



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

*“Relación entre patrones de crianza negligente, estado nutricional y desarrollo psicomotor de niños y niñas de 0-5 años.
Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2013”*

Tesis previa a la obtención
De Título de Médica y Médico

Autores:

Alexandra Jimena Jara Tapia
Rubén Santiago Lasso Lazo
Thalía Aracely Mogrovejo Loyola

Directora:

Dra. María de Lourdes Huiracocha Tutivén

Asesor:

Dr. Jorge Luis García Alvear

Cuenca- Ecuador
-2014-



RESUMEN

Es un estudio analítico, diseño casos y controles que vinculó el proceso educativo médico con la comunidad infantil de 0 a 5 años que acudió al Hospital Vicente Corral Moscoso.

Objetivo General: determinar la asociación entre los patrones de crianza negligente, el estado nutricional y el desarrollo psicomotor de niños y niñas de 0 a 5 años. Hospital “Vicente Corral Moscoso”. Cuenca 2013.

Método y Materiales: se realizó un estudio analítico, diseño casos y controles, durante el año 2013, en el Hospital “Vicente Corral Moscoso” – Servicio de Pediatría. La muestra correspondió a 120 niños/as, se identificaron niños de 0 a 5 años que exhibían un patrón de crianza negligente (40 casos) y aquellos sin éste (80 controles). Se identificaron algunos factores demográficos como: edad, sexo, características de la vivienda, familia y enfermedad que motivó su ingreso y además se evaluó y comparó el estado nutricional y el desarrollo psicomotor. Se utilizaron variables antropométricas, como el peso y la talla para determinar estado nutricional. Para la obtención de los datos y mediciones se realizó una entrevista personal y aplicación de un test, cuestionario de preguntas para medir negligencia. Se recurrió al instrumento socio-afectivo de edad, Nelson Ortiz para determinar desarrollo psicomotor. En el análisis estadístico se utilizó medidas de tendencia central y porcentajes y para determinar asociación estadística el Chi cuadrado y el Tau-c de Kendall.

Resultados: se determinó significancia estadística ($p<0.05$) entre los patrones de crianza negligente y el estado nutricional, pues estos fueron más frecuentes en niños con estado nutricional no adecuado; así también, los patrones de crianza negligente y el desarrollo psicomotor ($p<0.05$). Los patrones de crianza negligente exhibieron un puntaje mínimo de 22 y un máximo de 73 con una media de $41,36 \pm 9,97$.

Conclusión: la existencia de patrones de crianza negligente están asociados con la producción de trastornos en el estado nutricional y/o en el desarrollo psicomotor.

Palabras clave: PATRÓN DE CRIANZA NEGLIGENTE, ESTADO NUTRICIONAL, DESARROLLO PSICOMOTOR, MALTRATO INFANTIL, HACINAMIENTO.



ABSTRACT

It is an analytical study, cases and controls design linked the medical education process with community children 0 to 5 years who attended the Vicente Corral Moscoso Hospital.

General Objective: To determine the association between patterns of negligent parenting, nutrition and psychomotor development of children aged 0-5 years. Vicente Corral Moscoso. Hospital Cuenca 2013.

Method and Materials: an analytical study, case -control design was conducted during 2013, in the Vicente Corral Moscoso Hospital - Pediatric Service . The sample consisted of 120 children / as, children 0-5 years exhibited a pattern of negligent parenting (40 cases) and those without it (80 controls) were identified. Age, sex, housing conditions , family disease that led to their income and further evaluated and compared the nutritional status and psychomotor development: some demographic factors as identified . Anthropometric variables were used, such as weight and height. To obtain measurement data and a personal interview and application of a test, quiz questions to measure negligence took place. He turned to socio- affective instrument - old Nelson Ortiz to determine psychomotor development. In the statistical analysis and measures of central tendency and percentages were used to determine statistical association Chi square.

Results: Statistical significance ($p < 0.05$) between neglectful parenting patterns and nutritional status was determined, as these were more common among children with adequate nutritional status; well, negligent parenting patterns and psychomotor development ($p < 0.05$). Negligent breeding patterns exhibited a minimum score of 22 and maximum of 73 with an average of 41.36 ± 9.97 .

Conclusion: The existences of negligent parenting patterns are associated with the production of nutritional disorders and / or psychomotor development.

Keywords: pattern of negligent parenting, nutritional status, psychomotor development.



INDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT	3
INDICE	4
DEDICATORIA	12
AGRADECIMIENTO	13
CAPÍTULO I.....	14
1. INTRODUCCIÓN	14
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
3. JUSTIFICACIÓN.....	18
CAPÍTULO II	19
4. MARCO TEÓRICO	19
4.1. SÍNDROME DE MALTRATO INFANTIL	19
4.2. NUTRICIÓN DEL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS.....	24
4.3. DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS	26
4.4. PATRONES DE CRIANZA NEGLIGENTE, DESARROLLO PSICOMOTOR Y ESTADO NUTRICIONAL	30
4.4.1. Relación entre patrones de crianza negligente y desarrollo psicomotor	31
CAPÍTULO III	36
5. OBJETIVOS.....	36
5.1. OBJETIVO GENERAL.....	36
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36
5.3. HIPÓTESIS.....	36
CAPÍTULO IV.....	37
6. DISEÑO METODOLÓGICO	37
6.1. TIPO DE ESTUDIO	37
6.2. ÁREA DE ESTUDIO.....	37
6.3. MATERIALES Y MÉTODOS	37
6.4. VARIABLES.....	39
6.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES (VER ANEXO 11)	39
7. PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS	39
7.1. Métodos, técnicas e instrumentos	39



UNIVERSIDAD DE CUENCA

7.2. Plan de tabulación y análisis	39
CAPÍTULO V	41
8. RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	41
8.1. Estadísticos descriptivos	41
8.2. Verificación de hipótesis.....	48
CAPÍTULO VI.....	51
9. DISCUSIÓN	51
10. CONCLUSIONES	54
11. RECOMENDACIONES	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
BIBLIOGRAFÍA.....	58
LIBROS	58
PÁGINAS DE INTERNET	58
REVISTAS.....	59
ANEXOS	60



UNIVERSIDAD DE CUENCA



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo, *Rubén Santiago Lasso Lazo*, autor de la tesis "Relación entre patrones de crianza negligente, estado nutricional y desarrollo psicomotor de niños y niñas de 0-5 años. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2013", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento 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 de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor

Cuenca, julio de 2014

Rubén Santiago Lasso Lazo

C.I: 0105768998



UNIVERSIDAD DE CUENCA



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo, *Thalía Aracely Mogrovejo Loyola*, autora de la tesis "Relación entre patrones de crianza negligente, estado nutricional y desarrollo psicomotor de niños y niñas de 0-5 años. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2013", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento 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 de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora

Cuenca, julio de 2014



Thalía Aracely Mogrovejo Loyola

C.I: 0106411317



UNIVERSIDAD DE CUENCA



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo, *Alexandra Jimena Jara Tapia*, autora de la tesis "Relación entre patrones de crianza negligente, estado nutricional y desarrollo psicomotor de niños y niñas de 0-5 años. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2013", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento 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 de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora

Cuenca, julio de 2014

Alexandra Jimena Jara Tapia

C.I: 1400355036



UNIVERSIDAD DE CUENCA



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Yo, *Rubén Santiago Lasso Lazo*, autor de la tesis "Relación entre patrones de crianza negligente, estado nutricional y desarrollo psicomotor de niños y niñas de 0-5 años. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2013", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, julio de 2014

Rubén Santiago Lasso Lazo

C.I: 0105768998



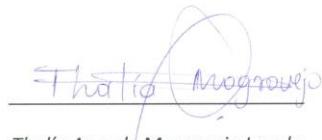
UNIVERSIDAD DE CUENCA



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Yo, *Thalía Aracely Mogrovejo Loyola*, autora de la tesis "Relación entre patrones de crianza negligente, estado nutricional y desarrollo psicomotor de niños y niñas de 0-5 años. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2013", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, julio de 2014



Thalía Aracely Mogrovejo Loyola

Thalía Aracely Mogrovejo Loyola

C.I: 0106411317



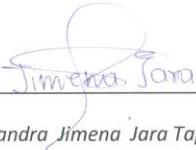
UNIVERSIDAD DE CUENCA



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Yo, *Alexandra Jimena Jara Tapia*, autora de la tesis "tesis "Relación entre patrones de crianza negligente, estado nutricional y desarrollo psicomotor de niños y niñas de 0-5 años. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2013", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, julio de 2014



Alexandra Jimena Jara Tapia

C.I: 1400355036

Alexandr
Rubén Santiago Lasso Lazo
Thalía Aracely Mogrovejo Loyola



UNIVERSIDAD DE CUENCA

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo y nuestra carrera de Medicina a Dios y a nuestras familias, por apoyarnos incansablemente hasta el final, permanecer a nuestro lado y ayudarnos a superar los obstáculos presentados a lo largo de nuestra vida de estudiantes.

LOS AUTORES

Alexandra Jimena Jara Tapia
Rubén Santiago Lasso Lazo
Thalía Aracely Mogrovejo Loyola



UNIVERSIDAD DE CUENCA

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a todas aquellas personas que influyeron en el desarrollo de esta tesis, en especial al Dr. Hugo Calle mentor de este trabajo, a la Dra. Lourdes Huiracocha, directora de este proyecto y al Dr. Jorge García que nos orientó en el proceso estadístico.

De igual manera, agradecemos al Hospital Vicente Corral Moscoso, en especial al área de pediatría que nos permitió trabajar en sus instalaciones y convertir en realidad lo que inicio como ideas.

Finalmente y sin restarle importancia, nuestro más profundo agradecimiento a cada una de nuestras familias, padres y hermanos que compartieron con nosotros la realización de esta tesis y que son autores ocultos de esta obra, ya que sin su ayuda y paciencia esto no sería un hecho.

LOS AUTORES

Alexandra Jimena Jara Tapia
Rubén Santiago Lasso Lazo
Thalía Aracely Mogrovejo Loyola



CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil (1) constituye cualquier acto de omisión o trato negligente no accidental que amenazan el desarrollo físico, psicológico y emocional del niño (a), este fenómeno universal, engloba los patrones de crianza negligente. En Ecuador en el año 2000 el porcentaje de niñas y niños agredidos por violencia física fue del 35% y según la ODNA[‡] en el año 2010 aumentó a 44%.

Los problemas relacionados con el estado nutricional desencadenarán efectos negativos en el desarrollo; el desconocimiento y la despreocupación acerca de normas que brindan o cambian hábitos alimenticios de riesgo indican negligencia; su efecto en el desarrollo psicomotor es un ámbito con estudios muy escasos, es así, que al identificar patrones de crianza negligente en el núcleo del niño, podremos buscar la presencia o ausencia de alteraciones en el desarrollo psicomotor, evaluado en base a parámetros característicos orientadores de normalidad y que tiene como causas tipo ambientales la falta de estimulación por desinterés.

Cerca de un 11-12% de las primeras consultas pediátricas, son debidas a un retraso en el desarrollo psicomotor, pero no se han establecidos datos sobre cuántas de éstas, toman lugar en un ambiente saturado de crianza negligente y relacionado con un estado nutricional muy distante del normal, es evidente entonces, determinar la asociación entre el estado nutricional y el desarrollo psicomotor de niños y niñas de 0-5 años con patrones negligentes de crianza.

Durante los primeros cinco años de vida, debido al mayor nivel de plasticidad y vulnerabilidad del sistema nervioso central, existe la posibilidad de que las condiciones del entorno, especialmente la nutrición y la estimulación, influyan en la distribución de las sinapsis además de su estabilización. La influencia ambiental enriquece o empobrece, la relación entre lo psíquico y lo motriz (6), permitiéndonos identificar factores de riesgo socio-ambientales que durante períodos críticos, afectan el desarrollo cognitivo y socio-afectivo, previniendo posibles trastornos, estableciendo un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado que repercute en el posterior desempeño integral del niño.

[‡] Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Por la problemática anterior, aspiramos incrementar las estadísticas locales sobre dicha relación, mediante la obtención de datos estadísticos que expresen la fuerza de asociación entre los patrones de crianza negligente, estado nutricional y desarrollo psicomotor.



2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los siguientes datos bibliográficos aseveran la problemática actual, del maltrato infantil: ^Ψ

- Constituye la segunda causa de mortalidad infantil, en España.
- Según el informe oficial US Department of Health and Human Services, en Estados Unidos 2.2 millones de casos tienen alguna forma de maltrato, de los cuales un 50% es debido a negligencia.
- En México, existen 23.000 casos según registros del INEGI*, de los cuales 9,2% fueron por abandono, 25,2% por omisión de cuidados y 7,6% por negligencia.

En países en desarrollo más de 200 millones de niños menores de cinco años, no logran alcanzar su pleno desarrollo psicomotor y por ende su potencial cognitivo. Por supuesto en Ecuador^Ω desde 1990 se registró una tasa de mortalidad de 43 bebés por cada mil nacidos vivos antes de cumplir los 5 años, en el año 2000 el porcentaje de niñas y niños agredidos por violencia física fue del 35% y según la ODNA[‡] en el año 2010 aumentó a 44%. En la capital nacional, en dos juntas metropolitanas, se resolvió 906 casos de maltrato infantil por negligencia, según el diario el “Universo”, se prevé que la cifra alcanzará 1900 casos; en la provincia del Guayas según datos del INNFA en el 2010 se registraron 2650 casos de abandono o negligencia de los padres o responsables del cuidado. En la provincia del Azuay, según el MIES[◊] se han reportado 126 denuncias por maltrato en el año 2011, sin embargo, no se aprecia datos estadísticos concluyentes de patrones de negligencia, así como no existen, estudios sobre la relación del trastorno psicomotor con el estado nutricional del niño y su patrón de crianza. Se han realizado algunos estudios acerca del maltrato infantil y la incursión del buen trato en algunos cantones como: Oña, Chordeleg, Guachapala y Nabón en las cuales el SIREPANM junto con instituciones médicas y legales han expandido un gran número de recomendaciones promoviendo el buen trato y respeto a los derechos de los niños(as). Según el SIREPANM entre Julio del 2005 y Diciembre del 2006, ingresaron 1016 niños (as) víctimas de maltrato, siendo receptados por varias instituciones, correspondientes a un 62% del área urbana y 38% rural; 252 niños entre 0 a 5 años; con una frecuencia de maltrato tipo negligencia de 345 y como principales maltratadores la madre, padre, madrastra o padrastro.

^Ψ Jordán, N.T. Síndrome de niño maltratado: variedad negligencia. Revista de la Facultad de Medicina. UNAM. Volumen 50(3):128-130.2007.

* Instituto Nacional de Estadística Geografía e informática, 2003.

^Ω Reed, C. Estado de los derechos de la niñez y la adolescencia en Ecuador 1990-2011; 1ra ed.; Ecuador; Observatorio Social del Ecuador; Enero del 2012; Pág.: 82-83

[‡] Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia.

[◊] Ministerio de Inclusión Económica y Social.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

El desconocimiento de normas de crianza, el descuido o negligencia recibida en la infancia, la situación socio-económica, etc., son algunas de las circunstancias de riesgo presentes que no justifican la presencia o repetición de negligencia, que de una manera directa o indirecta afectan los sucesos y adquisiciones de habilidades motoras, lingüísticas y emocionales en el niño. Por lo anterior es vital determinar la asociación entre el estado nutricional y el desarrollo psicomotor de niños y niñas de 0-5 años con patrones negligentes de crianza, el cual es el principal objetivo de este estudio.



3. JUSTIFICACIÓN

Es prioritario determinar la asociación entre agentes externos, como el estado nutricional y estímulos presentes en la crianza de los niños(as) de nuestra provincia y alrededores, los cuales, afectan el desarrollo psicomotor, medible por un test específico a utilizar en niños de 0 a 5 años, que tomará lugar en el Hospital Vicente Corral Moscoso, institución que recibe un número importante de niños(as) con factores y estímulos individuales (crianza, cuidado, estado nutricional, características de vivienda, condición socioeconómica, signos de maltrato-negligencia, etc.), cuenta con personal de salud próximo a detectar patrones de crianza, permite la evaluación del desarrollo psicomotriz y es un sitio de difusión estratégico de educación, aspecto crítico de contribución a la comunidad.

Al establecer datos concluyentes de dicha relación, no sólo, enriqueceremos los pocos antecedentes estadísticos previos para futuros trabajos que busquen relaciones existentes entre cognición – crianza y cuidado, sino, que serán utilizados para detectar, evitar y modificar oportunamente los potenciales trastornos en uno de los determinantes claves del desarrollo, el aspecto psicomotor, a una edad “cimiento” para todos los aspectos mentales, físicos y emocionales venideros.

La identificación de trastornos en el estado nutricional y/o en el desarrollo psicomotor moviliza acciones del personal de salud brindando una atención integral al niño, englobando su centro de desarrollo, detectando la clase de estímulos y cuidados que éste recibe, permitiendo aceptación terapéutica beneficiando a los infantes y sus respectivos núcleos familiares.



CAPÍTULO II

4. MARCO TEÓRICO

4.1. SÍNDROME DE MALTRATO INFANTIL

4.1.1. DEFINICIÓN

Es la acción, omisión o trato negligente, no accidental caracterizado por privar al niño (a) de sus derechos o de su bienestar. Estas acciones amenazan el desarrollo físico, psíquico o social; los responsables pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad. Es un fenómeno universal que ha existido siempre y consiste en actos que por acción u omisión desconocen los derechos fundamentales de los niños y las niñas; las acciones pueden ser el descuido, abandono, golpes, amenazas, humillaciones, insultos y abuso sexual. Las consecuencias afectan al niño y su entorno familiar, primeramente afectando su desarrollo normal e integración a la sociedad, la ocurrencia engloba contextos como una escuela, vecindario, transporte público y contexto familiar. (1)

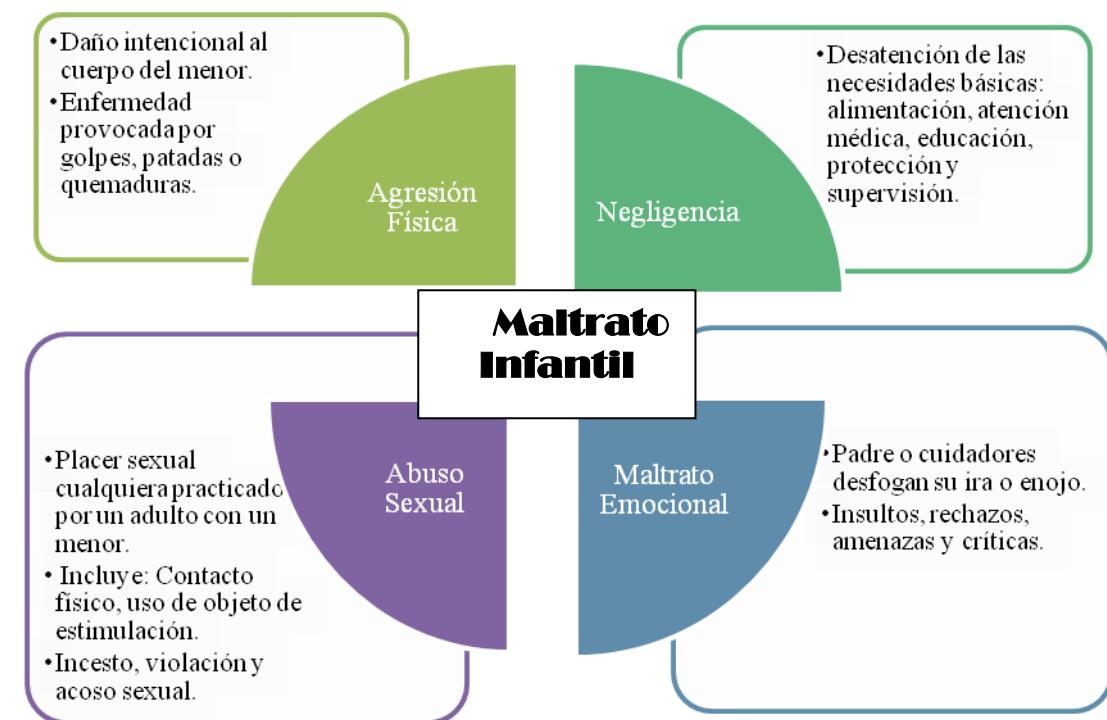


Figura 1: Interacción entre Maltrato Infantil e inclusión de tipos de maltrato.



Es indispensable conocer los **factores de riesgo** relacionados: (2)

- ⊕ Con el niño: varón, hijastros, trastorno psicomotor, enfermedad crónica, hiperactividad, fracaso escolar.
- ⊕ Con el parent y entorno: padres maltratados en la infancia, alcoholismo, drogadicción, padres adolescentes, bajo nivel socioeconómico, aislamiento social.

El personal de salud en su desempeño debe conocer, los principales **indicadores, de maltrato:** (3)

- ⊕ Sexuales: enfermedades de trasmisión sexual en niñas pre púberes, embarazo en adolescente joven, lesiones genitales o anales sin trauma justificable.
- ⊕ Comportamentales: desconfianza, conductas auto-lesivas, fracaso escolar.
- ⊕ Paternos: historia contradictoria o no coincidente con hallazgos médicos, cambios frecuentes de médico.

4.1.2. AGRESIÓN FÍSICA

“Se define como el abuso y la desatención a menores de 18 años e incluye tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil”. (4)

Su distribución es mundial, siendo más frecuente en países desarrollados, suelen aparecer en la primera infancia con un mayor incremento hacia los cuatro años y afectando más a varones. Solo el 3-11% las mantienen hasta la adolescencia. Identificando al agresor en el maltrato infantil: madre 58%, padre 25%, padrastros 11%, otros 5%. (5)

Indicadores Físicos:

- Heridas o equimosis en espalda, cara, nalgas, etc., de forma muy definida.
 - Quemaduras, fracturas o dislocaciones.
 - Traumatismos repetitivos sin una explicación lógica.
 - Retraso en crecimiento y desarrollo.
 - Incoherencia entre relato y lesiones.



4.1.3. ABUSO SEXUAL

Entenderemos por abuso sexual infantil cualquier conducta de tipo sexual que se realice con un niño o niña, incluyendo las siguientes situaciones:

1. Tocamiento de genitales del niño o niña por parte del abusador/a.
2. Tocamiento de otras zonas del cuerpo del niño o niña por parte del abusador/a.
3. Incitación por parte del abusador/a al tocamiento de sus propios genitales.
4. Penetración vaginal o anal o intento de ella ya sea con sus propios genitales, con otras partes del cuerpo, con objetos, por parte del abusador/a. (6)

Según la OMS, el impacto del abuso sexual en la infancia explica aproximadamente un 6% de los casos de depresión, un 6% de los casos de abuso/dependencia del alcohol y las drogas, un 8% de los intentos de suicidio, un 10% de los casos de trastorno de pánico y un 27% de los casos de trastorno de estrés postraumático, comportamientos y factores de riesgo que pueden contribuir a algunas de las principales causas de muerte, enfermedad y discapacidad. (7)

Indicadores de abuso sexual:

- Infecciones urinarias y genitales: secreciones.
- Embarazo.
- Lesiones en genitales.
- Precocidad sexual.
- Relato de abuso sexual por parte del niño

4.1.4. MALTRATO EMOCIONAL

1. “Hablamos de maltrato emocional a aquellas conductas dirigidas intencionalmente por un adulto hacia un niño, que producen en él daño interno a través de sentimientos negativos hacia su propia persona sin justificación ni necesidad. El impacto emocional de la conducta de una persona sobre otra es muy relativo. Va a depender, sobre todo, de la forma en que esa conducta sea percibida por el niño, es decir el receptor”.⁸ (8)

2. Podemos decir que el impacto emocional es cognitivo y, por lo tanto, no tiene valor universal ni constante. Es susceptible de interpretaciones diversas como cualquier conducta verbal en función del tono, de matices y contexto de la frase; o como una conducta no-verbal en términos de captación del significado y alcance de los gestos.

⁸ El maltrato psicológico / emocional como expresión de violencia Hacia la infancia. Maltrato, maltrato emocional, infancia, familia, intervención social. Disponible en: rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5913/1/ALT_05_06.pdf. Acceso en: Agosto de 2012.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

3. Esta relatividad de la interpretación de las conductas es lo que hace especialmente difícil la intervención y prevención en los casos de impacto emocional negativo.

Indicadores Conductuales:

- Hiperactividad.
- Mal rendimiento escolar
- Timidez extrema.
- Agresividad y destructividad.
- Enuresis y onicofagia.
- Conceptos negativos de sí mismo.

4.1.5 NEGLIGENCIA

Un factor interrelacionado con el maltrato es la negligencia, determinada por la participación de la familia, el estado y la comunidad. La negligencia constituye la privación de las necesidades biológicas, afectivas, intelectuales, sociales, éticas, morales y espirituales del niño cuando se las puede brindar. (9)

La condición de descuido o negligencia tiene un contexto difícil de limitar y diferenciar de condiciones como la pobreza o la ignorancia.

La primera caracterizada por la inexistencia de capacidades y recursos para proveer las necesidades del niño. La segunda donde existen recursos pero sin desarrollo adecuado o desconocimiento del alcance de las capacidades o recursos.

<< El principio básico es el de un conocimiento previo por parte del cuidador de una situación de peligro y poder tomar una medida de protección o prevención oportuna que mitigue o elimine el riesgo al que está expuesto el niño >>. ^

Un Patrón **Permisivo-Negligente*** se caracteriza por: la inexistencia de disponibilidad paterna, poca exigencia paterna, no existe implicación afectiva en la relación con los hijos, padres absorbidos por otros compromisos, dejar al niño hacer lo que quiera, reducción de la responsabilidad paterna al mínimo y exceso de aspectos materiales.

Indicadores de Negligencia:

- RETARDO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR.
- DESNUTRICIÓN.
- Falta de controles médicos regulares.
- Descuido de la higiene y cuidado de la ropa.
- Inasistencia a la escuela.

* Negligencia o Descuido. Barney, G. CCAP Año 5 Módulo 3. Pág. 32.

* Estilos Educativos Paternos: Aproximación a su Conocimiento. Agudelo, Rosa. Universidad Pedagógica Nacional. 1 ed. Red Academia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

4.1.5.1 SITUACIONES DE NEGLIGENCIA. Existen cuatro situaciones: (10)

a) Ambientes físicos inadecuados

Principalmente hogares, habitaciones y condiciones sanitarias. Es decir existencia de materiales o diseños peligrosos, elementos físicos o químicos de riesgo, espacio vital con protección y privacidad acorde a las diferencias de edad y sexo, medidas de aseo y seguridad, cuidados de preparación y almacenamiento de alimentos, valor nutritivo para cada edad, aseo de la ropa, juguetes, el baño, dentadura, entre otros.

Sitios de mayor riesgo (pozos, aljibes y albercas), áreas con material reciclable o basura deben ser protegidos y cubiertos para imposibilitar el acceso.

b) Situaciones de riesgo ambiental

- ▣ Riesgo de quemaduras, existencia de materiales peligrosos.
- ▣ Almacenamiento de drogas y químicos.
- ▣ Factores físicos.

c) Cuidados inapropiados brindados al niño

- ▣ Nutrición. Insuficiente, inapropiada y poco atractiva para el niño.
- ▣ Vestido. Inapropiado para la edad, desaseo o estados indicadores de pobreza.
- ▣ Higiene. Desaseo, olor a heces, orina o sudor. Importante observar la presencia de costras de mugre, caries sin obturar, ausencia de piezas dentales, halitosis, cerumen en oídos.
- ▣ Salud. Hace sospechar negligencia la ausencia de inmunizaciones o su retraso, consulta por enfermedades graves, considerar al niño como débil o cobarde.
- ▣ Deficiente supervisión. Hace relación a niños que pasan largos períodos de tiempo solos, con frecuentes caídas, golpes y desconocimiento del cuidador de lo sucedido.

d) Negligencia durante los procesos de desarrollo de los niños

- ▣ Enanismo emocional. Es un síndrome, en el cual no se encuentra un factor nutricional orgánico que responsabilice la desnutrición.
- ▣ Negligencia en la educación. Situaciones como suspender o no enviar a un niño al colegio sin razones claras, permisividad ante el ausentismo escolar.

Negligencia emocional. Presencia de una necesidad de apoyo emocional y un cuidador incapaz o no profesional. Interesa la siguiente relación un niño con inseguridad en la ciudad, tendrá situaciones de inseguridad mucho más con su permanencia al televisor siendo alimentado de violencia y problemas de salud médica.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Un indicador extra, es el **Abandono**, (11) situación de negligencia severa, presente en familias con problemas financieros graves y en hogares con promiscuidad sexual, alcoholismo, drogadicción, depresión y mal estado de salud.

Las categorías son las siguientes:

- ⊕ Maltrato al niño no nacido: aquellos actos que de manera negligente causan daños al niño o niña en forma directa o indirecta contra el ser en gestación o por las agresiones infligidas contra la madre por un tercero.
- ⊕ Abandono emocional.
- ⊕ Rechazo de custodia por parte de los padres.
- ⊕ Situación de abandono potencialmente fatal.
- ⊕ Niños sin supervisión de los padres.
- ⊕ Expulsión del hogar.
- ⊕ Abandono con necesidades físicas satisfechas por otros.

Según Erickson [Teoría de socialización comunitaria]:

“Es entre los 2 y 6 años en donde se perfilan los sentimientos preferenciales hacia la madre, padre, familiares y otros; a través de este proceso el niño(a) adquiere habilidades y formas de comportamiento social... a partir de los 4 a 5 años que se establecen los hábitos permanentes y las características emocionales, jugando un papel decisivo la imitación y la identificación...”.

Son medidas emergentes pero firmes indicadores de crianza negligente, los siguientes acápitones:

- Relaciones no desarrolladas o conservadas en calidad debido a las ocupaciones y trabajo de los padres.
- No es aconsejable que el niño(a) tenga un aparato de televisión en su cuarto, con peligro de que no existan límites de tiempo ni elección de programas acordes a la edad.

4.2. NUTRICIÓN DEL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS

“Estado nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes”. (12)



UNIVERSIDAD DE CUENCA

La alimentación de los niños durante sus primeros años de vida es fundamental para un buen desarrollo físico y mental; a la edad de 1 a 5 años el niño comienza por explorar otros tipos de nutrientes y el 50% de la energía necesaria la toma del consumo de diversos elementos, se deben ofrecer tres alimentos fuertes al día y dos más pequeños entre estos.♦

Se recomienda investigar los hábitos dietéticos de la familia para definir la clase de alimentos que deben incorporarse en la dieta del niño. Una dieta adecuada, balanceada, equilibrada y completa debe contener alimentos de los tres grupos principales. (13)

- ⊕ Grupo 1: leche, yogurt, quesos, carne de aves o de res, huevo y leguminosas.
- ⊕ Grupo 2: frutas y verduras variadas que además aportan energía.
- ⊕ Grupo 3: cereales, pan, arroz y pastas.

Desnutrición infantil, según la OMS es: "La falta de alimentos o la insuficiente cantidad de calorías, nutrientes, vitaminas y minerales necesarios para mantener un estado de salud y peso acorde a la edad". (14) Y según sus estadísticas mundiales entre 3 y 5 millones de niños menores de 5 años mueren por esta causa al año.

La evaluación del estado nutricional incluye: (15)

- Historia médica y dietética (anamnesis nutricional): debe considerar datos del niño, incluyendo el peso y la talla de nacimiento; esto permite formarse una idea del patrón de crecimiento, saber si el embarazo llegó a término o fue el niño prematuro para poder evaluarlo bien, es decir corrigiendo su edad.
- Examen físico, incluyendo antropometría: las mediciones más utilizadas son el peso y la talla, es un buen indicador de estado nutricional actual y no requiere un conocimiento preciso de la edad. Es útil para el diagnóstico, tanto de desnutrición como de sobrepeso y obesidad.
- Exámenes de laboratorio.

♦ Guía de Práctica Clínica. Control y seguimiento de la nutrición, el crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años. Evidencia grado IV. (E. Shekelle).García Aranda 1998.



EVALUAREMOS A CONTINUACIÓN LAS COMPLICACIONES DE LOS DÉFICITS DE LOS MICRO Y MACRONUTRIENTES EN NIÑOS: (16)

- ⊕ Déficit proteico (kwashiorkor), de origen alimentario altamente mortal. Se caracteriza por edema generalizado, hiperpigmentación, descamación, hiperqueratosis, pelo frágil, xeroftalmia, hepatomegalia.
- ⊕ Déficit de vitamina D (raquitismo).
- ⊕ Calcio y fósforo el niño presenta craneotabes, genu varum, ensanchamiento epifisario, retardo del desarrollo dental, hipotonía muscular y convulsiones.
- ⊕ Déficit prolongado de vitamina C provoca el estado llamado escorbuto, caracterizado por fragilidad capilar, sangrado de encías, equimosis.
- ⊕ Déficit de niacina origina decaimiento, afecciones rojizas de la piel en lugares expuestos, glositis, cefaleas, temblores.
- ⊕ Déficit de tiamina puede desencadenar la disminución o ausencia de reflejos, parálisis (la enfermedad se llama Beriberi).
- ⊕ El insuficiente aporte de vitamina A se expresa mediante hiperqueratosis folicular, xerosis, sequedad y escamas, queratomalacia, ceguera.
- ⊕ Déficit de yodo – bocio.

Hay que considerar que en los países en vías de desarrollo, 27% de niños menores de cinco años se clasifican como bajo peso[•] y se estima que el 53% de todas las muertes de este grupo poblacional se deben a una desnutrición existente.[△] La malnutrición es la principal causa de morbimortalidad infantil y la etiología es el balance nutricional negativo debido al aporte deficitario típico en países en vías de desarrollo; en Ecuador los principales estados nutricionales son: desnutrición crónica, desnutrición aguda y bajo peso. (Ver Anexo #1 y #2).

4.3. DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS

El término “psicomotricidad” se da a conocer en un congreso de París, Francia, en 1920 por el Dr. Ernest Dupréé, quien le da un enfoque terapéutico. Por otra parte, un monje nómada, L'epép, reunía niños, con problemas de aprendizaje a través de actividades físicas, aprovechaba los beneficios del movimiento para favorecer el aprendizaje. (Dupree, 1920).

En México en el año de 1983 se crea la Asociación Nacional de Psicomotricidad, con el fin de dar a conocer esta disciplina y sensibilizar a las autoridades acerca de su importancia y normatividad. Asimismo, las ciencias que la apoyan son la psicología, pedagogía, anatomía, neurología, y sociología en dos leyes del desarrollo, céfalo caudal y próximo-distal y dos procesos de desarrollo: corticalización y mielinización.

[•] UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

[△] OMS: Organización Mundial de la Salud.



4.3.1. EL DESARROLLO

Proviene de factores genéticos, considerados con frecuencia los responsables últimos del potencial biológico, así como de factores del medio ambiente, es decir, factores sociales, emocionales y culturales que interactúan entre sí de forma dinámica y modifican de forma significativa el potencial del crecimiento y desarrollo. (17)

4.3.2. DESARROLLO FÍSICO

Son los cambios corporales que experimenta el ser humano, especialmente en peso y altura, y en los que están implicados el desarrollo cerebral, el desarrollo óseo y muscular. (18)

El crecimiento es continuo a lo largo de la infancia y adolescencia, pero no se realiza uniformemente. El ritmo de crecimiento es rápido en el primer año de vida, a partir del segundo año muestra un patrón más lineal y estable, enlenteciéndose gradualmente hasta la pubertad.

4.3.2.1. DESARROLLO MOTOR.

Hace referencia a la evolución en la capacidad de movimiento. El desarrollo de las habilidades motrices depende de la maduración neurológica y pasa por las siguientes fases:

- ⊕ Fase de automatismo: corresponde con los primeros meses. La mayoría de las acciones son reflejas.
- ⊕ Fase receptiva: se extiende a lo largo del segundo trimestre de vida y coincide con el perfeccionamiento de los sentidos. Las acciones son ya voluntarias pero predomina la observación a través de los cinco sentidos de todo lo que rodea al niño.
- ⊕ Fase de experimentación y adquisición de conocimientos: comienza en los primeros meses y se extiende a lo largo de toda la vida. Las habilidades motrices se utilizan como medio para adquirir conocimiento. (19)
Por otro lado el desarrollo de la motricidad se ajusta a dos leyes fundamentales:
 - a) Ley céfalo-caudal: se controlan antes las partes del cuerpo más cercanas a la cabeza y luego las más alejadas.
 - b) Ley próximo-distal: se controlan antes las partes más cercanas al eje corporal y después las más alejadas. (20)

4.3.3. DESARROLLO PSICOMOTRIZ

“La psicomotricidad es un enfoque global de la persona. Es la función del ser humano que sintetiza psiquismo y motricidad con el fin de permitir al individuo adaptarse de manera flexible y armoniosa al medio que le rodea”.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

De otra manera se la interpreta como una técnica cuya organización de actividades permite a la persona conocer de manera concreta su ser y su entorno inmediato para actuar de manera adaptada. (21)

En base a su historia, la Psicomotricidad, intenta relacionar dos elementos: lo psíquico y lo motriz. Se trata del estudio del movimiento, pero con sus correspondientes connotaciones psicológicas. No se ocupa del movimiento humano en sí mismo, sino de la comprensión del movimiento como factor de desarrollo y expresión del individuo en relación con su entorno. (22)

4.3.3.1. Motricidad gruesa y fina

El desarrollo motor de los niños depende principalmente de la maduración global física, del desarrollo esquelético y neuromuscular. Los logros motores que los niños van realizando son debido a las sucesivas habilidades motoras que se van adquiriendo haciendo posible un mayor dominio del cuerpo y el entorno.

En el desarrollo motor pueden establecerse dos grandes categorías:

- 1) Motricidad gruesa (locomoción y desarrollo postural), y
- 2) Motricidad fina (prensión).

El desarrollo motor grueso se refiere al control sobre acciones musculares más globales, como gatear, levantarse y andar. Las habilidades motoras finas implican a los músculos más pequeños del cuerpo utilizados para alcanzar, asir, manipular, hacer movimientos de tenazas, aplaudir, virar, abrir, torcer, garabatear. Por lo que las habilidades motoras finas incluyen un mayor grado de coordinación de músculos pequeños y entre ojo y mano.

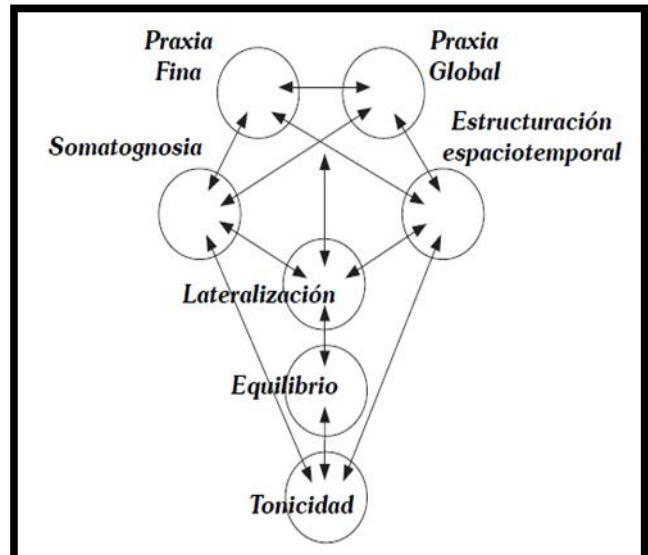
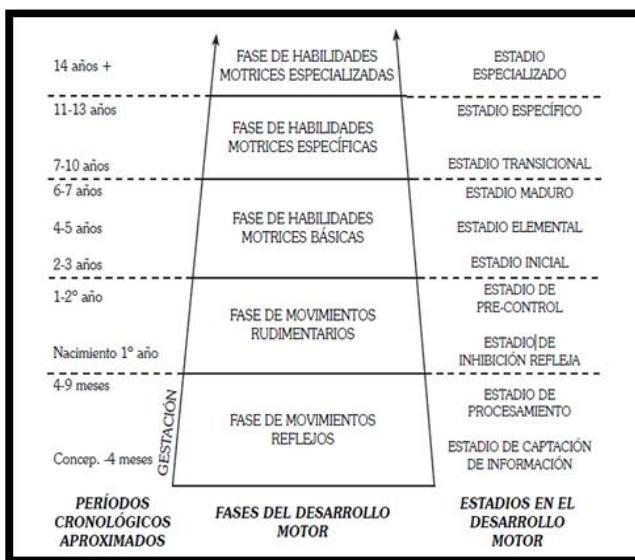


Figura 2. Modelo gráfico del desarrollo según Gallahue (1982) (23) Figura 3. Esquema del Sistema Psicomotor Humano.(24)

4.3.4. ASPECTOS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

4.3.4.1. Esquema corporal

Según Ballesteros (1982), este concepto se puede definir como “la representación que tenemos de nuestro cuerpo, de los diferentes segmentos, de sus posibilidades de movimiento y de acción, así como de sus diversas limitaciones. Es un proceso complejo ligado a procesos perceptivos, cognitivos y prácticos, que comienza a partir del nacimiento y finaliza en la pubertad, interviniendo en el mismo la maduración neurológica y sensitiva, la interacción social y el desarrollo del lenguaje.” El esquema corporal, consiste, en la recepción, registro y memoria en los niveles cerebrales superiores, principalmente de la acción neuromuscular y sensoriomotor resultante de todas las partes y tejidos profundos que contribuyen a mantener una posición en una situación estática o dinámica (Quirós-Schrager, 1979; 1980). (25)

4.3.4.2. Lateralidad

Engloba al conjunto de las predominancias particulares de una u otra parte simétrica del cuerpo, a nivel de mano, pie, ojo, oído y también vestíbulo. Su desarrollo está conectado con la organización, por un lado del esquema corporal y, por otro, con los conceptos de espacio y de tiempo. Es la traducción de un predominio motor referido a los segmentos derechos o izquierdos del cuerpo. (Le Boulch, 1983).



UNIVERSIDAD DE CUENCA

4.3.4.3. Estructuración espacio-temporal

La orientación espacial implica establecer relaciones entre el cuerpo y los demás objetos, está asociada al espacio perceptivo e incluye esencialmente relaciones topológicas. La estructuración del espacio conlleva adquirir nociones de conservación, distancia, reversibilidad, etc., por lo que se convierte en un proceso largo que se va configurando desde los planos más sencillos a los más complejos, dándose primero en la acción y pasando posteriormente a ser representados en uno mismo, en el otro y en el espacio con los objetos. La estructuración temporal tiene 2 componentes principales: el orden y la duración.

4.3.4.4. Coordinación dinámica y viso-manual

La coordinación es la utilización de forma conjunta de distintos grupos musculares para la ejecución de una tarea compleja, posible gracias a patrones motores que anteriormente eran independientes y se encadenan formando otros patrones que posteriormente serán automatizados. La coordinación dinámica general juega un importante papel en la mejora de los mandos nerviosos y en la precisión de las sensaciones y percepciones.

4.3.4.5. Tono muscular

Es el grado de contracción de los músculos pudiendo ir desde la hipertonía a la hipotonía. Está sometido, en parte, a un control involuntario dependiente del sistema nervioso y, en parte, a un control voluntario.

4.3.4.6. Independencia motriz

Consiste en la capacidad para controlar por separado cada segmento motor necesario para la ejecución de una determinada tarea, aspecto que se espera pueda realizarse correctamente en niños de 7 a 8 años.

4.3.4.7. Equilibrio

Reúne un conjunto de aptitudes estáticas y dinámicas incluyendo el control de la postura y el desarrollo de la locomoción. Esencial en el desarrollo neuropsicológico del niño ya que es clave para realizar cualquier acción coordinada e intencional.

MEDICIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ.

El desarrollo neurológico del niño en las áreas motriz gruesa, motriz fina, lenguaje y socialización se evalúa por medio de la **Prueba de Denver Revisada.**• (Anexo 2)(26)

4.4. PATRONES DE CRIANZA NEGLIGENTE, DESARROLLO PSICOMOTOR Y ESTADO NUTRICIONAL

• (Denver Developmental Screen Test- Review [DDST-R]), recomendación E, nivel IV [E. Shekelle] Hagerman, 2001.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

*“El sistema nervioso central del niño es un órgano dotado de enorme plasticidad, su desarrollo está condicionado por la existencia de un “programa” genético y por todo un conjunto de influencias externas, interacciones con los padres, estímulos sensoriales ambientales, alimentación y enfermedades”. **

Está comprobada, la relación entre nutrición-estímulos y afectos brindados a un niño(a) con su desarrollo psicomotor, esta relación abre un área muy interesante de estudio, pues incluye a los niños(as), padres, madres o cuidadores, y personal de salud; quienes pueden contribuir o no a las necesidades básicas de los niños.

La existencia de maltrato infantil en su forma de crianza negligente, provoca un desarrollo cerebral anormal, es decir, una de las principales consecuencias a largo plazo. El maltrato causa estragos significativos en el cerebro repercutiendo en las habilidades del niño para procesar información, para hablar y para sobresalir en la escuela.*

El desarrollo integral del niño y de la niña, tiene lugar en los siguientes aspectos:

- Conocimiento físico o del mundo exterior.
- Conocimiento social.
- Conocimiento lógico-matemático, desarrollado tras el conocimiento físico.

Ciertos aspectos son cruciales en el desarrollo y aprendizaje pero difieren según el tiempo de vida que tenga el niño:

- Inicialmente aspectos como coger y succionar el pezón o tetilla del biberón, se volverán más hábiles como el alcance a los objetos, chupar su propio pulgar.
- En la etapa prelingüística, se emiten diversos sonidos o balbuceos a los que se aumentarán sonidos silábicos propios de la lengua de aprendizaje, que corrobora un adecuado desarrollo de los músculos del habla.
- En lo social la relación cara a cara se instaura desde que el bebé interacciona con su madre, roza con el rostro la barriguita del bebé, le hace cosquillas, toca su barbilla, etc.

Es comprensible entonces que el desarrollo de las habilidades motrices no puede separarse de la evolución psicológica del niño la cual es causa y efecto simultáneamente de psicomotricidad. (27)

4.4.1. Relación entre patrones de crianza negligente y desarrollo psicomotor

* Guía de Práctica Clínica. Control y seguimiento de la nutrición, el crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años. Evidencia grado IV. (E. Shekelle). García Aranda 1998. Página 14.

* [Watts-English, Fortson, Gibler, Hooper, & De Bellis, 2006].



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Siendo el retraso en el desarrollo psicomotor una de las consecuencias de conductas negligentes por parte de los padres y/o cuidadores; nuestra principal preocupación consiste en identificar y reconocer este retraso, a la vez que establecemos signos de alerta en el plano conductual, relacional o emocional del niño, que definimos en los siguientes ítems: (28)

- Dificultades para aceptar las maniobras de consuelo, el niño rechaza el contacto corporal o no se amolda al cuerpo de la madre.
- Conductas atípicas o repetitivas como estereotipias motoras o golpearse la cabeza.
- Trastornos de la atención hacia el entorno. Niño absorto en sí mismo, con la mirada perdida o con rechazo del contacto visual.
- Incapaz para hacer un juego acorde a la edad, pasividad excesiva o hipercinesia.
- Trastornos persistentes en el sueño.
- Problemas persistentes en la alimentación.

Son indicadores de indicadores de negligencia y su clasificación:

- ⊕ Indicadores físicos.
 - ✓ Retraso no orgánico de crecimiento.
 - Hambre permanente, vitaminopatías.
 - Apariencia física desaliñada, falta de higiene, vestidos inapropiados.
 - Carencia de supervisión consistente, el niño realiza continuadamente actividades peligrosas.
 - Apariencia física demacrada, estomago distendido.
 - Problemas físicos desatendidos o necesidades médicas ignoradas.
 - Abandono.
 - ✓ Retraso en áreas madurativas.
- ⊕ Indicadores comportamentales. (1)
 - El niño se encuentra frecuentemente fatigado o apático, se duerme en clase o está continuamente somnoliento.
 - Roba o pide comida.
 - No acude o llega tarde a la escuela.
 - Permanencia prolongada en lugares públicos o en la escuela.
 - Abuso de drogas o alcohol.
 - Abandono escolar.
 - Fugas de casa frecuentes.
 - Habilidades verbales y cognitivas inferiores al promedio.
 - Conducta agresiva excesiva o extremada pasividad.
 - Manifestaciones afectivas extremas (tristeza excesiva o felicidad inapropiada).
 - Aparece preocupado o soñando despierto.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

4.4.1.1. La negligencia en los distintos estadíos evolutivos

Los niños pueden exhibir diferentes síntomas de negligencia en distintos estadíos de su desarrollo. Los niños de corta edad son los que tienen una menor capacidad para verbalizar una situación de negligencia. Durante el periodo preescolar y escolar, frecuentemente los niños se encuentran bajo supervisión de adultos, lo que permite observar con mayor facilidad posibles síntomas de negligencia. Son especialmente relevantes los síntomas continuos, puesto que la negligencia tiende a ser crónica más que episódica. Posibles indicadores de negligencia durante este período son: hambre constante, pobre higiene, vestido inapropiado, fatiga y necesidades físicas o médicas desatendidas. [Boletín de SIREPANM N°19]

La detección de un problema de desarrollo debe ser precoz. Corresponde en primera instancia a los padres, al personal de guarderías, colegios y a los pediatras de Atención Primaria. Se plantean tres opciones: (29)

- ⊕ Normalidad o probable retraso madurativo.
- ⊕ Retraso psicomotor patológico.
- ⊕ Dudosos. Sólo la evolución en sucesivas consultas permite aclarar la cuestión.

CUADRO I. SIGNOS DE ALARMA PARA DAÑO NEUROLÓGICO

Grupo etario	Signo
Recién nacido	<ul style="list-style-type: none">• Cabeza constantemente hacia atrás• Tono muscular bajo o alto
Tres meses de edad	<ul style="list-style-type: none">• No sostén cefálico. Manos empuñadas• Atrapamiento del pulgar• Antebrazo en pronación. No sonrisa social• No fijación de la mirada
Cinco meses	<ul style="list-style-type: none">• No rodamientos• Apoyo en puntas de los pies• Hipertonia de aductores de los 4 – 18 meses.• Hipoactividad o irritabilidad permanentes >7 meses• Persistencia del reflejo de Moro >6 meses
A cualquier edad	<ul style="list-style-type: none">• Presencia de asimetría en postura o movimiento• Alteraciones de succión o deglución• Alteraciones en el llanto y falta de consolabilidad• Alteraciones del tono muscular• No deambulación >18 meses• No desarrollo del juego simbólico >24 meses• Estereotipias verbales >24 meses• Pasar de una actividad a la otra >34 meses• <u>Lenguaje incomprensible >36 meses</u>

Fuente: Jubert R, et al., 2005.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Estudiar la negligencia y su efecto en el desarrollo psicomotor nos orienta a investigar la forma de **negligencia parental** o la falta de una previsión y planificación realista, en base a las necesidades y derechos de los menores de cara a una nueva paternidad. Es la actuación imprudente e irresponsable que pone en riesgo la seguridad y desarrollo de los hijos/as por la falta de anticipación de las condiciones necesarias y por la acumulación de factores de riesgo. (*).

4.4.1.2. Relación entre patrones de crianza negligente, desarrollo psicomotor y control de inmunizaciones

Las consultas médicas periódicas en pediatría son muy importantes porque orientan a los tutores acerca del desarrollo integral de niño, además que durante la visita se adquiere valiosa información en referencia a nutrición, cuidado y el más significativo en este acápite, es decir, inmunizaciones, ya que como observamos anteriormente las alteraciones neurológicas representan las principales causas biológicas del retraso en el desarrollo psicomotor; determinando que el cumplimiento del esquema de inmunizaciones es responsabilidad de los padres, la ausencia del mismo significa negligencia. Una guía importante del cuidado y atención que el mentor brinda al niño, es el esquema básico de vacunación en el Ecuador, que corresponde (VER ANEXO 3) la principal guía a seguir por el mentor con su respectivo asesoramiento médico.

4.4.2. Relación entre patrones de crianza negligente y nutrición

Los problemas nutricionales también representan un caso de negligencia real, los padres y/o cuidadores al no conocer las normas de alimentar a los niños(a) o preocuparse del conocimiento de las mismas, sin una justificación valedera confirman el hecho de desnutrición crónica en los niños de cero a 5 años en Ecuador distribuido en porcentajes de 21% en la Costa, 16% en la Sierra y 27% en la Amazonía.⁴

Son situaciones que indican negligencia y corresponden a nudos críticos de recomendación y cambio de hábitos las siguientes:

- ⊕ La lactancia materna, una estrategia de salud pública que reduce un gran número de muertes infantiles evitando hasta el 63%.
- ⊕ Ablactación o incorporación de nuevos alimentos en la dieta del bebé, debe ser practicada por la madre cuya función es dual, nutrir y educar.
- ⊕ En niños de 2-5 años, un horario regular de consumo de alimentos es un parámetro crucial sobre el cuidado responsable brindado al niño.
- ⊕ La supervisión de actividad física previene la obesidad, que debe ir de la mano con una dieta saludable.

* Psicología sin Fronteras, Revista Electrónica de Intervención Psicosocial y Psicología Comunitaria 2007, Vol. 2, N° 1 y 2, Agosto (2007), pp. 4-12. ISSN 1851-3441

⁴ ONU Alerta por Desnutrición Infantil en el Ecuador. Disponible en: www.eldiario.com.ec.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- ❖ Parte de desarrollar una vida sedentaria, es el control del límite de tiempo frente al televisor o videojuegos (menor de 2 horas).
- ❖ La continua antropometría permite conocer y controlar parámetros vitales como la talla, el peso, perímetro cefálico, perímetro braquial y el índice de masa corporal.
- ❖ Las recomendaciones para alimentar al niño mayor de un año. (VER ANEXO 4) El personal médico en las situaciones mencionadas tiene una labor crucial en corregir y detectar oportuna y tempranamente cualquier alteración. Se resume en el siguiente algoritmo. (VER ANEXO 5).



CAPÍTULO III

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

5.1.1. Determinar la asociación entre patrones de crianza negligente, el estado nutricional y el desarrollo psicomotor de niños y niñas de 0 a 5 años, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2013.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

5.2.1.1. Identificar a los niños(as) de 0 a 5 años, hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Vicente Corral Moscoso que exhiben un patrón de crianza negligente en su familia o el núcleo en donde viven.

5.2.1.2. Identificar a niños(as) de 0 a 5 años hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Vicente Corral Moscoso que no presenten un patrón de crianza negligente en su familia o en el núcleo en donde viven.

5.2.1.3. Identificar algunos factores demográficos de los niños(as) que ingresan al estudio: edad, sexo, características de la vivienda, características de la familia, enfermedad que motiva su ingreso.

5.2.1.4. Evaluar a todos los niños(as) que ingresan al estudio en lo referente a: estado nutricional y desarrollo psicomotor.

5.2.1.5. Comparar los resultados de la evaluación del estado nutricional y del desarrollo psicomotor de los niños(as) de los grupos con y sin patrones de crianza negligente.

5.3. HIPÓTESIS

El patrón de crianza negligente detectado en niños y niñas entre 0-5 años que estuvieron hospitalizados en el Hospital Vicente Corral Moscoso, es un factor que influye en la producción de alteraciones en el desarrollo psicomotor y en el estado nutricional de dichos niños.



CAPÍTULO IV

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo corresponde a un estudio cuantitativo - analítico, diseño casos y controles, pues trata el determinar la asociación entre los patrones de crianza negligente, el estado nutricional y el desarrollo psicomotor. Las categorías empleadas para agrupar a los casos y controles derivaron de una escala de 0 a 100. Aquellos que cumplieron con una puntuación de 39 o menos no presentaron patrones de crianza negligente y por lo tanto se consideraron controles. Casos, son aquellos que presentaron patrones de crianza negligente, o sea, una puntuación de 40 o más. Los niveles de negligencia consideraron factores y aspectos socioeconómicos como hacinamiento, planificación familiar, características del hogar, conocimientos sobre ingesta de alcohol y/u otras sustancias, violencia en el hogar, o si la primera consulta al médico por la enfermedad actual tuvo lugar a más de 5 días de iniciada la misma y otros cuidados de crianza en menores de edad indicadores de negligencia.

6.2. ÁREA DE ESTUDIO

Se realizó en la Provincia del Azuay, Cuenca, en el Hospital “Vicente Corral Moscoso” – Servicio de Pediatría, en el Sector “El Paraíso” entre la Av. Los Arupos y Av. 12 de Abril.

6.3. MATERIALES Y MÉTODOS

- 6.3.1. *Universo y muestra:* estuvo constituido por niños de 0 a 5 años cercanos al alta hospitalaria en el Hospital Vicente Corral Moscoso, áreas de clínica y cirugía para un total de 120 niños divididos en 40 casos (niños con patrones de crianza negligente) y 80 controles (niños sin patrones de crianza negligente), que cumplieron con los criterios de inclusión; excluyéndose del estudio niños y niñas portadores de enfermedades orgánicas que afectaban su área cognitiva.
- 6.3.2. *Criterios de inclusión:* niños(as) de 0 a 5 años, cercanos al alta hospitalaria, con desarrollo psicomotor aparente normal, durante el año 2013.
- 6.3.3. *Criterios de exclusión:* niños(as) mayores de 5 años, que padecían enfermedades orgánicas que afecten su área cognitiva, ingreso hospitalario fuera del año 2013.
- 6.3.4. *Caso:* niño(a) que cumplió con los criterios de inclusión del estudio y a la aplicación del test, cuestionario de preguntas para detección de negligencia obtuvo un puntaje de 40 a 100.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

6.3.5. *Control*: niño(a) que cumplió con los criterios de inclusión y a la aplicación del test, cuestionario de preguntas para detección de negligencia obtuvo un puntaje de 0 a 39.

6.3.6. *Técnicas y procedimientos*:

Se realizó una prueba piloto en la misma institución durante el mes de septiembre del año 2012 para afinar destrezas y adquirir habilidades, previo al proceso de recopilación de datos.

En su **primera fase** se procedió a la identificación de patrones de crianza negligente a través de la aplicación al padre, madre o cuidador de un test personal para medir existencia de negligencia (puntuación de 40 o más), aplicada por uno de los autores y entrevista cara a cara por la persona que recopiló variables demográficas del niño como edad, sexo, residencia, características de la familia, condiciones socioeconómicas y enfermedad que motivó su ingreso.

En su **segunda fase** se determinó por uno de los autores; que no haya aplicado el test de negligencia, el estado nutricional del infante a través de una encuesta nutricional.

Para determinar el estado nutricional se utilizó los valores de peso, talla e IMC, los mismos que fueron tomados mediante el empleo de balanza y tallímetro (marca SECA-alemana y marca SECA 725), debidamente encerados de acuerdo a parámetros internacionales en Kg y metros lineales. Dichos valores se graficaron dentro de las curvas de patrones de crecimiento infantil de la OMS, estableciendo un estado nutricional adecuado (si es normal), en riesgo (si tiene sobrepeso) y no adecuado (si existe desnutrición u obesidad). También tuvo lugar la aplicación del test, instrumento socio-afectivo de edad, Nelson Ortiz que valora el desarrollo psicomotor. El cual consistió en aplicar al niño en estudio una serie de juegos y actividades sistemáticos y no invasivos dentro de la cobertura de edad respectiva, valorando las áreas de motricidad gruesa, fina, audición-lenguaje y personal-social; estableciendo mediante puntuación un desarrollo adecuado (si calificaba como medio alto o alto), en límites de la normalidad (si era medio) y no adecuado (si calificaba como alerta) (VER ANEXOS 1, 6, 8 y 9).

6.3.7. *Aspectos éticos*:

El estudio fue aprobado por el comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, se solicitó autorización al Jefe del Departamento de Pediatría del Hospital Vicente Corral Moscoso, además se obtuvo consentimiento por escrito dirigido a cada uno de los padres o cuidadores (VER ANEXOS 7 y 10).



6.3.8. Proceso de recolección:

- 6.3.8.1. Autorización dirigida al departamento de Pediatría (ANEXO 10).
- 6.3.8.2. Consentimiento informado al parent, madre o cuidador del niño (ANEXO 7).
- 6.3.8.3. Recolección de datos.
- 6.3.8.4. Información sobre características, implicaciones, beneficios y riesgos de los pacientes.
- 6.3.8.5. Aplicación y llenado de formularios respectivos (ANEXOS 1, 6, 8 y 9).
- 6.3.8.6. Elaboración de los datos.
- 6.3.8.7. Análisis de los datos obtenidos.
- 6.3.8.8. Elaboración del informe final.

6.4. VARIABLES

- 6.4.1. *Variable Dependiente*: desarrollo psicomotor, estado nutricional.
- 6.4.2. *Variable Independiente*: patrones de crianza negligente.

6.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES (VER ANEXO 11)

7. PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS

7.1. Métodos, técnicas e instrumentos

- 7.1.1. *Método*: encuesta.
- 7.1.2. *Técnica*: observación e interrogatorio, entrevista estructurada directa
- 7.1.3. *Instrumento*: formulario, cuestionario de preguntas para detección de negligencia (Anexo 1). Test, instrumento socio-afectivo de edad, Nelson Ortiz (Anexos 8 y 9).

7.2. Plan de tabulación y análisis

Una vez recolectados los datos se realizó la respectiva base de datos elaborada en el programa Microsoft Excel 2007, para la tabulación y presentación se recurrió a tablas y cuadros. Se procedió a codificar los resultados formulados permitiendo de este modo una mejor comprensión de los casos y controles.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Se calificaron categorías en base a la identificación de factores como edad, sexo y presencia de negligencia, revisión e introducción de los mismos al programa SPSS versión 15 y Microsoft Office Excel 2007; para las variables demográficas se empleó medidas de tendencia central y porcentajes representados en tablas para estadísticos descriptivos.

Posteriormente, se procedió al análisis y verificación de la hipótesis mediante la determinación de asociación a través del cálculo de Chi cuadrado y el Tau-c de Kendall, empleando un nivel de significancia de 0,05.



CAPÍTULO V

8. RESULTADOS Y ANÁLISIS

8.1. Estadísticos descriptivos

La información fue recolectada de un total de 120 niños, cercanos al alta hospitalaria en el Hospital Vicente Corral Moscoso que cumplieron los criterios de inclusión del estudio, con un promedio de edad de 22.4 ± 16.19 meses para los casos y de 20.15 ± 15.15 meses para los controles; los patrones de crianza negligente detectados se presentaron por igual en relación a las variables edad y sexo (tabla 1).

TABLA 1.

Distribución de 120 niños de 0 a 5 años hospitalizados-cercanos al alta en Hospital Vicente Corral Moscoso, según edad en meses y sexo de acuerdo a la categoría de estudio, Cuenca-2013.

NEGLIGENCIA					
EDAD (meses)	CASO(+)		CONTROL (-)		P
		22.4 ± 16.19		20.15 ± 15.15	
SEXO					0,093
Masculino	18	15%	46	38,30 %	
Femenino	22	18,30 %	34	28,30 %	
TOTAL	40	33,30 %	80	66,60 %	

Fuente: base de datos. Elaborado por: Jara, Lasso, Mogrovejo.

De acuerdo a la distribución por rangos de edad el mayor porcentaje de patrones de crianza negligente 11,7% corresponde a niños entre 0 a 12 meses, seguido del 10,0% en niños de 13 a 24 meses (tabla 2). De acuerdo a las características fenotípicas la muestra estuvo conformado por un 46,7% perteneciente al sexo femenino y un 53,3% al masculino respectivamente (tabla 3).



TABLA 2.

Distribución de 120 niños de 0 a 5 años hospitalizados-cercanos al alta en Hospital Vicente Corral Moscoso, según edad en meses y patrones de crianza negligente, Cuenca-2013.

EDAD (meses)	NEGLIGENCIA				TOTAL	
	CONTROL (NO)		CASO (SI)		F	%
0-12	35	29,2	14	11,7	49	40,8
13-24	17	14,2	12	10,0	29	24,2
25-36	16	13,3	6	5,0	22	18,3
37-48	6	5,0	3	2,5	9	7,5
49-60	6	5,0	5	4,2	11	9,2
TOTA	80	66,7	40	33,3	120	100,0

L

Fuente: base de datos. Elaborado por: Jara, Lasso, Mogrovejo.

TABLA 3.

Distribución de 120 niños de 0 a 5 años hospitalizados-cercanos al alta en Hospital Vicente Corral Moscoso, según sexo y categoría de estudio, Cuenca-2013.

SEXO	NEGLIGENCIA				TOTAL	
	CONTROL (NO)		CASO (SI)		F	%
Femenino	34	28,3	22	18,3	56	46,7
Masculin	46	38,3	18	15,0	64	53,3
TOTAL	80	66,7	40	33,3	120	100

Fuente: base de datos. Elaborado por: Jara, Lasso, Mogrovejo.

Los patrones de crianza negligente encontrados corresponden a 33,3%, mientras que el 66,7% no los presentan. Dichos patrones comprenden un puntaje mínimo de 22 a un máximo de 73 con un promedio de $41,36 \pm 9,97$ (tabla 4).



TABLA 4.

Distribución de 120 niños de 0 a 5 años hospitalizados-cercanos al alta en Hospital Vicente Corral Moscoso, según patrón de crianza negligente, Cuenca-2013.

NEGIGENCIA	Frecuencia	%
CONTROL(NO)	80	66,7
CASO(SI)	40	33,3
TOTAL	120	100

Fuente: base de datos. Elaborado por: Jara, Lasso, Mogrovejo.

El estado nutricional no adecuado representó el 21,7% de la muestra, según el sexo de los infantes masculino y femenino, correspondió a un 12,5% y un 9,2% respectivamente, siendo mayor en los niños (tabla 5). De una manera similar el desarrollo psicomotor no adecuado correspondió al 40%, el mismo que según el sexo, se encontró con mayor porcentaje en los niños 20,08% que en las niñas 19,2% (tabla 6).

Los mayores porcentajes de un estado nutricional no adecuado se ubicó en los niños(as) con edad entre 0 a 12 meses y de 13 a 24 meses, con un 10% y un 8,3% respectivamente (tabla 7). De manera similar un desarrollo psicomotor no adecuado se presentó con mayor frecuencia en infantes menores de 24 meses, con un 12,5% (tabla 8).



UNIVERSIDAD DE CUENCA

TABLA 5.

Distribución de 120 niños de 0 a 5 años hospitalizados-cercanos al alta en Hospital Vicente Corral Moscoso, según estado nutricional y sexo, Cuenca-2013.

ESTADO NUTRICIONAL	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO		F	%
	F	%	F	%		
ADECUADO	36	30	44	36,7	80	66,7
EN RIESGO	9	7,5	5	4,2	14	11,7
NO ES ADECUADO	11	9,2	15	12,5	26	21,7
TOTAL	56	46,7	64	53,3	120	100,0

Fuente: base de datos. Elaborado por: Jara, Lasso, Mogrovejo.

TABLA 6.

Distribución de 120 niños de 0 a 5 años hospitalizados-cercanos al alta en Hospital Vicente Corral Moscoso, según desarrollo psicomotor y sexo, Cuenca-2013.

DESARROLLO PISCOMOTRIZ	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO		F	%
	F	%	F	%		
ADECUADO	8	6,7	12	10	20	16,7
LIMITES DE NORMALIDAD	25	20,8	27	22,5	52	43,3
NO ES EL ADECUADO	23	19,2	25	20,8	48	40
TOTAL	56	46,7	64	53,3	120	100

Fuente: base de datos. Elaborado por: Jara, Lasso, Mogrovejo.

TABLA 7.

Distribución de 120 niños de 0 a 5 años hospitalizados-cercanos al alta en Hospital Vicente Corral Moscoso, según edad y estado nutricional, Cuenca-2013.

EDAD (meses)	ESTADO NUTRICIONAL						TOTAL	
	ADECUADO		EN RIESGO		NO ES ADECUADO		F	%
	F	%	F	%	F	%		
0-12	31	25,8	6	5	12	10	49	40,8
13-24	16	13,3	3	2,5	10	8,3	29	24,2
25-36	18	15,0	3	2,5	1	0,8	22	18,3
37-48	7	5,8	2	1,67		0	9	7,5
49-60	8	6,7	0	3	2,5	11	9,17	
TOTAL	80	66,7	14	11,7	26	21,7	120	100

Fuente: base de datos. Elaborado por: Jara, Lasso, Mogrovejo.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

TABLA 8.

Distribución de 120 niños de 0 a 5 años hospitalizados-cercanos al alta en Hospital Vicente Corral Moscoso, según edad y desarrollo psicomotor, Cuenca-2013.

EDAD (meses)	DPM						TOTAL	
	ADECUADO		LIMITES DE LA NORMALIDAD		NO ES EL ADECUADO		F	%
	F	%	F	%	F	%		
0-12	9	7,5	25	20,8	15	12,5	49	40,8
13-24	4	3,3	10	8,3	15	12,5	29	24,2
25-36	2	1,7	11	9,2	9	7,5	22	18,3
37-48	2	1,7	4	3,3	3	2,5	9	7,5
49-60	3	2,5	2	1,7	6	5	11	9,17
TOTAL	20	16,7	52	43,3	48	40	120	100

Fuente: base de datos. Elaborado por: Jara, Lasso, Mogrovejo.

TABLA 9.

Distribución de 120 niños de 0 a 5 años hospitalizados-cercanos al alta en Hospital Vicente Corral Moscoso, según diagnóstico que motiva su ingreso, Cuenca-2013.

DIAGNÓSTICO DE INGRESO	NEGIGENCIA						TOTAL
	CONTROL (NO)		CASO (SI)		F		
	F	%	F	%	F	%	
DESHIDRATACIÓN	1	0.8	1	0.8	2	1.6	
DESNUTRICIÓN	2	1.7	3	2.5	5	4.2	
INTOXICACIÓN	1	0.8	1	0.8	2	1.6	
PATOLOGIA QUIRÚRGICA	5	4.2	0	0	5	4.2	
PROCESOS INFECCIOSOS DE LA PIEL Y TEJIDO OSEO	3	2.5	3	2.5	6	5	
QUEMADURAS	3	2.5	1	0.8	4	3.3	
TRASTORNOS DEL APARATODIGESTIVO	13	10.8	6	4.9	19	15.7	
TRASTORNOS DEL APARATO GENITOURINARIO	5	4.2	3	2.5	8	6.7	
TRASTORNOS DEL APARATO RESPIRATORIO	38	31.6	19	15.8	57	47.6	
TRASTORNOS HEMATOLOGICOS	4	3.4	0	0	4	3.4	
TRAUMATISMOS	5	4.2	3	2.5	8	6.7	
TOTAL	80	66,7	40	33,3	120	100	

Fuente: base de datos. Elaborado por: Jara, Lasso, Mogrovejo



UNIVERSIDAD DE CUENCA

La tabla 9 refleja el mayor porcentaje con relación a la enfermedad que motiva el ingreso hospitalario, está representado por las de tipo respiratorio y dentro de ella se observaron a lo largo del estudio: neumonía y bronquitis aguda, patologías que se encontraron con un porcentaje de 31.6% en los controles y 15.8% en los casos, representando un total de 47, 6%. Segundo de estas, se encuentran los trastornos del aparato digestivo considerando principalmente la gastroenteritis, con un 15,7% y un 10.8% y 4.9% correspondiendo a los controles y casos respectivamente. Patologías de otros aparatos y sistemas, aquellas que requieren tratamiento quirúrgico y las secundarias a traumatismos representaron un porcentaje de 36.7%, inferior a la primera causa anteriormente citada.

TABLA 10.
Distribución de 120 niños de 0 a 5 años hospitalizados-cercanos al alta en Hospital Vicente Corral Moscoso, según características de la vivienda-existencia de hacinamiento, Cuenca-2013.

HACINAMIENTO	NEGLIGENCIA					
	CONTROL (NO)		CASO (SI)		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
NO HAY HACINAMIENTO	29	24.1	8	6.7	37	30.8
HACINAMIENTO RECUPERABLE	19	15.9	17	14.2	36	30.1
HAY HACINAMIENTO	32	26.7	15	12.4	47	39.1
TOTAL	80	66,7	40	33,3	120	100

Fuente: base de datos. Elaborado por: Jara, Lasso, Mogrovejo

Uno de los patrones de crianza negligente, son las características de la vivienda y dentro de ella la existencia de hacinamiento, marcador importante que estuvo dividido en tres parámetros. La existencia de hacinamiento fue notoria con un 39,1% predominando en los controles con 26.7% frente a los casos (12,4%), si tomamos en cuenta la existencia de hacinamiento y hacinamiento recuperable, observamos que esta variable se presentó con 26,6% del 33,3%; mientras que un 24,1% del 66,7% es decir tuvo una orientación definida hacia los casos (tabla 10).



UNIVERSIDAD DE CUENCA

TABLA 11.

Distribución de 120 niños de 0 a 5 años hospitalizados-cercanos al alta en Hospital Vicente Corral Moscoso, según características de vivienda- presencia de servicios básicos, Cuenca-2013.

SERVICIOS BASICOS EN EL HOGAR	NEGLIGENCIA					
	CONTROL (NO)		CASO (SI)		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
EXISTE SOLO UNO DE LOS 3 SERVICIOS BASICOS	16	13.4	15	12.4	31	25.8
EXISTEN TODOS LOS SERVICIOS BASICOS	55	45.9	22	18.3	77	64.2
NO EXISTE NINGUNO	9	7.5	3	2.5	12	10
TOTAL	80	66,7	40	33,3	120	100

Fuente: base de datos. Elaborado por: Jara, Lasso, Mogrovejo

Los servicios básicos son determinantes en el desarrollo del niño, se relacionan con la responsabilidad de los padres en la crianza adecuada, se observó que más de la mitad de las familias cuentan con todos los servicios básicos representadas con un 64,2%, frente a un 10% de familias, tanto casos como controles, que no cuentan con ningún servicio básico, mientras que, la existencia de uno solo de ellos representó el 25.8% del total (tabla 11).

TABLA 12.

Distribución de 120 niños de 0 a 5 años hospitalizados-cercanos al alta en Hospital Vicente Corral Moscoso, según características de la familia-alcoholismo, Cuenca-2013.

ALCOHOLISMO EN LA FAMILIA	NEGLIGENCIA					
	CONTROL (NO)		CASO (SI)		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
NO CONSUME ALCOHOL	45	37.5	18	15	63	52.5
SE CONSUME 2 O MAS VECES ALCOHOL O ALGUNA DROGA AL MES.	12	10	5	4.1	17	14.1
SE CONSUME ALCOHOL NO MAS DE 1 VEZ AL MES	23	19.2	17	14.2	40	33.4
TOTAL	80	66,7	40	33,3	120	100

Fuente: base de datos. Elaborado por: Jara, Lasso, Mogrovejo



UNIVERSIDAD DE CUENCA

El consumo de sustancias, alcohol u otras drogas, modifica el ambiente familiar. Se observó que los casos y los controles tuvieron porcentajes variados, el 37,5% correspondió a padres (controles) que no consumían, en relación al 18,3% de casos, independientemente de la frecuencia. El no consumo de alcohol, se encontró sobre todo en las familias que no exhiben patrones de crianza negligente (tabla 12).

8.2. Verificación de hipótesis

Hipótesis alterna (h1): Existe asociación entre el patrón de crianza negligente detectado en niños y niñas entre 0-5 años que estuvieron hospitalizados en el Hospital Vicente Corral Moscoso con la producción de alteraciones en el desarrollo psicomotor y en el estado nutricional de dichos niños

Hipótesis nula (h0): No existe asociación entre el patrón de crianza negligente detectado en niños y niñas entre 0-5 años que estuvieron hospitalizados en el Hospital Vicente Corral Moscoso con la producción de alteraciones en el desarrollo psicomotor y en el estado nutricional de dichos niños.

Nivel de significancia: el nivel adoptado para aceptar y rechazar las hipótesis fue del 5% de error, es decir, al obtener un valor de “p” igual o inferior a 0,05 se aceptaría H₁ y se negaría la H₀, de presentarse lo contrario se aceptará H₀ y se negará H₁.

Estado nutricional y presencia de negligencia: tras realizar el Chi – Cuadrado, se obtuvo un grado de significación (“p”) de 0.000, menor que 0.05, existiendo diferencia significativa, aceptando la H₁ y determinando asociación entre el patrón de crianza negligente detectado y la producción de alteraciones en el estado nutricional, es decir, un estado nutricional no adecuado deviene de padres o cuidadores con patrones de crianza negligente (tabla 13).

Desarrollo psicomotor y presencia de negligencia: el grado de significación fue menor que 0.05, (Nivel de confianza 95% Chi cuadrado obtenido $22.969 > 5,9915$) aceptando la H₁ y determinando la existencia de asociación entre el patrón de crianza negligente y el desarrollo psicomotor. Un desarrollo psicomotriz no adecuado está relacionado con patrones de crianza negligentes adquiridos por los padres o cuidadores (tabla 13).

Desarrollo psicomotor y estado nutricional: el que si bien las variables presentan un moderado grado de concordancia no existe entre ellas una relación de dependencia (tabla 14).



UNIVERSIDAD DE CUENCA

TABLA 13.

Distribución de 120 niños de 0 a 5 años hospitalizados-cercanos al alta en Hospital Vicente Corral Moscoso, según edad, sexo, estado nutricional y desarrollo psicomotor, Cuenca-2013.

VARIABLE	NEGIGENCIA				P
	CASO (+)		CONTROL(-)		
	F	%	F	%	
EDAD (meses)					0,4654
0-12	14	11,7	35	29,17	
13-24	12	10,0	17	14,17	
25-36	6	5,0	16	13,33	
37-48	3	2,5	6	5	
49-60	5	4,2	6	5	
SEXO					0,093
Masculino	18	15,0	46	38,3	
Femenino	22	18,3	34	28,3	
ESTADO NUTRICIONAL					0,000
ADECUADO	16	20,0	64	80,0	
EN RIESGO	7	50,0	7	50,0	
NO ES ADECUADO	17	65,4	9	34,6	
DESARROLLO PSICOMOTOR					0,000
ADECUADO	0	0,0	20	100,0	
LIMITES DE NORMALIDAD	13	25,0	39	75,0	
NO ES EL ADECUADO	27	56,2	21	43,8	

Fuente: base de datos. Elaborado por: Jara, Lasso, Mogrovejo.



TABLA 14.

Distribución de 120 niños de 0 a 5 años hospitalizados-cercanos al alta en Hospital Vicente Corral Moscoso, según patrones de crianza negligente, estado nutricional y desarrollo psicomotor, Cuenca-2013.

Presencia de negligencia			Desarrollo psicomotriz				Total		Tau-c de Kendall
Si	Estado nutricional	No es adecuado	No es adecuado		Límites de la normalidad		Adecuado		Tau-c de Kendall
			15	55,6%	2	15,4%	17	42,5%	
Total	Estado nutricional	En riesgo	5	18,5%	2	15,4%	7	17,5%	Tau-c de Kendall
		Adecuado	7	25,9%	9	69,2%	16	40,0%	
		Total	27	100,0%	13	100,0%	40	100,0%	
No	Estado nutricional	No es adecuado	2	9,5%	6	15,4%	1	5,0%	Tau-c de Kendall
		En riesgo	1	4,8%	5	12,8%	1	5,0%	
		Adecuado	18	85,7%	28	71,8%	18	90,0%	
		Total	21	100,0%	39	100,0%	20	100,0%	
Total	Estado nutricional	No es adecuado	17	35,4%	8	15,4%	1	5,0%	Tau-c de Kendall
		En riesgo	6	12,5%	7	13,5%	1	5,0%	
		Adecuado	25	52,1%	37	71,2%	18	90,0%	
		Total	48	100,0%	52	100,0%	20	100,0%	

Fuente: base de datos. Elaborado por: Jara, Lasso, Mogrovejo.

Puesto que en un análisis de ordinal por ordinal tienen un nivel crítico menor que 0.05, se rechaza la hipótesis nula de independencia, afirmando que las variables, estado nutricional y desarrollo psicomotriz están relacionadas.



CAPÍTULO VI

9. DISCUSIÓN

El interés científico por investigar la existencia de patrones de maltrato infantil en su forma de crianza negligente se ha detectado en innumerables fuentes bibliográficas (1, 2, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12) las mismas que se ven reflejadas como parámetros cuantificadores de patrones de crianza negligente.

En el presente trabajo un 33,3% corresponde al grupo que presentó patrones de crianza negligente mientras que el 66,7% no la presentaron, se buscó determinar la existencia de asociación entre ésta, el estado nutricional y el desarrollo psicomotor. Los resultados fueron estadísticamente significativos ($p < 0,000$). Encontramos una diferencia significativa ($p < 0,05$) entre el estado nutricional y la presencia de negligencia en el hogar, pues ésta es más frecuente en niños con estado nutricional no adecuado; así también, entre los patrones de crianza negligente y el desarrollo psicomotor ($p < 0,05$). Estableciendo que la existencia de patrones de crianza negligente influyen en la producción de alteraciones en el estado nutricional y/o en el desarrollo psicomotor. Los patrones de crianza negligente exhibieron un puntaje mínimo de 22 y un puntaje máximo de 73 con una media de $41,36 \pm 9,97$.

En un estudio realizado sobre “Nutrición y desarrollo psicomotor durante el primer semestre de vida” tomando como muestra 336 familias mexicanas con niño lactante o preescolar menor de 18 meses, se estudiaron varios aspectos del desarrollo psicomotor temprano (variable dependiente), si bien difiere en la edad de los sujetos ($20,64 \text{ meses} \pm 15,92$ en nuestro estudio) muestra que existe asociación estadística entre la alimentación deficiente y el bajo rendimiento mental, no sólo en épocas tempranas sino también en edad escolar (30); por ejemplo, las madres con embarazo planificado, que ganaron peso durante el mismo tuvieron niños más amistosos y que mostraron buena coordinación motora sobretodo movimientos finos [$r=0,29$]; una mejor atención al niño, cuidados nutricionales como consumo de frutas y verduras, preparación de alimentos y aspectos de interacción materno-infantil muestran mejor reactividad, carácter amigable, cooperación y mejor tono emocional en los infantes sujetos de estudio (31).

Llama la atención que un 18,3% que exhiben patrones de crianza negligente pertenezcan al sexo femenino, mientras que el 15,0% corresponde al sexo masculino, a pesar, de que el primero constituye el 46,7% de la muestra.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Es menester mencionar que el mayor porcentaje de niños con negligencia (11,7%) se encuentre situado entre los 0 a 12 meses, seguidos por un 10% de niños entre 13 a 24 meses. El menor porcentaje de niños que exhibieron crianza negligente correspondió a una edad que oscila entre 37 a 48 meses con un 2,5%.

De los niños(as) que presentaron un estado nutricional no adecuado (21,7%), es decir aquellos niños(as) que al ser valorados, presentaron parámetros antropométricos ubicados en desnutrición (-2 a -3 z score) u obesidad (+ 2 z score); se deben a negligencia un 65,4%. No obstante, aquellos niños que presentaron un desarrollo psicomotriz no adecuado, es decir, obtención de una puntuación de alerta en el instrumento socio-afectivo de edad-Nelson Ortiz, fue del 40% mayor que aquellos niños(as) con desarrollo adecuado (16,7%) y menor a niños(as) con desarrollo en límites de la normalidad (43,3%).

Estudios realizados por diferentes autores (Egeland & Sroufe, 1981; Egeland & Colleagues, 1983 citados por Pino et al., 2000) en España, que se refiere a las consecuencias del abandono físico en el desarrollo psicológico de niños de edad preescolar, arrojaron resultados como: presencia de problemas para el manejo de herramientas y deficiencia en las habilidades motoras finas; lo cual reafirma nuestro estudio que revela que un 56,2% de niños cuyo desarrollo psicomotor no es el adecuado, presenta patrones de crianza negligente y muestra asociación de estas dos variables con un valor significativo. (32)

En relación al estado nutricional y su influencia en el desarrollo psicomotor se han observado estudios que revelan que una mala nutrición o en su defecto la desnutrición, demostrada clínicamente en anemia ferropénica tiene un impacto específico en los niños; es así que en un estudio doble ciego (33), prospectivo relacionó el nivel de hierro y el desarrollo psicomotor. Este estudio publicado en la Biblioteca Cochrane, evaluó utilizando índices mentales y psicomotores con las Escalas Bayley de Desarrollo Infantil, obteniéndose los siguientes resultados:

- “Lactantes anémicos tenían puntuaciones mentales y psicomotoras significativamente más bajas que los lactantes de control o bebés con deficiencia de hierro sin anemia (análisis unidireccional de la varianza, P menor que 0,0001)”.
- “Entre los niños anémicos una concentración de hemoglobina inferior a 10,5 g / dl y la duración de la anemia de más de 3 meses se correlacionaron significativamente menor puntuaciones motoras y mentales (P menor que 0,05). Lactantes anémicos fallaron específicamente en las capacidades lingüísticas y



UNIVERSIDAD DE CUENCA

habilidades del cuerpo de la balanza de coordinación en comparación con los controles.”

Lo anterior refleja que las variables de intervención estaban relacionadas estrechamente y demuestran que la presencia de anemia ferropénica (indicador clínico de desnutrición) tiene influencias negativas en el desarrollo psicomotor de los niños(as) menores de 5 años de edad.

De la misma forma nuestro estudio relaciona la existencia de patrones de crianza negligente, entre los niños(as) con estado nutricional no adecuado (65,4%) y niños(as) con un 56,2% correspondiente a un desarrollo psicomotor no adecuado, obteniéndose una relación significativa entre las variables expuestas con un grado de significación menor que 0.05, existiendo evidencia para determinar la asociación entre el patrón de crianza negligente y el desarrollo psicomotor.

Finalmente se corrobora la dependencia realizando un cruce de variables, como son el estado nutricional y el desarrollo psicomotor obteniendo de igual forma asociación entre éstas (nivel crítico <0.05).



CAPÍTULO VII

10. CONCLUSIONES

- La existencia de patrones de crianza negligente en el núcleo familiar de los niños cercanos al alta hospitalaria del Hospital Vicente Corral Moscoso presentó significancia estadística, ($p<0.000$) frente al estado nutricional y desarrollo psicomotor de los mismos.
- Los niños que exhibieron patrones de crianza negligente correspondieron al 33,3% (casos); aquellos que no presentaron estos patrones correspondieron al 66,7% (controles); se pudo observar que la frecuencia de patrones de crianza negligente predominaron en las niñas (18,30%), a pesar de ser el grupo de menor cuantía (46,7%) frente al sexo masculino que constituye el 53,3% y de este sólo un 15% presentaron patrones de crianza negligente.
- La presencia de un estado nutricional no adecuado (desnutrición u obesidad) se observó con mayor frecuencia en niños(as) que presentaban patrones de crianza negligente, es decir, aquellos con una puntuación de 40 o más en el cuestionario de preguntas para detección de negligencia, traduciéndo la existencia de características como: existencia de hacinamiento(39,1%), ausencia de servicios básicos(10%), alcoholismo en la familia(14,1% y 33,4%), enfermedad que motivó su ingreso(47,6%), retraso de vacunas, falta de cuidados del padre, madre o mentor, búsqueda y consulta médica mayor de 5 días de presentar la enfermedad, consumo de TV mayor de dos horas diarias, planificación familiar y falta de higiene corporal.
- De igual forma la presencia de un desarrollo psicomotor no adecuado (calificación de alerta en el instrumento socio-afectivo de edad Nelson Ortiz) se observó con mayor frecuencia en niños que exhibieron patrones de crianza negligente, es decir, el carecer de la capacidad para relacionarse con el medio, mediante el aprendizaje de fenómenos estímulo-dependientes, englobados bajo las áreas de la motricidad gruesa, motricidad fina, audición-lenguaje y personal-social, está relacionada con la omisión o falta de cuidado que brindan los mentores al niño o la niña.
- Se determinó la asociación de tres variables, empleando un nivel significancia ($p<0,05$) lo cual constituye evidencia para aceptar la asociación entre el patrón de crianza negligente y el desarrollo psicomotor. De la misma forma, se determinó asociación entre el patrón de crianza negligente detectado y la producción de alteraciones en el estado nutricional ($p<0,05$), es decir, un estado nutricional no adecuado deviene de los patrones de crianza adoptados por los padres o cuidadores. Finalmente, se demostró que el estado nutricional y el desarrollo psicomotor son variables que presentaron un valor crítico menor a 0,05, afirmando relación entre las mismas.



11. RECOMENDACIONES

- Ante la evidencia demostrada con el presente estudio se sugiere profundizar en la temática planteada, ya que, demostrar la existencia de asociación significativa entre poseer un núcleo familiar con omisión o desconocimiento de estímulos acorde a la edad de cada niño, está relacionada con el desarrollo de un estado físico y mental, como son el estado nutricional y el desarrollo psicomotor.
- Si bien nuestro trabajo abarca los niveles exploratorio, descriptivo y de asociación, pues, buscó medir asociación entre grupos con un fenómeno como es la negligencia; recomendamos impulsar el mismo hacia un nivel de predicción mediante mayores recursos metodológicos y estadísticos que permitan determinar aspectos como el riesgo de tener alteración nutricional y/o conductual al poseer un núcleo familiar negligente. Sólo de esta manera se podrán ampliar datos estadísticos existentes acerca de esta problemática que no deja de ser vigente, oculta y trascendental.
- El lugar de estudio conlleva un pilar fundamental en el eje del desarrollo infantil, la información que desde este centro se pueda proporcionar a los padres, significaría un cambio en la forma de crianza; el invertir tiempo en proporcionar datos y alertar sobre los riesgos de una crianza negligente, disminuirá la proporción de niños con alteraciones.
- Si bien se establece que la negligencia es un factor de riesgo y que en su mayoría es responsabilidad de los padres, muchos de ellos cometen errores por ignorancia y no de forma deliberada, es así, que nuestro estudio no solo engloba el contexto familiar, sino contempla la situación nacional; muchos padres pueden estar completamente capacitados para cumplir su rol pero factores externos influye en que esto no se cumpla de forma correcta.
- Finalmente el estudio pediátrico es infinito y se espera comprobar cada vez más acáپtes con la finalidad de servir de ayuda a esta población dependiente de otros; este estudio representa tan solo el 1% de lo que ya se ha estudiado y se estudiará a futuro, esperando ser un incentivo para dar inicio a intervenciones con miras a gran escala.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1)(2) Manual CTO de Medicina y cirugía. 8va edición. Grupo CTO Editorial.
- (3) Guerrero Fernández J, Ruiz Domínguez JA, Menéndez Suso JJ. Manual de Diagnóstico y Terapéutica en PEDIATRÍA. Madrid. Publicación de libros médicos, 2009.
- (4) Maltrato infantil. Centro de prensa de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/index.html>. Acceso en Agosto de 2012.
- (5) Acosta, Altamirano, et al... Manual de pediatra INP, procedimientos médicos y quirúrgicos, D. Raymundo Rodríguez Herrera, Dr. Arturo Loredo Abdalá capítulo 108 Síndrome del niño maltratado. Editorial McGraw-Hill pp 631-636. 1999.
- (6) Guía Básica de Prevención del Abuso Sexual Infantil. Disponible: http://www.paicabi.cl/documentos/guia_basica_ong_paicabi.pdf. Acceso en Agosto 2012.
- (7) La violencia contra los niños puede y debe prevenirse, dice la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr57/es/index.html>. Acceso en Agosto 2012.
- (8) El maltrato psicológico / emocional como expresión de violencia Hacia la infancia. Maltrato, maltrato emocional, infancia, familia, intervención social. Disponible en: rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5913/1/ALT_05_06.pdf. Acceso en: Agosto de 2012.
- (9) Lago, G. Barney. Negligencia o descuido. CCAP – Año 5 Módulo 3.
- (10) Lago, G. Barney. Negligencia o descuido. CCAP – Año 5 Módulo 3. Pág. 32-33-34.
- (11) Lago, G. Barney. Negligencia o descuido. CCAP – Año 5 Módulo 3. Pág. 37.
- (12) Sarría A, Bueno M, Rodríguez G. Exploración del estado nutricional. En: Bueno M, Sarría A, Pérez-González JM, eds. Nutrición en Pediatría. 2ª Ed. Madrid: Ergón, 2003: 11-26.
- (13) Guía de Práctica Clínica. Control y seguimiento de la nutrición, el crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años. Disponible en: http://cvsp.cucs.udg.mx/guias/TODAS/IMSS_029_08_CONTROL_DE_NINOS_MENORES_DE_5_ANOS/IMSS_029_08_EyR.pdf. Acceso en Agosto de 2012.
- (14) La desnutrición infantil. Disponible en: <http://www.pobrezamundial.com/la-desnutricion-infantil/>. Acceso en Agosto de 2012.
- (15) Evaluación Del Estado Nutricional. Dra. M. Isabel Hodgson B. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/evalestadnutric.html>. Acceso en Agosto de 2012.
- (16) Desnutrición. Dr. Alexei Korchounov. Disponible en: http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Desnutricion. Acceso en Agosto de 2012.
- (17)(18)DESARROLLO FÍSICO Y PSICOMOTOR EN LA ETAPA INFANTIL. Carmen Maganto Mateo. Soledad Cruz Sáez. Disponible en: http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/Capi_libro/38c.pdf. Acceso en Agosto de 2012.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- (19) Coutiño, L.B. Desarrollo psicomotor. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación. Volumen 14(2_4): 58-60. 2002.
- (20) Desarrollo motor en la infancia. Coleto, C. Disponible en: http://www.csic.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_18/CLARA_COLETO_RUBI_O02.pdf. Acceso en Agosto de 2012.
- (21) DE LIEVRE, B. et STAES, L.: La psychomotricité au service de l'enfant, De Boeck-Wesmael, Bruxelles 1992; Belin, Paris 1992, p.301.
- (22) "La importancia de la aplicación de técnicas psicomotrices en el desarrollo de la motricidad gruesa en los niños-as de 3 a 4 años de la comunidad la florida en el período noviembre del 2009-abril del 2010". Disponible en: <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/handle/123456789/976/4033-MAR%C3%8DA%20ILBAY.pdf?sequence=1>. Acceso en Agosto de 2012.
- (23) GALLAHUE, D. (1982). Understanding motor development in children. New York: John Wiley and sons.
- (24) BERRUEZO, P.P. El contenido de la Psicomotricidad. Reflexiones para la delimitación de su ámbito teórico y práctico. Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado. Volumen 22 (2): 19-34. 2008.
- (25) LÁZARO, A. La pirámide del desarrollo humano. Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales. Volumen 9(34): 15-42.2009
- (26) Guía de Práctica Clínica. Control y seguimiento de la nutrición, el crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años. Disponible en: http://cvsp.cucs.udg.mx/guias/TODAS/IMSS_029_08_CONTROL_DE_NINOS_MENORES_DE_5_ANOS/IMSS_029_08_EyR.pdf. Acceso en Agosto de 2012.
- (27) Coutiño, L.B. Desarrollo psicomotor. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación. Volumen 14(2_4): 58-60. 2002.
- (28) Pérez, O.P. Evaluación y manejo del niño con retraso psicomotor. Pediatr Integral. Volumen 2(8):557-566.2003
- (29) López Pisón J, Monge Galindo L. Evaluación y manejo del niño con retraso psicomotor. Trastornos generalizados del desarrollo. Rev Pediatr Aten Primaria. Volumen 1(20):131-44. 2011.
- (30) Colombo M, de la Parra A, López I. Intellectual and physical outcome of children undernourished in early life is influenced by later environmental conditions. Dev Med Child Neurol 1992;14:611-622.
- (31) Chávez A, Martínez H, Guarneros N, Allen L, Pelto G. Nutrición y desarrollo psicomotor durante el primer semestre de vida. Salud pública de México. 1998; 40(2):111-114.
- (32) Pino M. Estudio de las consecuencias del abandono físico en el desarrollo psicológico de niños de edad preescolar en España. Child Abuse & Neglect. Volume 24, Issue 7, July 2000, Pages 911–924
- (33) Walter T, De Andraca I, Chadud P, Perales CG. Iron deficiency anemia: adverse effects on infant psychomotor development. Bibliotheca Cochrane. Source Pediatrics 2014. Volume 84. Issue. Pages 7-17



BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

1. ACOSTA, Altamirano, Alvarez, Arellano, Azuara, Barrera, Bravo. Manual de pediatra INP, procedimientos médicos y quirúrgicos, D. Raymundo Rodríguez Herrera, Dr. Arturo Loredo Abdalá capítulo 108 Síndrome del niño maltratado. Editorial McGraw-Hill pp 631-636. 1999.
2. DE LIEVRE, B. et STAES, L.: La psychomotricité au service de l'enfant, De Boeck-Wesmael, Bruxelles 1992; Belin, Paris 1992, p.301.
3. GALLAHUE, D. (1982). Understanding motor development in children. New York: John Wiley and sons.
4. GUERRERO FERNÁNDEZ J, Ruiz Domínguez JA, Menéndez Suso JJ. Manual de Diagnóstico y Terapéutica en PEDIATRÍA. Madrid. Publicación de libros médicos, 2009.
5. Manual CTO de Medicina y cirugía. 8va edición. Grupo CTO Editorial.

PÁGINAS DE INTERNET

1. DESARROLLO FÍSICO Y PSICOMOTOR EN LA ETAPA INFANTIL. Carmen Maganto Mateo. Soledad Cruz Sáez. Disponible en: http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/Capi_libro/38c.pdf. Acceso en Agosto de 2012.
2. DESARROLLO MOTOR EN LA INFANCIA. COLETO, C. Disponible en: http://www.csic.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_18/CLARA_COLETO_RUBIO02.pdf. Acceso en Agosto de 2012.
3. EL MALTRATO PSICOLÓGICO / EMOCIONAL COMO EXPRESIÓN DE VIOLENCIA HACIA LA INFANCIA. Maltrato, maltrato emocional, infancia, familia, intervención social. Disponible en: rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5913/1/ALT_05_06.pdf. Acceso en: Agosto de 2012.
4. GUÍA BÁSICA DE PREVENCIÓN DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL. Disponible: http://www.paicabi.cl/documentos/guia_basica_ong_paicabi.pdf. Acceso en Agosto 2012.
5. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA. CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA NUTRICIÓN, EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS. Disponible en: http://cvsp.cucs.udg.mx/guias/TODAS/IMSS_029_08_CONTROL_DE_NINOS_MENORES_DE_5_ANOS/IMSS_029_08_EyR.pdf. Acceso en Agosto de 2012.
6. LA IMPORTANCIA DE LA APLICACIÓN DE TÉCNICAS PSICOMOTRICES EN EL DESARROLLO DE LA MOTRICIDAD GRUESA EN LOS NIÑOS-AS DE 3 A 4 AÑOS DE LA COMUNIDAD LA FLORIDA EN EL PERÍODO NOVIEMBRE DEL 2009-ABRIL DEL 2010. Disponible en: <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/handle/123456789/976/4033-MAR%C3%8DA%20ILBAY.pdf?sequence=1>. Acceso en Agosto de 2012.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

7. LA VIOLENCIA CONTRA LOS NIÑOS PUEDE Y DEBE PREVENIRSE, DICE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr57/es/index.html>. Acceso en Agosto 2012.
8. MALTRATO INFANTIL. Centro de prensa de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/index.html>. Acceso en Agosto de 2012.

REVISTAS

1. BERRUEZO, P.P. El contenido de la Psicomotricidad. Reflexiones para la delimitación de su ámbito teórico y práctico. Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado. Volumen 22 (2): 19-34. 2008.
2. COUTIÑO, L.B. Desarrollo psicomotor. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación. Volumen 14(2_4): 58-60. 2002.
3. COUTIÑO, L.B. Desarrollo psicomotor. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación. Volumen 14(2_4): 58-60. 2002.
4. LAGO, G. Barney. Negligencia o descuido. CCAP – Año 5 Módulo 3. Pág. 32-33-34.
5. LÁZARO, A. La pirámide del desarrollo humano. Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales. Volumen 9(34): 15-42.2009
6. LÓPEZ PISÓN J, Monge Galindo L. Evaluación y manejo del niño con retraso psicomotor. Trastornos generalizados del desarrollo. Rev Pediatr Aten Primaria. Volumen 1(20):131-44. 2011.
7. PÉREZ, O.P. Evaluación y manejo del niño con retraso psicomotor. Pediatr Integral. Volumen 2(8):557-566.2003



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ANEXOS

ANEXOS



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ANEXO #1

CUESTIONARIO DE PREGUNTAS PARA DETECCIÓN DE NEGLIGENCIA

Historia Clínica No.			Sexo	M	F	Edad:	
Nombre:			Diagnóstico de egreso:				
1.- ¿LA PRIMERA CONSULTA AL MÉDICO POR LA ENFERMEDAD ACTUAL SE HIZO A MAS DE 5 DIAS DE PRESENTAR SINTOMATOLOGÍA? □ P							
VALOR	EQUIVALENCIA	SIGNIFICADO					
5	SI	Cuando la consulta se hizo a mas de 5 días de haberse iniciado los síntomas o signos.					
3	INT	Cuando la consulta se hizo a los 2 a 5 días de haberse iniciado los signos o síntomas.					
1	NO	Cuando la consulta se hizo inmediatamente de haber comenzado los signos o síntomas, no más de 24 horas.					
2.- ¿EL NIÑO(A) SE HA HOSPITALIZADO 2 O MAS VECES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?							
VALOR	EQUIVALENCIA	SIGNIFICADO					
5	SI	Si es que se ha hospitalizado más de 2 veces en los últimos 12 meses y no necesariamente en el mismo hospital.					
3	INT	Se ha hospitalizado una o máximo dos veces en los últimos 12 meses.					
1	NO	No se ha hospitalizado en ninguna ocasión en los últimos 12 meses.					
3.- ¿AL NIÑO(A) LE FALTAN O TIENE RETRASO EN SUS VACUNAS?							
VALOR	EQUIVALENCIA	SIGNIFICADO					
5	SI	Al niño(a) si le faltan o está retrasado en la administración de sus vacunas de acuerdo a su edad.					
3	INT	La madre no da datos precisos y se nota inseguridad en la información.					
1	NO	El niño(a) tiene todas las vacunas.					
4.- ¿AL NIÑO (A) LE FALTA EL CARNET DE SALUD, ESTA DETERIORADO, INCOMPLETO O VACÍO?							
VALOR	EQUIVALENCIA	SIGNIFICADO					
5	SI	Cuando el niño no tiene su carnet de salud, la madre no lo trae o no está en buenas condiciones de conservación.					
3	INT	Cuando el niño(a) tiene carnet, la madre no lo porta en esos momentos o cuando está incompleto.					
1	NO	Cuando el niño tiene su carnet de salud, la madre lo trae y está en buenas condiciones de conservación.					
5.- ¿EL NIÑO (A) QUEDA AL CUIDADO DE UNA PERSONA QUE NO SEAN SUS PADRES POR MAS DE 6 HORAS AL DIA?							
VALOR	EQUIVALENCIA	SIGNIFICADO					
5	SI	Cuando el niño queda a cuidado de otra persona que no sean sus padres más de 6 horas al día.					
3	INT	Cuando el niño(a) queda al cuidado de otra persona que no sean sus padres menos de 6 horas.					
1	NO	Ninguna de las observaciones hechas en "SI".					
6.- ¿EL NIÑO(A) ACUDE A UNA GUARDERIA?							
VALOR	EQUIVALENCIA	SIGNIFICADO					
1	SI	Si acude.					
3	INT	Acude en forma irregular.					
5	NO	No acude a ninguno.					
7.- ¿EL NIÑO(A) VE DOS HORAS O MÁS DE TV AL DIA?							
VALOR	EQUIVALENCIA	SIGNIFICADO					
5	SI	Si ve más de dos horas de TV al día.					
3	INT	Si ve entre 1 a dos horas de TV al día.					
1	NO	No ve TV.					
8.- ¿EXISTEN EN EL HOGAR LOS SERVICIOS DE LUZ, AGUA POTABLE Y Teléfono?							
VALOR	EQUIVALENCIA	SIGNIFICADO					
1	SI	Existen todos los servicios básicos.					
3	INT	Existe solo alguno de los tres.					
5	NO	No existe ninguno.					
9.- ¿EXISTE HACINAMIENTO EN EL HOGAR?							
	VALOR	EQUIVALENCIA	SIGNIFICADO				
Índice de 3 o más.	5	SI:	Hay hacinamiento.				
Índice entre 2 y 2,5.	3	INT:	No hay hacinamiento				
Índice bajo 2.	1	NO:	Hacinamiento recuperable				
¿Cuántas personas viven en el hogar?		¿Cuántas habitaciones de la casa se usan para dormir?		Índice			
10.- ¿SE COMPARTEN CAMAS (excepto padres) ENTRE ALGUNOS MIEMBROS DE LA FAMILIA?							
VALOR	EQUIVALENCIA	SIGNIFICADO					
5	SI	Se comparte en forma permanente.					
3	INT	Muy eventualmente se hace, debido a alguna circunstancia especial.					
1	NO	Nunca se comparten camas.					

Alexandra Jimena Jara Tapia
 Rubén Santiago Lasso Lazo
 Thalía Aracely Mogrovejo Loyola



UNIVERSIDAD DE CUENCA

11.- ¿EXISTEN EN LA CASA O MUY CERCA DE ELLA: PISCINAS, POZOS, RIOS, DESNIVELES DE TERRENO?		
VALOR	EQUIVALENCIA	SIGNIFICADO
5	SI	Cuando existe y representan un riesgo.
3	INT	Cuando existe pero no representan un riesgo.
1	NO	No existe.
12.- ¿LA CONSERVACION Y PREPARACION DE ALIMENTOS PARA LA FAMILIA ES ADECUADA?		
VALOR	EQUIVALENCIA	SIGNIFICADO
1	SI	Cuenta con refrigeradora y la conservación y preparación es la adecuada
3	INT	No tiene refrigeradora y las normas y condiciones no se cumplen totalmente.
5	NO	No tiene refrigeradora y no guarda todas las normas que evitan riesgos en la alimentación de los niños(as)
13.- ¿EXISTEN EN SU CASA PERSONAS QUE CONSUMEN ALCOHOL (U OTRA SUSTANCIA)?		
VALOR	EQUIVALENCIA	SIGNIFICADO
5	SI	Cuando se consume 2 o más veces alcohol, también alguna droga, al mes.
3	INT	Se consume alcohol, no más de una vez al mes.
1	NO	No sucede lo anterior.
14.- ¿EXISTE VIOLENCIA ENTRE ALGUNOS MIEMBROS DE LA FAMILIA?		
VALOR	EQUIVALENCIA	SIGNIFICADO
5	SI	Cuando la violencia de cualquier tipo o grado, si está presente. Es recidivante.
3	INT	Muy esporádica, solo en circunstancias extremas en donde alguien pierde el control pero reconoce. No es recidivante.
1	NO	No existe violencia.
15.- ¿LA CONCEPCIÓN DEL NIÑO FUE PLANIFICADA O DESEADA?		
VALOR	EQUIVALENCIA	SIGNIFICADO
1	SI	Consenso pleno de la pareja.
3	INT	Puede ser el caso que a pesar de no haber planificado ni deseado, el niño es aceptado con afecto.
5	NO	No se planificó y no se deseó tener un hijo(a). Más aún puede haber algo de rechazo.
16.- ¿SE OBSERVA MALA HIGIENE CORPORAL DEL NIÑO(A) INCLUIDA LA DE SU ROPA?		
VALOR	EQUIVALENCIA	SIGNIFICADO
5	SI	La mala higiene corporal y de la ropa es evidente.
3	INT	No está del todo limpio al igual que su ropa.
1	NO	El niño está limpio, al igual que su ropa.
16.1.- ¿SE OBSERVA FALTA DE CUIDADO HIGIÉNICO EN EL NIÑO? INCLUIR INSPECCIÓN EN ORÍFICIOS NATURALES?		
VALOR	EQUIVALENCIA	SIGNIFICADO
5	SI	La mala higiene es evidente a nivel de los orificios naturales.
3	INT	No está del todo limpio.
1	NO	El niño está limpio completamente.
17.- ¿EL NIÑO(A) PRESENTA LESIONES EN LA PIEL DE ORIGEN INFECCIOSO O ALÉRGICO?		
VALOR	EQUIVALENCIA	SIGNIFICADO
5	SI	Presencia de algún tipo de estas lesiones.
3	INT	Pueden observarse escasas lesiones de las características antes enunciadas.
1	NO	Ausencia total de algún tipo de estas lesiones.
18.- ¿EL NIÑO(A) PRESENTA MALA SALUD BUCAL?		
VALOR	EQUIVALENCIA	SIGNIFICADO
5	SI	Si encuentra alguna de los problemas enunciados y si los padres no se preocupan de la higiene diaria.
3	INT	La salud bucal no está demasiadamente descuidada salvo algunas pequeñas cosas.
1	NO	Ninguna de las observaciones hechas en "SI".

Las siguientes preguntas se obtendrán según los resultados del test de estado nutricional (anexo #3 – página 22) y el test de evaluación del desarrollo psicomotor (anexo#5 – página 24).

19.- ¿EL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO(A) ES EL ADECUADO PARA SU EDAD?		
VALOR	EQUIVALENCIA	SIGNIFICADO
1	SI	Es adecuado (si la clasificación nutricional es normal de acuerdo al test de estado nutricional).
3	INT	Está en riesgo (si la clasificación nutricional es sobrepeso de acuerdo al test de estado nutricional).
5	NO	No es adecuado (si la clasificación nutricional es desnutrición u obesidad de acuerdo al test de estado nutricional).
20.- ¿EL DPM DEL NIÑO(A) ES EL ADECUADO PARA SU EDAD?		
VALOR	QUIVALENCIA	SIGNIFICADO
1	SI	El desarrollo psicomotriz es el adecuado (si el resultado del test lo clasifica como medio alto o alto).

Alexandra Jimena Jara Tapia
 Rubén Santiago Lasso Lazo
 Thalía Aracely Mogrovejo Loyola



UNIVERSIDAD DE CUENCA

3	INT	El desarrollo psicomotriz está en los límites de la normalidad (si el resultado del test lo clasifica como medio).	
5	NO	El desarrollo psicomotriz no es el adecuado (si el resultado del test lo clasifica como alerta).	
TOTAL			

Alexandra Jimena Jara Tapia
Rubén Santiago Lasso Lazo
Thalía Aracely Mogrovejo Loyola



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ANEXO #2

CUADRO II. DESARROLLO PSICOMOTOR NORMAL EN LOS DOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA

Áreas para evaluar en el desarrollo psicomotor

Edad	Motriz gruesa	Motriz fina	Lenguaje	Socialización
1 mes	No sostiene la cabeza	Manos empuñadas Fija la mirada en objetos de 30 a 40 cms. Se sobresalta con el sonido	Llanto Consolable	Reconoce la voz de la madre
2 meses	Levanta cabeza en posición prona Sostén parcial de cabeza	Manos abiertas parcialmente Sigue objetos a 180°	Sonrisa social y balbuceos	
4 meses	Sostén cefálico Inicia rodamientos	Control ojo-mano-boca Agarra objetos	Se arrulla y vocaliza	Identifica a la madre
8 meses	Se sienta solo Mete las manos para no caerse Inicia gateo	Pasa objetos de una mano a otra	Dice monosilabos (ma-pa)	Llora y hay angustia para la separación
10 meses	Gateo alterno Inicia bipedestación	Señala con el índice Presenta pinza fina	Imita onomatopeyas	Busca objetos que se le caen
12 meses	Inicia marcha con ayuda	Toma y da objetos	Emite tres a cinco palabras	Ayuda a vestirse
18 meses	Sube escaleras sin alternar Se sube a una silla	Empieza a comer solo Hace trípode	Forma frases Señala las partes del cuerpo	Ayuda a desvestirse Patea pelota
24 meses	Sube y baja escaleras con alternancia Corre	Garabatea Imita líneas	Forma oraciones cortas Ejecuta indicaciones sencillas	Participa en juegos e grupo y juegos simbólicos
Dos áreas afectadas en la edad evaluada = retraso en el desarrollo				

Alexandra Jimena Jara Tapia
Rubén Santiago Lasso Lazo
Thalía Aracely Mogrovejo Loyola



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ANEXO# 3 ESQUEMA DE VACUNACIÓN

Grupos de edad	Vacuna	Nº dosis	Dosis recom- endada	Vía de ad- ministra- ción	Dosis según edad			Frecuencia de administración		
					1 dosis	2 dosis	3 dosis	Refuerzos	1 Refuerzo	2 Refuerzo
Menores 1 año	BCG	1	0,1 ml	I. D.	R.N.					
	HB (Región Amazónica)	1	0,5 ml	I. M.	R.N.					
	OPV	4	2 Gtts	V.O.	2m	4m	6m	1 año después de la tercera dosis		
	PENTAVALENTE (DPT+HB+Hib)	3	0,5 ml	I. M.	2m	4m	6m			
	DPT	1	0,5 ml	I. M.				1 año después de la tercera dosis de penta- valente		
12 a 23 meses	SRP	1	0,5 ml	S.C.	Dosis única de 12 a 23 meses					
Escolares	DT	2	0,5 ml	I. M.	2do año de básica			7mo año de básica		
	HB (Región Amazónica)	3	0,5 ml	I. M.	1er. con- tacto	1 mes	6 meses	7mo año de básica		

Alexandra Jimena Jara Tapia
Rubén Santiago Lasso Lazo
Thalía Aracely Mogrovejo Loyola



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ANEXO #4

NUTRICIÓN DEL NIÑO MAYOR DE UN AÑO

- Sugerencias para mejorar la alimentación del niño:
- Los padres seleccionan las comidas, no los niños.
- Otorgar una gran variedad de alimentos nutritivos tales como frutas y verduras, en lugar de helados, comida frita, galletas y refrescos.
- Poner atención en el tamaño de las porciones; servir porciones apropiadas para la edad y el tamaño del niño.
- Utilizar lácteos como fuente de calcio y proteínas pero que sean bajos en grasas y colesterol.
- Limitar la ingesta de botanas durante actividades sedentarias y particularmente restringir refrescos y bebidas dulces.
- Limitar actividades sedentarias con máximo de 1 a 2 horas de videojuegos o televisión; evitar que tengan televisión en su cuarto.
- Permitir la autorregulación del consumo calórico ante un índice de masa corporal normal o peso para la talla normal.
- Tener comidas familiares para promover la interacción social y que los padres sean el modelo relacionado a la buena conducta de alimentación.

Estrategias para una nutrición adecuada en las escuelas:

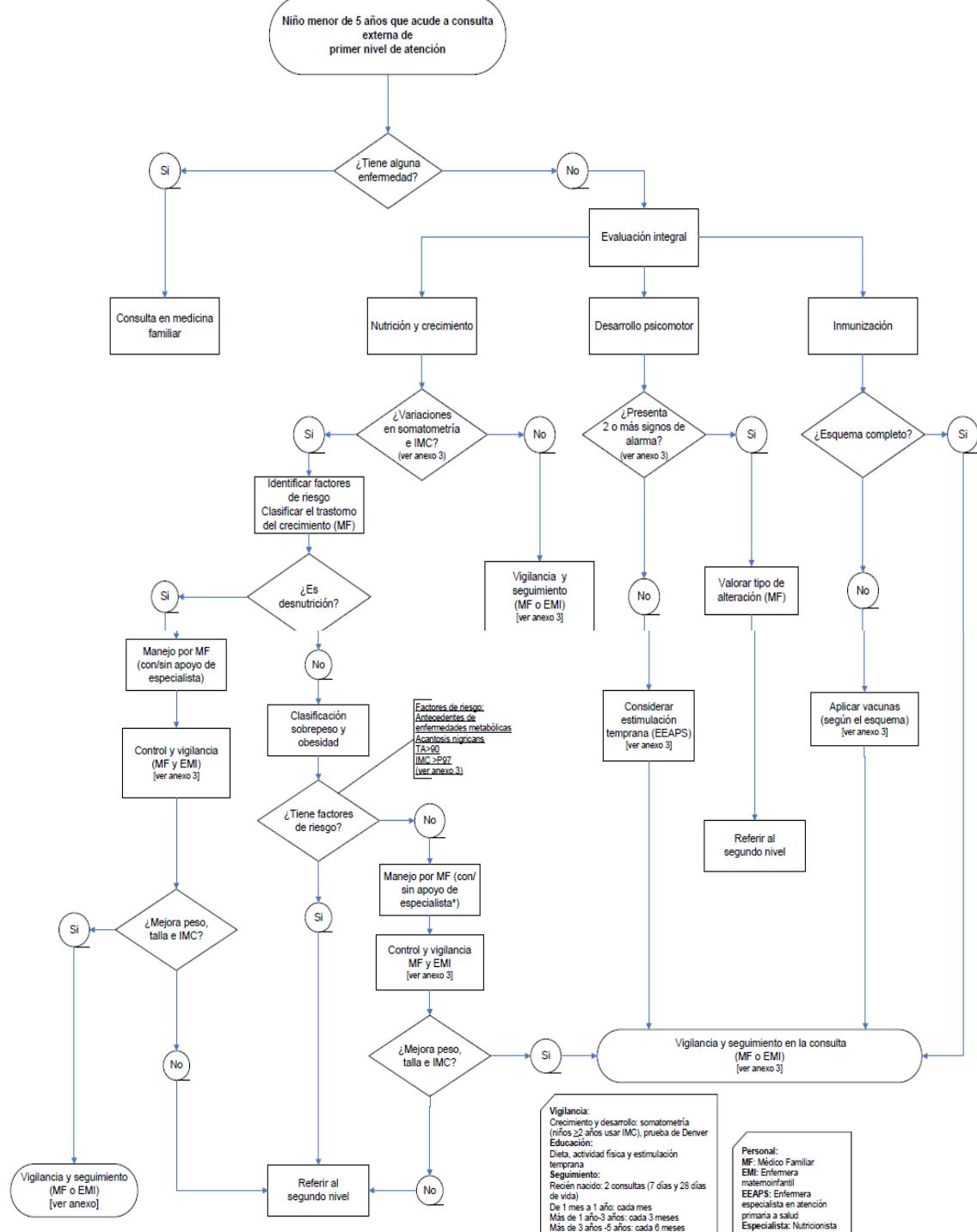
- Identificar un líder adecuado para coordinar los programas de nutrición saludable en las escuelas.
- Establecer un grupo multidisciplinario que incluya representantes de los estudiantes para evaluar todos los aspectos del ambiente escolar.
- Identificar programas de nutrición que han dado resultado en otras regiones.
- Desarrollar políticas que promuevan la salud de los estudiantes identificando aspectos nutricionales en la escuela.
- Lograr que haya predominantemente alimentos saludables disponibles para los niños en las escuelas.
- Restringir el acceso y disponibilidad de alimentos con riesgo para la salud.
- Maximizar programas que incluyan actividad física con deportes de competencia intramuros utilizando maestros y entrenadores como modelos.
- Proponer cambios a los legisladores sobre el tipo de alimentos que debieran estar disponibles en las escuelas.
- Prohibir la publicidad de alimentos chatarra en las escuelas.

Fuente: Gidding SS, et al. Consensus Statement from the American Heart Association, 2005



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Algoritmo: Vigilancia de nutrición, crecimiento, desarrollo psicomotor en el niño menor de 5 años



Alexandra Jimena Jara Tapia
 Rubén Santiago Lasso Lazo
 Thalía Aracely Mogrovejo Loyola



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ANEXO# 6

TEST DE ESTADO NUTRICIONAL												
Nombre del Paciente:		Fecha:										
Diagnóstico		Historia Clínica:										
Fecha de Nacimiento:		Edad:										
Peso (Kg):		E. Corregida:										
P/E		P/T										
			T/E									
Clasificación Nutricional												
Desnutrición		Eutrofia										
Normal		Sobrepeso										
Antecedentes y Anamnesis Alimentaria												
Peso Nacimiento		Talla Nacimiento										
Tiene Carnet niño sano		EG										
Historia Alimentaria												
Historia Alimentaria		Fórmula										
cio Alimentación Complementaria		LM+Fórmula										
Alimentación actual												
Lactancia Materna		Fórmula										
		Leche de vaca										
		Otros										
Alimentación del Hogar												
Alimentos sólidos												
Según lo anterior la alimentación es:												
Deficiente		Adeuada										
		Excesiva										
Observaciones:												
<table border="1"><thead><tr><th></th><th style="text-align: center;">NORMAL</th><th style="text-align: center;">ALTERADA</th></tr></thead><tbody><tr><td>Alimentación/Deglución</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Estado de Conciencia</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>					NORMAL	ALTERADA	Alimentación/Deglución			Estado de Conciencia		
	NORMAL	ALTERADA										
Alimentación/Deglución												
Estado de Conciencia												
<table border="1"><tbody><tr><td style="text-align: center;">Sonda Enteral</td><td></td></tr><tr><td style="text-align: center;">Gastrostomía</td><td></td></tr></tbody></table>				Sonda Enteral		Gastrostomía						
Sonda Enteral												
Gastrostomía												
Realizado por: _____												

Alexandra Jimena Jara Tapia
Rubén Santiago Lasso Lazo
Thalía Aracely Mogrovejo Loyola



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ANEXO # 7

RELACIÓN ENTRE PATRONES DE CRIANZA NEGLIGENTE, ESTADO NUTRICIONAL Y DESARROLLO PSICOMOTOR DE NIÑOS Y NIÑAS DE 0-5 AÑOS. HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA 2013.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES O REPRESENTANTES

Nosotros, Santiago Lasso, Alexandra Jara y Thalía Mogrovejo, estudiantes de pregrado de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, estamos realizando una tesis que determina la relación entre patrones de crianza negligente, estado nutricional y desarrollo psicomotor.

El estudio consiste en dos partes, la primera requiere su permiso para contestar una encuesta de 18 preguntas, la misma que tomará aproximadamente 15 minutos, donde usted proporciona información acerca del estilo de vida familiar, condiciones de la vivienda y características de la enfermedad que llevó a la hospitalización del niño/a.

La segunda parte, tiene una duración aproximada de 30 minutos y solicita su autorización para aplicar a su hijo o hija un test que valore el estado nutricional para el cual es necesaria la medición de parámetros antropométricos como la talla y el peso, además de conocer las características y tipo de alimentación actual. De la misma manera es necesaria su autorización para la aplicación de un segundo test que valora el desarrollo psicomotor, a través de juegos simples que no requieren mayor esfuerzo y no pondrán en riesgo la estabilidad de su niño o niña.

Dichos procedimientos serán realizados por personal calificado y previamente capacitado, dentro de la institución hospitalaria, los mismos que no tendrán ningún costo. La información que se obtenga es absolutamente confidencial y sólo el personal de la investigación podrá acceder a ella.

Los estudiantes: Santiago Lasso, Alexandra Jara y Thalía Mogrovejo, me han explicado todas las preguntas de la encuesta, las actividades que llevarán a cabo con mi hijo/a y han dado respuesta a todas las preguntas que he realizado; habiendo entendido el objetivo de la tesis y las actividades que se efectuarán, libremente sin ninguna presión autorizo mi participación e inclusión de mi hijo/a en este estudio, sabiendo que los datos obtenidos se mantendrán en confidencialidad y los resultados serán utilizados para la realización de esta tesis.

Firmando este consentimiento no deleo ningún derecho legal que me pertenezca.

Fecha: _____ Firma: _____

Relación con el paciente: _____

Alexandra Jimena Jara Tapia
Rubén Santiago Lasso Lazo
Thalía Aracely Mogrovejo Loyola



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ANEXO # 8

INSTRUMENTO DE MEDIDA SICOSOCIAAFECTIVO DE EAD-NELSON ORTIZ									
Unidad de Atención.....			Directora:.....			Fecha de elaboración:.....			
Nombre y Apellidos del niño o niña:			Edad en años			meses días			
Edad Meses	Item	"A" Motricidad Gruesa Patea vigorosamente	"B" Motricidad fina adaptativa Con la Vista Sigue el Movimiento Horizontal Y vertical del Objeto	"C" Motricidad fina adaptativa Abre las manos y las Mira	Puntaje	"D" Audición y Lenguaje Se Sobresalta cuando Oye ruidos	Puntaje	"D" Personal social Sigue con laminada Los Movimientos de la Cita	Nombre Examinador:.....
< 1	0	Cuando está En Posición Boca abajo levanta la cabeza	Sostiene un Objeto en la mano	Sostiene un Objeto en la mano		Busca los sonidos con la mirada		Reconoce a la madre	
1 a 3	1	Cuando está En Posición Boca abajo levanta la cabeza	Sostiene un Objeto en la mano	Se lleva un Objeto a la Boca		Pronuncia dos sonidos guturales diferentes		Sonríe al acercárselo	
	2	Cuando está En Posición Boca abajo levanta la cabeza y el pecho				Balbucea con las personas		Se volteá cuando se le habla	
	3	Sostiene la cabeza cuando se lo toma en brazos Y se lo levanta.							
4 a 6	4	Cuando está sentado mantiene control de su cabeza	Agarra objetos voluntariamente		Pronuncia 4 o mas sonidos diferentes		Agarra las manos del examinador		
	5	Se volteá de un lado a otro	Sostiene un objeto en cada mano		Ríe a carcajadas		Agape y coge juguetes		
	6	Intenta sentarse solo	Pasa un objeto de una mano a otra		Reconoce cuando se le llama		Pone atención a la conversación		
7 a 9	7	Se sostiene sentado con ayuda	Manipula varios objetos a la vez		Pronuncia 3 o mas silabas		Ayunos a sostener la taza para beber		
	8	Se arrastra en posición boca abajo	Agarra un objeto pequeño con los dedos		Hace sonar un chimesco		Reacciona frente a su imagen en el espejo		
	9	Se sienta por su solo	Agarra un cubo con dedos pulgar e índice		Pronuncia claramente una palabra		Imita lo aplausos		
10 a 12	10	Gata	Meté y saca objetos de una caja		Niega con la cabeza		Entrega un juguete al examinador		
	11	Se agarra y se pone de pie	Agarra un tercer objeto sin soltar otro		Llama a la madre o acompañante		Pide un juguete u objeto		
	12	Se separa solo sin ayuda	Busca objetos escondidos		Entiende una orden sencilla		Bebe en taza solo		
13 a 18	13	Da pasitos solo	Hace una torre de 3 cubos.		Reconoce 3 objetos		Sefiala una prenda de vestir		
	14	Camina solo	Pasa hojas de un libro		Combiná 2 palabras		Sefiala 2 partes del cuerpo		
	15	Corre	Espera que salga la pelota		Reconoce 6 objetos		Avia para ir al baño		
19 a 24	16	Patea la pelota	Tapa una caja de manera correcta		Nombra 5 objetos		Sefiala 5 partes del cuerpo		
	17	Lanza la pelota con las manos	Hace garabatos		Usa frases de 3 palabras		Trata de contar experiencias		
	18	Saltá en dos pies	Hace torre de 5 o mas cubos		Dice mas de 20 palabras		Durante el dia tiene control de la orina		
25 a 36	19	Se para de puntas en ambos pies	Ensarta 6 o mas cuentas		Dice su nombre completo		Diferencia hombre y mujer		
	20	Se levanta sin usar las manos	Copia linea horizontal y vertical		Conoce alto, bajo, grande, pequeño		Dice el nombre de su madre y padre		
	21	Camina hacia atras	Separa objetos grandes y pequeños		Usa oraciones complejas		Se lava solito las manos y la cara		
37 a 48	22	Camina en punta de pies	Dibuja figura humana de 3 partes		Conoce para que sirve 5 objetos		Puede desvestirse solo		
	23	Se para en un solo pie	Conta papel con ilustras		Repite 3 numeros		Comparte juegos con otros niños		
	24	Lanza y agarra la pelota	Copia cuadrado y circulo		Describe bien un dibujo		Tiene amigo (s) especial (es)		
49 a 60	25	Camina en linea recta	Dibuja figura humana de 5 o mas partes		Cuenta los dedos de las manos		Puede vestirse y desvestirse solo		
	26	Saltá 3 o mas pasos en un pie	Agupa objetos por color y forma		Distingue adelante, atrás, arriba, abajo		Sabe cuantos años tiene		
	27	Hace rebotar la pelota y la agarra	Contra papel con ilustras		Reconoce o nombre 5 o 6 colores		Organiza juegos		
61 a 72	28	Con los pies juntos salta una cuerda de 25cm de altura	Dibuja imitando una escala		Expresa opiniones		Hace mandados		
	29	Come saltando y alternando los pies	Agupa objetos por color forma y tamaño		Reconoce izquierda y derecha		Conoce el nombre de la calle barrio pueblo de su residencia		
	30	Saltá desde 60cm de altura	Dibuja una casa		Conoce en orden días de la semana		Sumario "C" Audición y Lenguaje		
Puntaje		Sumario A' Motricidad Gruesa	Sumario 'B' Motricidad Fina Adaptativa		Sumario "C" Audición y Lenguaje		Sumario "D" Personal y Social		



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ANEXO # 9

PARAMETROS NORMATIVOS PARA LA EVALUACION DEL DESARROLLO DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 60 MESES

EDAD EN MESES	MOTRICIDAD GRUESA (A)			MOTRICIDAD FINA (B)			AUDICION Y LENGUAJE (C)			PERSONAL SOCIAL (D)			TOTAL		
	ALERTA	MEDIO	ALTO	ALERTA	MEDIO	ALTO	ALERTA	MEDIO	ALTO	ALERTA	MEDIO	ALTO	ALERTA	MEDIO	ALTO
1-3	0.1	2.3	4.5	6-	0.1	2.3	4.5	6-	0.1	2.3	4.5	6-	0.6	7.13	14.22
4-6	0.4	5.6	7.9	10-	0.4	5.6	7.9	10-	0.4	5.6	7.9	10-	0.19	20.27	28.34
7-9	0.7	8.10	11.13	14-	0.7	8.10	11.12	13-	0.7	8.9	10.12	13-	0.7	32.39	40.48
10-12	0.11	12.13	14.16	17-	0.9	10.12	13.14	15-	0.9	10.12	13.14	15-	0.9	43.49	50.56
13-18	0.13	14.16	17.19	20-	0.12	13.15	16.18	19-	0.12	13.14	15.17	18-	0.12	13.14	15.17
19-24	0.16	17.19	20.23	24-	0.14	15.18	19.20	21-	0.13	14.17	18.20	21-	0.14	15.17	18.22
25-36	0.19	20.23	24.27	28-	0.18	19.21	22.24	25-	0.17	18.21	22.24	25-	0.18	19.22	23.27
37-48	0.22	23.26	27.29	30-	0.21	22.24	25.28	29	0.21	22.25	25.29	30-	0.22	23.26	27.29
49-60	0.26	27.29	30-	0.23	24.28	29-	0.24	25.28	29-	0.25	26.28	29-	0.25	26.28	29-
													0.101	102.113	114-



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ANEXO # 10

Solicitud de Autorización

Estimado Dr. Vladimiro Neira.

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA.

Institución: Hospital “Vicente Corral Moscoso”.

Dirección: Sector “El Paraíso” entre la Av. Los Arupos y Av. 12 de Abril.

El Equipo de trabajo del tema de **TESIS RELACIÓN ENTRE PATRONES DE CRIANZA NEGLIGENTE, ESTADO NUTRICIONAL Y DESARROLLO PSICOMOTOR DE NIÑOS Y NIÑAS DE 0-5 AÑOS. HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”. CUENCA. 2013.** Integrado por los estudiantes de la Escuela de Medicina: Alexandra Jimena Jara Tapia, Rubén Santiago Lasso Lazo, Thalía Aracely Mogrovejo Loyola, solicitan respetuosamente autorización para realizar el respectivo Proyecto que irá en beneficio de los niños del nivel de la Institución.

El presente trabajo se efectuará bajo el acompañamiento y supervisión de la Dra. María de Lourdes Huiracocha Tutivén, durante el período 2013.

Desde ya agradecemos su disposición y colaboración, es muy importante para el éxito de nuestra Tesis y formación de estudiantes de educación superior.

Cuenca, 10 de Febrero, 2013.

Alexandra Jimena Jara Tapia.

Rubén Santiago Lasso Lazo.

Thalía Aracely Mogrovejo Loyola.

Alexandra Jimena Jara Tapia
Rubén Santiago Lasso Lazo
Thalía Aracely Mogrovejo Loyola



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ANEXO # 11

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	Indicadores
Edad.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio, registrado en años cumplidos.	Niños de 0 a 60 meses.	
Sexo.	Característica fenotípica que distingue masculino de femenino.	Femenino Masculino	Femenino= 1 Masculino= 2
Desarrollo psicomotriz.	“La psicomotricidad es un enfoque global de la persona. Puede ser entendida como una función del ser humano que sintetiza psiquismo y motricidad con el fin de permitir al individuo adaptarse de manera flexible y armoniosa al medio que le rodea.” (21)	Motricidad gruesa	Alerta Medio Medio alto Alto
		Motricidad fina adaptativa	Alerta Medio Medio alto Alto
		Audición y lenguaje	Alerta Medio Medio alto Alto
		Personal social	Alerta Medio Medio alto Alto
Patrones de Crianza Negligente.	La negligencia constituye la privación de las necesidades biológicas, afectivas, intelectuales, sociales, éticas, morales y espirituales del niño cuando se las puede brindar. (9)	*Existen patrones de crianza negligente.	Existen patrones de crianza negligente= puntaje de 40-100.
		*No existen patrones de crianza negligente.	No existen patrones de crianza negligente= puntaje de 0-39.
Hacinamiento.	Definición: número de personas que habitan en la misma vivienda.	Hacinamiento	Índice de 3 o más.
		No hay hacinamiento	Índice menor a 2.
		Hacinamiento recuperable	Índice entre 2 y 2,5.

Alexandra Jimena Jara Tapia
Rubén Santiago Lasso Lazo
Thalía Aracely Mogrovejo Loyola



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Estado nutricional.	Estado nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. Evaluación del estado nutricional será por tanto la acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se halle un individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido afectar.	Desnutrición	-2 a -3 z score.
	Riesgo de desnutrición	-1 a -2 z score	
	Normal	-1 a +1 z score.	
	Sobrepeso	+1 a +2 z score	
	Obesidad	+ 2 z score.	