio que factores como el nivel socioeconómico bajo, violencia intrafamiliar(2%), familia monoparental (25,5% en niños y 23,1% en niñas), ausencia continua de los padres, progenitor con dependencia de alcohol o drogas (29,4% en niños y 20,5% en niñas) son grandes indicadores de riesgo para el desarrollo psicomotor.

Existen además ciertas condiciones congénitas o adquiridas durante la gestación, o posterior al parto que pueden alterar el desarrollo del niño. En nuestra investigación los

factores de riesgo estudiados los hemos dividido en prenatales, natales o postnatales. Teniendo como resultados: que el factor de riesgo prenatal predominante es madre mayor a 35 años con 23,5% en niños y control prenatal deficiente con 15,4% en el grupo de niñas. Con respecto al factor de riesgo natal el predominante en niños y niñas es el de parto por cesárea 39,4% y 28,2% respectivamente.

En general, se pueden encontrar estudios que relacionan la edad materna, especialmente madres adolescentes, y su influencia en el desarrollo psicomotor del niño. Además, según distintos trabajos, el embarazo en una mujer adolescente conlleva mayor riesgo tanto de patología propia del embarazo, parto y puerperio, como en el niño durante el primer año de vida. Esto es lo que dice el estudio “Embarazo en la Adolescencia Como Factor de Riesgo Para la Madre y el Hijo”, de Manuel Becerra y colaboradores que indica que el embarazo en una adolescente es siempre un factor de riesgo, para la madre y para el hijo, puesto que los recién nacidos son de más bajo peso, presentan más ictericia fisiológicas, patologías dérmicas y retardo del DSM el primer año de vida. En nuestro estudio hemos encontrado un 7,8% de madres adolescentes de niños y un 12,8% de madres adolescentes de niñas.

Como vemos entonces, el tema de retraso psicomotor en los niños y niñas es mucho más complejo de lo que generalmente se piensa.

La realización de estudios sobre temas vinculados al desarrollo motor y sus factores de riesgo debería ser tan importante como la de los trabajos que se dedican a investigar enfermedades y características diversas.

8. CONCLUSIONES

Luego del análisis correspondiente se llegó a las siguientes conclusiones:

- En base al análisis de los resultados, el retraso psicomotor en los niños que acuden al Centro Infantil Municipal N° 2 del Mercado Centro Comercial Loja guarda relación con los factores de riesgo psicosociales, prenatales, natales y postnatales y el grado en que estos elementos afectan el desarrollo normal depende de cada individuo y el entorno en que se desarrolla.
- Luego de la aplicación del test de Denver II se determinó que la mayor parte de la población estudiada presenta un desarrollo psicomotor normal y una pequeña parte presenta desarrollo psicomotor anormal.
- Según las características sociodemográficas se determinó que la mayoría de niños y niñas pertenecen a un nivel socioeconómico bajo. Además se encontró casos de violencia intrafamiliar en el grupo estudiado.
- Se determinó que la prevalencia del retraso en el desarrollo psicomotriz es alta en el centro infantil Municipal N°2 siendo más evidente en niños y niñas en edades comprendidas entre 2-3 años 6 meses.

9. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a los educadores y tutores de los niños y niñas considerar siempre en la evaluación de los menores su entorno social, pues como se ha demostrado, éste influye en la aparición de retraso del desarrollo psicomotor y aunque no se puede controlar todas las variables si se puede detectar a tiempo las alteraciones para poder intervenir.
- Se recomienda a los centros de salud y centros infantiles realizar screening de los niños con factores de riesgo como rutina dentro del análisis de salud de los menores.
- El test de DENVER II resulta ser una herramienta importante y válida para el análisis del desarrollo psicomotor de los niños, por lo que su aplicación por parte del personal educativo a cargo de los infantes es recomendada.
- Se recomienda a los centros infantiles y educativos dar charlas de forma continua a los padres de familia sobre los factores protectores que favorecen un adecuado desarrollo psicomotor en niños y niñas de todas las edades.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Schonhaut B, Álvarez L & Salinas A. (2010), Desarrollo Psicomotor en Niños de Nivel Socioeconómico Medio-Alto. *Revista chilena de pediatría*
- Moore V. (2008). Evaluación del desarrollo psicomotor. *Portal de revistas médicas*
- Avilés, A. Clara; Madariaga S. Patricia; Fuentes L. Patricia; et al "Intervención Temprana en Prematuros. Una experiencia de trabajo. En: revista Chilena de Terapia Ocupacional. N°4, noviembre 2004. Disponible desde:
http://www.revistaterapiaocupacional.cl/CDA/to_completa/0,1371,SCID=14188&I SID=498,00.html
- López Pisón J, Monge Galindo I, L. Evaluación y manejo del niño con retraso psicomotor. Trastornos generalizados del desarrollo. *Rev Pediatr Aten Primaria*. [Revista de Internet].; 2012 [citado 2013 marzo 24]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000400015&lng=es.
- Lira L MI. Factores de riesgo del desarrollo psicomotor del lactante de nivel socioeconómico bajo. *Rev. Chil. Pediatría [revista de internet]*.; 2009. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v65n1/art05.pdf>
- Huiracocha T L, Robalino I G, Huiracocha T MS, Garcia A JL, Pazán T CG, Angulo A. MASKANA. Retrasos del desarrollo psicomotriz en niños y niñas urbanos de 0 a 5 años: Estudio de caso en la zona urbana de Cuenca, Ecuador. [Internet].; 2012. Disponible en: https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:QrtOdjHsxnoJ:diuc.ucuenca.edu.ec/jdownloads/InformacionInformation/Contenidos%2520de%2520RevistaJournal%2520contents/Vol.%25203%2520%2520N%25201%2520Junio%25202012/maskana_3102.pdf+maskana+retraso+del+desarrollo+.
- Andraca I, Pino P, de la Parra A, Rivera F, Castillo G. Factores de riesgo para el desarrollo psicomotor en lactantes nacidos en óptimas condiciones biológicas. [Internet].; 2005. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101998000200006&script=sci_arttext.

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador. Disponible en: http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/pubsii/pubsii_0040.pdf.
- Bueso J L. Prueba de Tamizaje del Desarrollo de Denver II (DDST-II). [Internet].; 2010 [citado 2015 mayo 19]. Disponible en: http://www.healthsci.utas.edu.au/medicine/teaching/kfp/kfp3/visit_8/Denver11.htm
- Abarzua C M, Avial V J. Evaluacion del desarrollo psicomotor y factores de riesgo para su retardo. Universidad de la Frontera. [Internet].; 2008 Disponible en: <http://slideplayer.us/slide/1042775/>.
- Martínez Muñoz C, Urdangarin Mahn D. Evaluacion del desarrollo psicomotor en niños institucionalizados menores de un año, mediante tres herramientas distintas de evaluacion. Disponible en: http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/martinez_c/sources/martinez_c.pdf
- Sánchez Calderón M, García Pérez A, Martínez Granero MA. Evaluación del desarrollo psicomotor. En: Verdú Pérez A, García Pérez A, García Campos O, Arriola Pereda G, Martínez Menéndez B, de Castro de Castro P (eds.). Manual de Neuropediatría. Madrid: Panamericana Ed; 2014. p. 29-40
- Asociación Española de Pediatría. Protocolos de Niño Sano. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/nino_sano_0-2_anos.pdf
- Asociación Española de Pediatría. Hitos del desarrollo psicomotor. Disponible en: http://www.familiaysalud.es/sites/default/files/hitos_del_desarrollo.pdf
- Ruiz Ayúcar I. Neurología pediátrica. Servicio de Pediatría: Desarrollo Psicomotor. Disponible en: H.U.S.<http://campus.usal.es/~ogyp/Clases%20teoricas%202013%202014/Neurologia/desarrollo.pdf>
- Pérez Molina J. et al. Factores de riesgo materno asociados a muerte fetal en nacimientos pretérmino. Rev Invest Clin 2012; 64 (4): 330-335. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2012/nn124c.pdf>
- Fenichel GM. Retraso psicomotor y regresión. En: Fenichel GM. Neurología pediátrica clínica. 6.ª ed. Barcelona: Elsevier-Saunders; 2012. p. 119-52
- Avaria MdIA. Pediatría del desarrollo y comportamiento. Online [cited 2013 abril 1]. Disponible en: <http://www.revistapediatria.cl/vol2num1/14.htm>

- Schonhaut B L, Schonstedt G M, Álvarez L J, Salinas A P, Armijo L I. Desarrollo Psicomotor en Niños de Nivel Socioeconómico Medio Alto. Rev. Chil. Pediatr. [Revista de internet]. 2010 [citado 2013 marzo 25]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037041062010000200004&lng=es.%20%20doi:%2010.4067/S037041062010000200004.
- Schonhaut B L, Herrera G M, Acevedo G K. Estrategias de pesquisa del déficit del desarrollo psicomotor en atención primaria. [Internet].; 2008 [citado 2014 mayo 4]. Disponible en: http://www.revistapediatria.cl/vol5num3/pdf/3_ESTRATEGIAS_PESQ_DEFICIT_DESARROLLO_PSICOMOTOR_AT.pdf 25
- Martínez Muñoz C, Urdangarin Mahn D. Evaluación del desarrollo psicomotor en niños institucionalizados menores de un año, mediante tres herramientas distintas de evaluación. [Internet].; 2012 [citado 2013 abril 6]. Disponible en: http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/martinez_c/sources/martinez_c.pdf
- López Pisón J, Monge Galindo I, L. Evaluación y manejo del niño con retraso psicomotor. Trastornos generalizados del desarrollo. Rev Pediatr Aten Primaria. [Revista de Internet].; 2012 [citado 2013 marzo 24]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113976322011000400015&lng=es
- Vericat A, Orden A. Herramientas de Screening del Desarrollo Psicomotor en Latinoamérica. Rev. Chil. Pediatr [Revista de internet]; 2012 [citado 2013 mayo 1]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037041062010000500002
- Abarzua C M, Avial V J. Evaluación del desarrollo psicomotor y factores de riesgo para su retardo. Universidad de la Frontera. [Internet].; 2008 [citado 2014 mayo 6]. Disponible en: <http://slideplayer.us/slide/1042775/>
- SEDESOL. Secretaría de Desarrollo Social. México. Diagnóstico sobre la población en condiciones de pobreza vulnerable a los efectos de la desnutrición. [Internet].; 2010 [citado 2014 mayo 12]. Disponible en: http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Sedesol/sppe/dgap/diagnostico/Diagnostico_Liconsal.pdf.

11. ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Factores que afectan el desarrollo psicomotor de los niños que acuden al Centro

Infantil Municipal N° 2 del Mercado Centro Comercial Loja

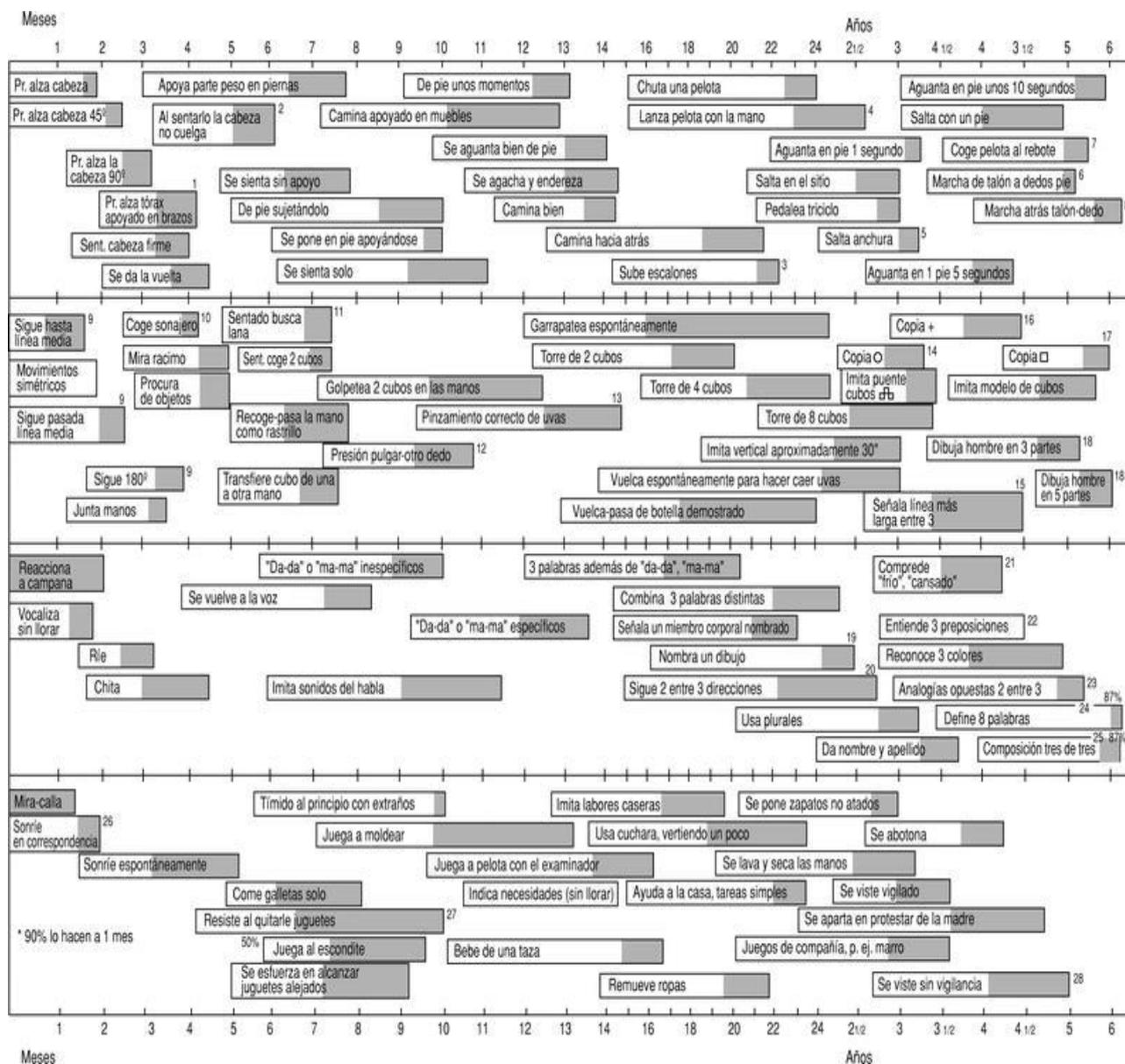
Hemos sido invitados a incluir a nuestro hijo/a _____ en la investigación “Factores que afectan el desarrollo psicomotor de los niños que acuden al Centro Infantil Municipal N° 2 del Mercado Centro Comercial Loja” Estudio que ayudará a conocer lo que está pasando con nuestros hijos e hijas. Nos han explicado que el proceso será realizado por la estudiante Franchesca Alcántara Rodríguez quien está realizando su tesis de medicina previa a la graduación, de la siguiente manera: evaluación del desarrollo psicomotor mediante el test de Denver. Con la información obtenida me informarán si mi hijo o hija tiene o no retraso en el desarrollo psicomotor. El procedimiento no tiene costo, no implica ningún daño y se guardará la confidencialidad de la información.

Luego de analizar las condiciones hemos decidido participar en forma libre y voluntaria, y podemos abandonar el mismo cuando consideremos conveniente, por consiguiente, yo _____ padre y/o yo _____ madre de _____ autorizo/amos la inclusión de nuestro hijo/a en el estudio.

Firma del padre, madre o cuidador

ANEXO 2

TEST DE DENVER II



ANEXO 3



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

Factores que afectan el desarrollo psicomotor de los niños que acuden al Centro Infantil Municipal N° 2 del Mercado Centro Comercial Loja

- 1) El siguiente cuestionario es de forma personal y confidencial; dirigida a las madres de familia y comunitarias del centro infantil para contestar las preguntas ponga una **x** en la respuesta que usted cree conveniente.

23. ¿Cómo ve usted la respuesta e interacción del juego de su hijo frente a las pautas de estimulación psicomotriz? Participa activamente: Algunas veces participa: No participa:			
24. ¿Número de embarazos que ha tenido?:	25. Tipo de parto: Cesárea:	Vaginal:	
26. Semanas embarazo: a término (37-40 semanas) Pretérmino (20-<37 semanas) Postérmino (>41semanas)			
27. ¿Cuánto peso su niño al nacer?:	28. ¿Cuánto midió su niño al nacer?:		

Cuestionario	Respuesta	
	Si	No
1. ¿Sufre usted alguna enfermedad?		
2. ¿Es usted depresiva?		
3. ¿Usted fuma?		
4. ¿Usted toma licor?		
5. ¿Tuvo alguna enfermedad durante el embarazo?		
6. ¿Durante el embarazo usted fumo?		
7. ¿Durante el embarazo usted tomo licor?		
8. ¿Durante el embarazo usted estuvo depresiva?		
9. ¿Ha tenido abortos?		
10. ¿Asistió a control prenatal durante la gestación?		
11. ¿El niño(a) fue hospitalizado cuando nació?		
12. ¿El niño(a) se ha alimentado con leche materna?		
13. ¿Ha presentado el niño(a) algún problema de salud hasta el día de hoy?		
14. ¿Usted y el padre del niño(a) son parientes?		
15. ¿Existe algún familiar que presente un problema mental o físico?		
16. ¿El niño(a) está la mayor parte de tiempo con la familia?		
17. ¿El niño(a) está la mayor parte de tiempo con el cuidador?		
18. ¿El niño(a) asiste a una institución educativa?		
19. ¿Usted estimula las pautas de juego con el niño(a)?		
20. ¿Vive con el papá del niño(a)?		
21. ¿El papá del niño(a) estimula las pautas de juego con él?		
22. ¿Usted y la familia del niño(a) le recuerda por medio del amor y el afecto cuanto lo quieren?		

2) DATOS DE LA FAMILIA:**Nivel socioeconómico:** 1. Bajo el nivel de pobreza 2. Sobre el nivel de pobreza **Saneamiento ambiental:** 1. Baño dentro del hogar 2. Baño fuera del hogar (letrina) 3. Luz 4. Agua potable 5. Recolección de basuras **Tipo de familia:**1. Nuclear, monoparental 2. Nuclear, biparental 3. Extensa, monoparental 4. Extensa, biparental **¿Existe presencia de violencia intrafamiliar en su hogar?**Sí No **¿De qué tipo?**1. Físico

2. Psicológico

3. Ambas

3) DATOS DEL NIÑO:

I Edad:

1. 0 – 11 meses, 29 día
2. 1 año – 1 año, 11 m
3. 2 años – 2 años
4. 3 años – 3 año
5. 4 años – 4 año
6. 5 años – 5 año

II Sexo:

1. Femenino
2. Masculino

III APGAR: 1 minuto

1. Entre 0 –3 puntos
2. Entre 4 –7 puntos
3. Entre 8 – 10 punto

IV APGAR: 5 minutos

1. Entre 0 –3 puntos
2. Entre 4 –7 puntos
3. Entre 8 – 10 puntos

V Peso:

1. Menos de 2.500 g.
2. Entre 2.500 – 4.000
3. Más de 4.000 g.

VI Talla:

1. Menos de 48 cms.
2. Entre 48 – 53 cms.
3. Más de 53 cms

VII Hermanos:

Número

VIII Controles de Niño Sano:

 Número.

IX Evaluaciones del DSM:

 Número.

X Diagnóstico del DSM:

1. Normal
2. Riesgo
3. Retraso

XI Antecedentes de enfermedades:

1. Sí
2. No

XII Causas de enfermedades:

1. Enf. Respiratorias (alta y baja)
2. Enf. digestivas
3. Enf. de piel
4. Enf. Hematológicas o cardíacas
5. Enf. congénitas
6. Enf. renales
7. Accidentes
8. Otras. ¿Cual? -----

XIII Antecedentes de hospitalizaciones:

1. Sí
2. No

XIV Causas de hospitalizaciones:

1. Enf. Respiratorias (alta y baja)
2. Enf. digestivas
3. Enf. de piel
4. Enf. Hematológicas o cardíacas
5. Enf. congénitas

XV Número de hospitalizaciones:

Número

XVI Diagnóstico del estado nutricional:

1. Normal
2. Riesgo de desnutrir
3. Desnutrición
4. Sobrepeso
5. Obesidad

XVII ¿Su embarazo fue deseado?

1. Sí
2. No

XVIII Tipo de lactancia:

1. Materna.
2. Artificial.
3. Mixta.

XIX Duración de la lactancia:

1. Menor a 3 meses.
2. Entre 3 y 6 meses.
3. Entre 6 y 12 meses.
4. Más de 12 meses.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 4

FORMULARIO

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO, NIÑA

Fecha: / / (día, mes, año) Formulario N°
 Nombre del Niño: _____
 Fecha de Nacimiento: _____
 Nombre de la madre/padre o representante legal: _____

B. DATOS DE LA INVESTIGACIÓN

1. EDAD: _____ meses

3. SEXO:

2. GRUPO ETAREO:

Lactante menor

Lactante mayor

Preescolar

a) Masculino

b) Femenino

4. DESARROLLO PSICOMOTRIZ

Normal

Normal con Factores de Riesgo

Posible Retraso

Retraso

Con Retraso

Sin Retraso

5. NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS.

Condiciones de vivienda:

Satisfecho

Insatisfecho

Servicios Básicos de Vivienda:

Satisfecho

Insatisfecho

Dependencia económica del Hogar:

Sin dependencia

Con dependencia

Asistencia a la escuela:

Asiste

No Asiste

Estado de Hacimientos:

No hacimientos

Hacimientos

Observaciones: _____

ANEXO 5



Prof. Joan Morales Abad
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis titulada "RETRASO PSICOMOTRIZ DE LOS NIÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO INFANTIL MUNICIPAL N°2 DEL MERCADO CENTRO COMERCIAL LOJA Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES DE RIESGO" autoría de la Srta. Franchesca Dominic Alcántara Rodríguez, egresada de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 13 de Septiembre de 2017




Prof. Joan Morales Abad
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

Líderes en la Enseñanza del Inglés