



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN SALUD**

“DESARROLLO PSICOMOTOR DE NIÑOS Y NIÑAS QUE ASISTEN A LOS CENTROS INFANTILES DEL BUEN VIVIR, PARROQUIA HERMANO MIGUEL. CUENCA, 2017”

Proyecto de investigación previo a la obtención de título de Licenciado en  
Estimulación Temprana en Salud

**Autoras:**

Katherine Viviana Baculima Astudillo Cl. 0104996533  
Susana Victoria Quinde Idrovo Cl. 0105926588

**Director/a:**

Mgst. Blanca Cecilia Villalta Chungata Cl.0104644265

**Cuenca - Ecuador**

**2018**

## 1. RESUMEN

**Antecedentes:** La evaluación del desarrollo en la primera infancia, permite determinar el estado del desarrollo psicomotor de los niños y niñas de un determinado sector o edad.

Todo niño menor de cinco años debe ser evaluado, con ello garantizamos un óptimo desarrollo a futuro, para detectar de manera precoz los posibles retrasos en el desarrollo psicomotor.

**Objetivo general:** Determinar el desarrollo psicomotor de los niños y niñas que acuden a los Centros Infantiles del Buen Vivir de la parroquia Hermano Miguel.

**Metodología:** Estudio descriptivo, prospectivo, transversal en modalidad cuantitativa, determinó el Desarrollo Psicomotor mediante la aplicación de la escala del desarrollo psicomotor Brunet Lezine versión Revisada relacionándolo con edad, género, tipo de cuidador, instrucción del cuidador y se identificó el área de vulnerabilidad. La muestra fue equivalente al universo: 89 niños y niñas de 12 a 48 meses que asisten a los Centros Infantiles del Buen Vivir de la Parroquia Hermano Miguel del cantón Cuenca, en el año 2017. Por asentimiento informado se determinó el tipo de cuidador y nivel de instrucción; para el análisis y tabulación de los datos se utilizó: SPSS 22.0; en las tablas de acuerdo a las variables, se utilizó chi-cuadrado, con un valor de  $p < 0.05$  para significancia estadística.

**Resultados:** El 52.8% de la población fue de sexo masculino, la prevalencia de retraso del desarrollo psicomotor fue de 2.2% del total de la población.

El área más vulnerable fue: Lenguaje 60,4%

**Palabras clave:** RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR, COCIENTE DEL DESARROLLO, BABY TEST, PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.

## 2. ABSTRACT

**Background:** The evaluation of the development in the early childhood, allows to determine the state of the psychomotor development of the boys and girls of a certain sector or age.

Every child under the age of five should be evaluated, with this we guarantee an optimal development in the future, to detect early possible delays in psychomotor development.

**Objective:** Determine the psychomotor development of the children who attend the Buen Vivir Children's Centers of the Hermano Miguel parish.

**Methodology:** Descriptive, prospective, cross-sectional study in quantitative modality, determined Psychomotor Development by applying the scale of psychomotor development Brunet Lezine Revised version relating to age, gender, type of caregiver, instruction of the caregiver and identified the area of vulnerability. The sample was equivalent to the universe: 89 boys and girls aged 12 to 48 months who attend the Buen Vivir Children's Centers of the Hermano Miguel Parish of Cuenca, 2017. By informed consent, the type of caregiver and level was determined training; for the analysis and tabulation of the data we used: SPSS 22.0; In the tables according to the variables, chi-square was used, with a value of  $p < 0.05$  for statistical significance.

**Results:** 52.8% of the population was male, the prevalence of psychomotor retardation was 2.2% of the total population. The most vulnerable area was: Language 60.4%.

**Keywords:** DELAY OF PSICOMOTOR DEVELOPMENT, DEVELOPMENTAL COCIENT, BABY TEST, SUPPLEMENTARY TESTS.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
CLAUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL.....	6
CLAÚSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL.....	8
DEDICATORIA.....	10
AGRADECIMIENTO.....	12
<b>CAPÍTULO I</b>	
1. MARCO REFERENCIAL	
1.1. Introducción:.....	13
1.2. Planteamiento del problema.....	14
1.3. Justificación y uso de los resultados.....	15
<b>CAPÍTULO II</b>	
1. MARCO TEÓRICO	
1.1. Centros infantiles del buen vivir.....	16
2.1.1. Objetivo de los centros infantiles del buen vivir.....	16
2.1.2. Indicadores del desarrollo.....	17
1.2. Desarrollo infantil.....	17
1.3. Desarrollo psicomotor.....	18
1.4. Áreas del desarrollo Psicomotor.....	18
1.5. Desarrollo Psicomotor de 12 a 48 meses.....	19
1.6. Formas Atípicas o variaciones del Desarrollo.....	21
1.7. Signos de Alarma en el Desarrollo.....	21
1.8. Evaluación del Desarrollo Psicomotor.....	23
2.8.1. Técnicas de evaluación del Desarrollo Psicomotor.....	24
2.8.2. Escalas para la Evaluación.....	24
1.9. Escala Brunet Lezine.....	25
2.9.1. Fiabilidad y Validez.....	25
2.9.2. Consideraciones Generales.....	26
2.9.3. Aplicaciones del Test.....	26
2.9.4. Edad de Desarrollo Global.....	27
2.9.5. Ventajas del Test.....	27
2.9.6. Material.....	28
1.10. Retraso del Desarrollo Psicomotor.....	28
2.10.1. Factores de Riesgo asociados con el Retraso.....	29
2.10.2. Patologías asociadas con el Retraso del Desarrollo.....	30
1.11. Prevención.....	34
1.12. Familia y la Crianza en los Niños.....	35
2.12.1. Estilos de Crianza.....	36



2.12.2. Influencia de la Crianza en el Desarrollo Psicomotor.....	37
---	----

## CAPITULO III

### 2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General.....	39
2.2. Objetivos Específicos.....	39

## CAPITULO IV

### 3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Investigación y Diseño General del Estudio.....	40
3.2. Operacionalización de las Variables:.....	40
3.3. Universo de Estudio, Selección y Tamaño de la Muestra.....	41
3.4. Instrumentos y Procedimientos para la Recolección de Información.....	41
3.5. Procedimientos para Garantizar los Procesos Éticos.....	41

## CAPITULO V

### 4. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN.....42

## CAPITULO VI

### 5. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....46

## CAPITULO VII

7.1. Discusión.....	52
7.2. Conclusiones .....	55
7.3. Recomendaciones.....	56

## CAPÍTULO VIII

### 8. MATERIAL DE REFERENCIA

8.1. Referencias Bibliográficas.....	57
--------------------------------------	----

## CAPÍTULO VIX

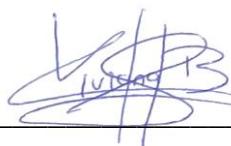
### 9. ANEXOS.....62

## CLAÚSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, Katherine Viviana Baculima Astudillo, autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación "**DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS Y NIÑAS QUE ACUDEN A LOS CENTROS INFANTILES DEL BUEN VIVIR (CIBV) DE LA PARROQUIA HERMANO MIGUEL DEL CANTÓN CUENCA 2017**", De conformidad con el Art 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la ley orgánica de educación superior.

Cuenca, 8 de febrero de 2018



Katherine Viviana Baculima Astudillo

CI: 0104996533

## CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Katherine Viviana Baculima Astudillo, autora del proyecto de investigación **"DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS Y NIÑAS QUE ACUDEN A LOS CENTROS INFANTILES DEL BUEN VIVIR (CIBV) DE LA PARROQUIA HERMANO MIGUEL DEL CANTÓN CUENCA 2017"**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 8 de febrero de 2018



Katherine Viviana Baculima Astudillo

CI: 0104996533

## CLAÚSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, Susana Victoria Quinde Idrovo, autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación "**DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS Y NIÑAS QUE ACUDEN A LOS CENTROS INFANTILES DEL BUEN VIVIR (CIBV) DE LA PARROQUIA HERMANO MIGUEL DEL CANTÓN CUENCA 2017**". De conformidad con el art 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el art. 144 de la ley orgánica de educación superior.

Cuenca, 8 de febrero de 2018



Susana Victoria Quinde Idrovo

CI: 0105926588

## CLAUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Susana Victoria Quinde Idrovo, autora del proyecto de investigación **“DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS Y NIÑAS QUE ACUDEN A LOS CENTROS INFANTILES DEL BUEN VIVIR (CIBV) DE LA PARROQUIA HERMANO MIGUEL DEL CANTÓN CUENCA 2017”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 8 de febrero de 2018



---

Susana Victoria Quinde Idrovo  
CI: 0105926588



## DEDICATORIA

Quiero dedicar este proyecto a todas las personas que colaboraron para su ejecución, a los niños que acuden a los Centros Infantiles del Buen vivir pues de ellos es el futuro de este país.

Victoria Quinde

## DEDICATORIA

Dedico este proyecto primeramente a Dios por haberme dado las fuerzas y la sabiduría para lograr cumplir cada una de las metas propuestas en mi vida.

Dedico a mi familia especialmente a mis padres y hermanos que me han inculcado buenos valores y siempre me han apoyado constantemente para poder terminar mis estudios.

Dedico también a todas aquellas personas que colaboraron para que este proyecto pueda realizarse

Viviana Baculima

## AGRADECIMIENTO

Nuestro agradecimiento especial a Dios por permitirnos culminar una meta más en nuestros caminos, agradecemos a cada persona participe de este proyecto, la Licenciada Cecilia Villalta por su ayuda brindada, por sus consejos, sugerencias y paciencia; a nuestros familiares por su constante apoyo tanto emocional como económico.

Agradecemos a cada uno de los profesionales que laboran en los centros infantiles por habernos abierto las puertas logrando la ejecución de este proyecto.

Las autoras

## CAPITULO I

### 1. MARCO REFERENCIAL

#### 1.1. Introducción

La presente investigación engloba la evaluación y detección de los retrasos en el desarrollo psicomotor de los niños y niñas que acuden a los Centros Infantiles del Buen Vivir de la Parroquia Hermano Miguel, cantón Cuenca. Considerando que la característica principal del retraso en el desarrollo psicomotor es una edad de desarrollo inferior a su edad cronológica, parámetro que se obtendrá después de la aplicación de la escala del desarrollo psicomotor.

Diversos estudios demuestran que el desarrollo psicomotor de niños y niñas se ve influenciado por varios factores entre ellos: desnutrición, familias disfuncionales, presencia de migración de los padres, nivel socioeconómico bajo, tipo de cuidador, etc. Tanto la detección tardía como el riesgo biológico y social de los niños, son algunas de las principales causas de esta problemática.

El gobierno Ecuatoriano comprometido con los derechos de la niñez y adolescencia y a partir de la ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño, promulga diferentes leyes para cumplir con este compromiso. Entre las más importantes se encuentran la nueva Constitución del año 2008, el Código de la Niñez y Adolescencia y el Plan Nacional del Buen Vivir, declara al Desarrollo Infantil Integral como Política de Estado, para poner en práctica el Buen Vivir, plantean auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión, la equidad social y territorial, y la cobertura de programas de primera infancia para niños en situación de pobreza, así como garantizar el desarrollo integral de la primera infancia, a niñas y niños menores de 5 años.

Todos en conjunto, debemos trabajar por el bienestar de las niñas y los niños para obtener mejores resultados, conscientes de que invertir en la infancia significa transformar el país; por esta razón la detección precoz es una actividad central en los controles de vigilancia del desarrollo infantil integral y supone un desafío permanente para el país y sobre todo para los profesionales que trabajamos con la primera infancia.

## 1.2. Planteamiento del problema

¿Cuál es el desarrollo psicomotor de los niños y niñas que asisten a los Centros infantiles del Buen Vivir de la parroquia Hermano Miguel del cantón Cuenca, año 2017?

La prevalencia estimada de alteraciones del desarrollo psicomotor es de un 12 a un 16% en países industrializados. De acuerdo a la Encuesta de Calidad de Vida y Salud, en Chile un 11% de los niños presenta retraso del Desarrollo psicomotor y un 30% está en riesgo. (1)

Según un estudio transversal, realizado en la ciudad de Cuenca en el departamento de pediatría del Hospital Vicente Corral Moscoso (2014) refirió que, de 327 niños y niñas, de 2 a 60 meses, la prevalencia de retraso del desarrollo psicomotor fue de 5,8%. (2)

En la investigación “prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niñas de 0 a 5 años de edad que asisten a los centros infantiles privados del área periférica del cantón Cuenca” realizada en el periodo 2010, se evidenció que el 5% de niños y niñas presentan retraso en el desarrollo psicomotor sin discapacidad. (3)

En otro estudio transversal realizado en Cuenca en los Centros de Desarrollo Infantil fiscales, privados, regulares, especiales urbanos (2012), reveló que, de 423 niños y niñas preescolares, el 9,9% presentan retraso del desarrollo psicomotor. (4)

La investigación “En niños y niñas de 4 a 5 años de edad ¿Cómo varía el desarrollo psicomotor entre los que asisten a escuelas rurales y urbanas? Estudio en cinco escuelas rurales y urbanas del cantón Cuenca. 2015” realizada en el año 2015 refirió que de 100 niños/as que asisten a centros educativos públicos urbanos el 98% tiene un desarrollo normal, el 2% retraso del desarrollo leve. Y en la zona rural de 100 niños/as el 97% presenta un desarrollo normal y un 3% muestra retraso del desarrollo leve. (5)

Entendemos por tanto la importancia y la necesidad de realizar una evaluación a todos los niños y niñas que atraviesan esta etapa tan vulnerable y modificable,

ya que los grupos de edad a medida que van creciendo se van modificando constantemente.

### **1.3. Justificación:**

El desarrollo de los niños durante los primeros 5 años de vida extrauterina es fundamental, debido a que en esta etapa el tejido nervioso crece y madura, por tanto, está expuesto a una variedad de estímulos que, pueden potenciar el desarrollo, como también pueden exponerlo a sufrir daño; la detección precoz, a través de las escalas del desarrollo psicomotor, ayuda a un diagnóstico temprano y a su debida intervención, mejorando así el pronóstico a corto y largo plazo, del niño o niña en riesgo biológico o social. (6) (7)

En el Ecuador varias instituciones como son MINEDUC y el MIES trabajan en conjunto por el desarrollo infantil integral donde se hace énfasis que la herramienta a nivel nacional con la que se trabaja en cuanto al desarrollo de los niños menores de 5 años es la escala abreviada de Nelson Ortiz. Conscientes de la importancia que tiene el diagnóstico precoz y debido a que esta escala es un tamizaje que nos da líneas de alerta, consideramos pertinente la evaluación de estos niños a través de una herramienta que proporcione un resultado cuantitativo del desarrollo psicomotor; en nuestro medio existen varias escalas que nos ayudan a establecer un diagnóstico objetivo; sin embargo, la escala del desarrollo psicomotor de la primera infancia Brunet Lezine, garantiza la fiabilidad de los resultados pues presenta una sensibilidad de 0.69 y especificidad de 0.87 por lo que es altamente confiable. (8)

Actualmente a nivel mundial los esfuerzos se han dirigido con mayor énfasis a la rehabilitación de los niños que presentan retraso en el neurodesarrollo, secuelas o alguna discapacidad, casi siempre de manera tardía, por lo que es fundamental que se realice la vigilancia del desarrollo de los niños. (9)

Como futuros profesionales en el desarrollo de niños y niñas menores de cinco años, sentimos la necesidad de realizar este proyecto de investigación para diagnosticar tempranamente y prever posibles retrasos en el desarrollo psicomotor de niños y niñas del cantón Cuenca.

## CAPITULO II

### 2. FUNDAMENTO TEÓRICO

#### 2.1. Centros Infantiles del Buen Vivir

Los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) es de entre muchas instituciones, la principal proveedora de servicios públicos fiscales de cuidado infantil a nivel de todo el Ecuador.

En 2012, los CIBV dependían del Instituto de la Niñez y la Familia (INFA), el mismo que, en fechas posteriores, se incorporó al Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). Según datos administrativos del servicio INFA, en 2011 estos centros atendían alrededor de 140 mil niños, en aproximadamente 3.800 centros en todo el país.

La operación del servicio se realiza mayoritariamente a través de convenios con terceros (gobiernos locales, organizaciones comunales, fundaciones, iglesias, etc.), que reciben una transferencia de recursos públicos para cubrir los gastos de operación del servicio, que algunas de estas entidades suplementan con recursos propios.

Estos servicios de atención ejecutados por el Ministerio de Inclusión Económica y Social actualmente, incluyen acciones de salud preventiva, alimentación saludable y educación; desde el enfoque de derechos, interculturalidad, sea de administración directa o a través de convenios, cuentan con una cobertura mínima de 40 niñas y niños; que operan durante todo el año, con un receso de 15 días en las época de vacaciones escolares del ciclo sierra y costa respectivamente. (6)(7)(8)(10)(11)(12)

##### 2.1.1. Objetivo de los centros infantiles del Buen Vivir

Teniendo claro que estos servicios fueron creados con la intención de dar amparo a la población infantil, su principal objetivo para lo cual fueron creados los Centros Infantiles del Buen Vivir es: Brindar una atención de calidad para la promoción del Desarrollo Infantil Integral de las niñas y niños de 12 a 36 meses de edad y por excepcionalidad a niñas y niños de 3 a 11 meses cuyas familias se encuentran en condiciones de pobreza o extrema pobreza o en situaciones

de riesgo y vulnerabilidad, con la responsabilidad de la familia, la corresponsabilidad de la comunidad.

### **2.1.2. Indicadores del desarrollo**

El sistema de operación técnica de los servicios de desarrollo infantil integral, forma parte de las herramientas que utiliza la Dirección de Servicios de Atención de la Subsecretaría de Desarrollo Infantil Integral que da cuenta de la organización y gestión técnica y metodológica de los procesos asociados a las modalidades de Desarrollo Infantil Integral CIBV asociado tanto a los componentes como a las estrategias de intervención.

Con el propósito que este sistema permita resolver los problemas encontrados y plantear estrategias de mejoramiento en la atención, los coordinadores de los CIBV hacen un seguimiento y evaluación periódicos, estas evaluaciones se realizan por 2 ocasiones durante toda la estadía del niño en el CIBV: la primera un mes después de comenzar el periodo lectivo y la segunda valoración se realiza 6 meses después.

Este sistema procura medir los logros de los niños y niñas a través de las acciones realizadas y plasmadas como indicadores del desarrollo, que van a permitir alcanzar el nivel de desarrollo, en cuatro ámbitos: desarrollo motor, desarrollo intelectual, desarrollo de la comunicación y del lenguaje, y desarrollo socio afectivo. (13)

Esta valoración dentro de los tipos de evaluación, pertenece a la clasificación de vigilancia y tamizaje del desarrollo infantil debido a la cantidad de parámetros que evalúa y los resultados que este sistema nos ofrece en tres categorías que son: logrado, en proceso, no logrado; estas categorías evidencian el estado actual de cada uno de los niños y niñas, mas no emiten un diagnóstico porcentual de las dificultades que se presentan para que un niño no alcance dicho indicador.

## **2.2. Desarrollo Infantil**

El desarrollo infantil abarca tanto a la maduración en los aspectos físicos, cognitivos, lingüísticos, socio afectivos y temperamentales como el desarrollo de la motricidad fina y gruesa.

El desarrollo infantil se define como el proceso que comienza desde la concepción y envuelve aspectos que van desde el crecimiento físico, hasta la maduración neurológica, de comportamiento, cognitiva, social y afectiva del niño. El resultado es un niño competente para responder a sus necesidades y a las de su medio, considerando su contexto de vida. (9).

El desarrollo infantil es un proceso dinámico por el cual los niños progresan desde un estado de dependencia de sus cuidadores en todas sus áreas de funcionamiento, durante la lactancia, hacia una creciente independencia en la segunda infancia, la adolescencia y la adultez. El desarrollo en cada ámbito está marcado por una serie de hitos y típicamente implica el dominio de habilidades sencillas antes de que se puedan aprender habilidades más complejas (7)

### **2.3. Desarrollo psicomotor**

Teniendo en cuenta que el desarrollo del niño está en creciente cambio podemos decir que el desarrollo psicomotor es un proceso evolutivo multidimensional e integral a través del cual el individuo va adquiriendo y dominando habilidades cada vez más complejas, reflejando la maduración de las estructuras del sistema nervioso central que las sustentan, permitiendo al individuo interactuar con las personas y situaciones de su medio ambiente en diversas formas. (7) (14) (15) (16)

Según Carl Wernic es el “Fenómeno evolutivo de adquisición continua y progresiva de habilidades a lo largo de la infancia”. (17)

Illingworth menciona que “El desarrollo psicomotor es un proceso gradual y continuo en el cual es posible identificar etapas de creciente nivel de complejidad, que se inicia en la concepción y culmina en la madurez, con una secuencia similar en todos los niños pero con un ritmo variable”. (17)

### **2.4. Áreas del desarrollo psicomotor**

**Área motora.** - A través de la expresividad motriz es donde el niño manifiesta su afectividad y se comunica con su entorno, esta expresividad es lograda gracias al crecimiento de los músculos y huesos y del proceso de integración, este proceso se presenta en dirección céfalo caudal (movimientos desde la cabeza

hasta los pies) y en dirección próximo distal (movimientos desde el centro del organismo hasta las extremidades.

**Área de coordinación.**- Adquisición de funciones que permiten la solución de problemas mediante el manejo de la mano como pinza, durante los primeros meses de vida el niño utiliza su mano como una garra pues todavía no posee el mecanismo de pinza, entre los diez y doce meses el niño ya logra el mecanismo de pinza entre el pulgar y el dedo índice. (18)

**Área de lenguaje.** - Hace referencia a la comunicación visible y audible.

**Área social.**- Se refiere a las relaciones con la cultura y al desarrollo de las habilidades sociales.

El desarrollo psicomotor según Bornstein y Lamb contempla 3 bloques: el desarrollo motor, el cognitivo y el social percibidas en el niño de una forma integrada. (19)

**Desarrollo motor.**- Mediante la maduración tanto muscular como del sistema nervioso el niño va adquiriendo habilidades cada vez más complejas. (19)

**Desarrollo cognitivo.**- Durante el desarrollo del cerebro aparecen habilidades mentales en el niño relacionadas con el pensamiento.

**Desarrollo social.**- Durante la formación del lazo afectivo entre los padres y el niño el principal logro social en la infancia es el apego, (15)(19) (20).

## 2.5. Desarrollo psicomotor de 12 a 36 meses.

Existen varios enfoques sobre el desarrollo psicomotor del niño, a continuación se detallara algunos de ellos:

- a) Enfoque del desarrollo psicomotor según Jean Piaget.- Menciona que el desarrollo psicomotor progresá desde un aspecto individual y privado hasta el aspecto social y colectivo a través del micro nivel es decir a través del contacto con otras personas. (21)

Piaget desarrolla cuatro periodos del desarrollo:

<b>Periodo sensoriomotor (0-2años)</b>	<b>Periodo preoperacional (2-7 años)</b>
"Los niños aprenden la conducta propositiva, el pensamiento orientado a medios y fines, la permanencia de los objetos  En esta etapas niños logran diferentes conductas como: golpear un sonajero y permanencia de objeto	"El niño usa símbolos y palabras para pensar, solución intuitiva de los problemas pero el pensamiento está limitado por la rigidez"
<b>Periodo concreto (7-11años)</b>	<b>Operaciones formales (11 años en adelante)</b>
"El niño aprende las operaciones lógicas de seriación de clasificación y de conservación"	"El niño aprende sistemas abstractos del pensamiento que le permiten usar el razonamiento científico y el razonamiento proporcional" (16)

Autor: Viviana Baculima, Victoria Quinde

b) Enfoque del desarrollo psicomotor según Vigotsky. Menciona que no es posible entender el desarrollo del niño si no se conoce la cultura donde se cría. (22)

c) Enfoque del desarrollo Psicomotor según la AIEPI:

<b>12-15 meses</b>	<b>15-18 meses</b>	<b>18-24 meses</b>
Imita gestos Pinza superior Produce jerga Camina con apoyo	Ejecuta gestos a pedido Coloca cubos en un recipiente Dice una palabra Camina sin apoyo	Identifica dos objetos Garabatea espontáneamente Dice tres palabras Camina para atrás
<b>2 años a 2 años 6 meses</b>	<b>2 años 6 meses a 3 años</b>	<b>3 años a 3 años 6 meses</b>
Se quita la ropa Construye una torre de tres cubos Señala dos figuras Patea una pelota	Se viste con supervisión Construye torre de 6 cubos Forma frases con dos palabras. Salta con ambos pies	Dice el nombre de un amigo Imita una línea vertical Reconoce dos acciones Tira la pelota

Autor: Viviana Baculima, Victoria Quinde (9)

## 2.6. Formas atípicas o variación del desarrollo:

Para determinar cuándo el desarrollo infantil se está dando de manera atípica; se debe conocer el desarrollo normal del niño y cuál es su variación en etapas sensibles; se denomina así variación del desarrollo psicomotor cuando el niño cumple con los hitos del desarrollo marcado para su edad, pero de una manera alterna, sin llegar a representar una patología.

Algunos de estos son:

- a. El desplazamiento sentado o el gateo apoyando una rodilla y el pie contralateral desde los 9 hasta los 11 meses: siempre y cuando el desplazamiento llegue a ser cuadrúpedo. (23)
- b. Rotación persistente de la cabeza desde el segundo hasta el octavo mes, siempre que no haya la palpación de rigidez muscular o giro momentáneo hacia el lado contrario, es decir que el niño pueda mover hacia los dos lados, aunque prefiera uno de ellos. (24)
- c. El tartamudeo fisiológico alrededor de los 24 meses: Se presenta como respuesta de la rapidez mental de los niños y la inmadurez de los músculos fono articulatorios lo que provoca que el niño parezca tartamudear por momentos, es importante destacar que este es un parámetro que se da bajo emoción ante una situación, donde el niño pretende contar un acontecimiento vivido de forma rápida pero, que no está presente en todos los ambientes es decir que es pasajero, momentáneo y no se da cuando el niño esta calmado y relajado. (25)
- d. Las dislalias fisiológicas desde los 3 hasta los 4 años que culmina la etapa de inclusión de todos los sonidos, debido a que la pronunciación de las palabras no es correcta por falta de madurez muscular de los órganos incluidos en el acto motor del habla. (25)

## 2.7. Signos de alarma en el desarrollo

Conociendo ya la variación del desarrollo que no llega a representar alteración alguna, se hace necesario delimitar lo que es un signo de alarma.

Un signo de alarma es la expresión clínica de una desviación del patrón normal del desarrollo, un retraso significativo en la aparición de adquisiciones del

desarrollo global o de un área específica, para la edad del niño. Esto no supone necesariamente la presencia de patología neurológica, pero es una alerta que obliga a hacer un seguimiento evolutivo más exhaustivo del niño. (26)(27)

Cuanto más distante esté el desarrollo del niño del promedio de edad a la que se adquiere una habilidad o destreza concreta, menos probable es que esto sea normal. Entre los signos de alarma tenemos los siguientes:

**a. Signos físicos anormales.**

Durante la valoración física del niño existen dos signos de alarma asociados a un mayor riesgo de presentar retrasos o alteraciones en el desarrollo estas son las alteraciones fenotípicas y alteraciones del perímetro cefálico.

Alteraciones fenotípicas.- Fenotipo es la expresión del genotipo en función de un determinado ambiente. es decir, es el conjunto de caracteres visibles que un individuo presenta como resultado de la interacción entre su genética y el medio. Entre las características físicas se encuentran las anomalías mayores (representan un compromiso en la función del órgano o en la salud del paciente) y menores. (Rasgos morfológicos no frecuentes que pueden representar un problema médico serio o no). La presencia de tres o más de estas alteraciones (sean mayores o menores), tiene altas probabilidades de que el individuo tenga alteración genética que curse con trastorno del desarrollo (11)

Alteraciones del perímetro cefálico.- La medición periódica es de suma importancia porque mediante su seguimiento y comparación, nos permite valorizar desvíos y predecir alteraciones en el desarrollo del sistema nervioso central. Un desvío en el perímetro cefálico mayor a +2 Desvío Estándar o menor a -2 Desvió estándar, se asocia a mayor riesgo de trastorno en el desarrollo (9)

**b. Signos de alarma motores.-**

La marcha sobre puntas de pie después de los 12 meses de manera persistente: los pies se apoyan sobre todo en la parte anterior provocando una postura en puntillas está postura está estrechamente relacionada con la parálisis cerebral diplejía. Ausencia de marcha autónoma a los 18 meses está asociado a dificultades en el tono muscular ya sea por aumento de la fuerza muscular o hipertonia o por la disminución de la fuerza muscular o hipotonía; pinza manual

entre el dedo pulgar y medio: Esta es la pinza propia de los 8 meses, pasada esta edad muestra signos de inmadurez en el desarrollo de la musculatura manual. (24)

- c. **Signos de alarmas en la sociabilidad.**- entre estos tenemos: el niño no imita gestos pasado los 12 meses muestra dificultades en la comprensión del lenguaje no verbal. La apatía e irritabilidad es un signo de alteraciones en el autocontrol y es visible desde edades tempranas. Rechazo contacto físico: poca tolerancia a las texturas es propio de trastornos del desarrollo neurológico. La autoagresión está asociada a patologías del desarrollo, sobre todo al déficit cognitivo. El juego estereotipado: Muestra alteraciones pasado los 3 años de edad, pero es un parámetro de riesgo si es que se ha presentado en edades anteriores con mucha intensidad.
- d. Estancamiento o regresión en las habilidades adquiridas.
- e. Ausencia o Persistencia de reflejos o conductas de etapas previas. (24)

## 2.8. Evaluación del desarrollo psicomotor

El objetivo de la evaluación en la primera infancia es la atención, promoción, prevención y la detección precoz de aquellos niños con posibilidades de presentar algún problema de desarrollo y que necesiten ser referidos a tiempo para una evaluación por profesionales adecuados y que puedan, además, determinar cuál es el tratamiento más adecuado (1).

Por este motivo es importante utilizar test con sensibilidad y especificidad que aseguren la calidad de la valoración del desarrollo de los niños y niñas, teniendo en cuenta estos parámetros se ha realizado una búsqueda exhaustiva sobre estos reactivos.

La Organización Mundial de la Salud OMS creó el manual de vigilancia del desarrollo infantil del AIEPI, este instrumento fue elaborado para simplificar y operacionalizar la vigilancia de desarrollo infantil en la atención primaria de la salud, para lo cual se utilizó la metodología de la AIEPI.(9)

En el Ecuador el año 2011 varias instituciones como son MINEDUC, MIES Y MCDS trabajan en conjunto por la infancia en el proyecto estrategia nacional

intersectorial de desarrollo infantil integral donde se hace énfasis que la herramienta a nivel nacional con la que más se trabaja en cuanto al desarrollo de los niños menores de 5 años es la escala abreviada de Nelson Ortiz. (8)(28)

El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES); a nivel nacional en su programa de Centros Infantiles del Buen Vivir, se hace una valoración detallada y secuenciada de los niños menores de 3 años a través del cuestionario de evaluación Indicadores del desarrollo (28).

### **2.8.1. Técnicas de evaluación del desarrollo psicomotor**

En la evaluación del desarrollo psicomotor averiguamos si un niño a una determinada edad ha adquirido una serie de funciones propias de esa edad. Esta evaluación engloba tres tipos de acciones:

- a. Vigilancia del desarrollo.- Enfatizando en el juicio clínico del pediatra, experiencia y visión subjetiva. (9)(26)
- b. Pruebas de screening o tamizaje.- Ayudan a detectar de forma rápida problemas en el desarrollo del niño. Estas deben ser sencillas, de bajo costo y con una alta sensibilidad y especificidad. La Academia Americana de Pediatría recomienda el uso de test estandarizados 9,18 y 30 meses.(10) (26)
- c. Evaluación del desarrollo propiamente dicha esta es analizada por diferentes especialistas aplicando test diagnósticos más complejas Bayley, Batelle, Brunet Lezine, Escalas McCarthy, entre otros. (26)

### **2.8.2. Escalas para la evaluación**

1.- Escala de Brunet-Lezine: de 2 meses a 6 años. Evalúa cuatro sectores del desarrollo: postura, coordinación, lenguaje y social. Teniendo como resultado el Cociente de desarrollo.

2.- Test de desarrollo de Gessell: desde 4 semanas a 5 años. Explora conducta motora, adaptativa, lenguaje, personal y social. Mide edad y cociente de desarrollo en cada área y global.

3.- Escala de desarrollo de Bailey: de 2 a 30 meses. Escala mental que proporciona un índice de desarrollo mental del niño y una escala motriz que proporciona un índice de desarrollo psicomotor.

- 4.- Inventario de desarrollo Battelle: de 0 meses a 8 años. Explora conducta motora, adaptativa, comunicación, personal y social y cognitiva.
- 5.- Escalas McCarthy: de 2½ a 8½ años. Índice cognoscitivo general (equivalente a Coeficiente Intelectual). (22)

## 2.9. Escala de Brunet Lezine

“Escala de desarrollo psicomotor de la primera infancia”, es una escala que da como resultado el grado de desarrollo psicomotor del niño (20) (29) desde los 2 meses hasta 6 años de edad, la cual a su vez se divide en tres subescalas: baby test desde los 2 hasta los 30 meses, escala nueva fórmula: de 2 a 5 años, escala no verbal: de 2 a 6 años.

La subescala Baby test de la escala del desarrollo psicomotor Brunet Lezine engloba cuatro áreas de desarrollo:

- a. **Postura:** Abarca el estudio de los movimientos del niño en los diversos hitos motores que van evolucionando desde la postura refleja hasta el dominio corporal estático y dinámico.
- b. **Coordinación visomotora:** Integrada por la evolución de la prensión, el comportamiento del niño con los objetos a través de la precisión, la imitación de gestos, discriminación de formas, ejercicios gráficos.
- c. **Lenguaje:** Estudio del lenguaje en sus funciones de comprensión y expresión.
- d. **Social:** Compuesta por las respuestas del niño consigo mismo y con el entorno. (20)(29)

### 2.9.1. Fiabilidad y validez

En relación con la fiabilidad interna o coherencia interna de los elementos, la fórmula Alpha de Cronbach muestra correlaciones elevadas estando sus valores comprendidos entre 0.69 y 0.87. Respecto al intervalo de confianza, los datos se han obtenido a partir de la distribución de las notas directas y el coeficiente de fiabilidad test. La información considera desiguales errores de medida en las diferentes edades. Los estudios de validez se dividen en una primera validez interna y posteriormente la validez diferencial. (19)

## 2.9.2. Consideraciones Generales

Antes de ejecutar esta escala es importante que ell o los niños serán evaluados en condiciones físicas saludables es decir no deben tener sueño ni hambre. Existen fluctuaciones del comportamiento de los niños según las edades, hasta los 6 meses el bebé puede mostrarse indiferente al examinador, a los 15 meses suelen aparecer crisis de oposición rechazando así todo el material; el examinador debe conocer estas fluctuaciones permitiendo que el niño se habitúe a la situación, adaptándose a las posibilidades del niño, su ritmo y a sus reacciones. (14)

Maganto considera que “Deben tenerse en cuenta dos recomendaciones, cuanto más pequeño sea el niño, mayor participación se requiere del examinador en la conducción de la evaluación. Por otra, a menor edad, menor es la capacidad de control y de resistencia a factores negativos que puedan aparecer en el momento de la evaluación: distracción, timidez, enfado”. (19)

La observación del examinador es fundamental ya que permite identificar diferentes comportamientos del niño, ya sea con su cuidador, con personas extrañas o con los objetos dentro del entorno, por último el examinador debe mostrarse atento a todas las emisiones vocálicas del niño con el fin de comparar o confrontar ante las respuestas de los padre y/o cuidadores (14)

## 2.9.3. Aplicación del Test

### 2.9.3.1. Condiciones del Examen

Para la valoración se dispondrá de una mesa la cual deberá ser lisa, en las pruebas de manipulación el examinador se colocará a la izquierda del niño, los objetos se presentarán en el centro de la mesa a 50cm por delante de las manos del niño.

El tiempo de aplicación dependerá tanto de la edad del niño como de su disponibilidad e interés siendo así para aquellos menores de 15 meses el tiempo de evaluación será entre 25 y 35 minutos. Para los niños de más edad la aplicación puede durar hasta 60 minutos. No existe límite de tiempo para la aplicación de cada uno de los ítems, algunos ítems que no hayan tenido

respuesta al inicio de la evaluación se pueden volver a presentar al final de la evaluación. (5)(14)

#### **2.9.3.2. Criterios de inicio y finalización**

Según la edad del niño se aplicará las pruebas acorde a su nivel correspondiente pasando a los niveles inferiores en caso de fracaso y prosiguiendo hacia arriba hasta un fracaso completo en un nivel de edad (5)(14)

Para la evaluación de niños menores de 6 meses se iniciará con los hitos posturales, seguido de las destrezas de manipulación y coordinación; mientras que los niños mayores de esta edad se iniciará la evaluación con las destrezas de las áreas de coordinación y seguidas de esta se evaluará las habilidades posturales. (15)

#### **2.9.4. Edad de desarrollo global**

##### **2.9.4.1. Cálculo del Cociente de Desarrollo (CD)**

Para calcular el CD en cada una de las áreas o en general, se tomará la edad de desarrollo expresada en días según lo analizado, la dividiremos entre la edad real expresada en días y la multiplicaremos por 100. (20)

##### **2.9.4.2. Interpretación**

CD <70 indica un retraso del desarrollo psicomotor.

CD>70 indica un desarrollo normal del desarrollo psicomotor. (19) (20)

#### **2.9.5. Ventajas del test**

- a) Aplicación rápida y sencilla
- b) Utilización de material poco costoso y fácil reproducción
- c) El baby test adopta una situación de observación del niño estandarizada
- d) Tiene un material que suscita al interés del niño.
- e) Es válida para niños que presenten otras patologías como síndrome de Down, trastorno del espectro autista, ceguera, déficit auditivo, etc. (3)

### 2.9.6. Material

El material debe ser llamativo, sin ningún tipo de peligro y sobre todo resistente. El examinador debe prestar mayor atención durante la utilización de materiales muy pequeños y aquellos que están en condiciones de perjudicar al niño

- a. Cubos
- b. Taza
- c. Pastilla/caramelo y frasco
- d. Tablilla para encajar
- e. Papel y lápiz
- f. Libro de dibujos
- g. 10 objetos para nombrar
- h. Taza grande, cuchara y cepillo para el cabello
- i. Muñeca

### 2.10. Retraso del desarrollo psicomotor

Los problemas de desarrollo en el niño pueden presentarse de diferentes maneras como: retraso del desarrollo motor, del lenguaje o de la interacción social. La mayoría de las veces existen compromiso en más de dos o en todas las áreas llegando así al retraso global del desarrollo psicomotor que "se refiere a los niños que experimentan una variación significativa en el logro de los pasos esperados para su edad real o ajustada.

Se mide por medio de evaluaciones validadas del desarrollo y puede emitir un diagnóstico de retraso en el desarrollo leve, moderado o grave. El retraso del desarrollo puede ser transitorio y permanentes: son transitorios cuando existen características que pueden compensarse de forma espontánea mientras que son permanentes cuando a pesar de la intervención el retraso se mantiene.

La Academia Americana de Pediatría define el retraso del desarrollo como las situaciones crónicas que dificultan la adquisición de habilidades motoras, de lenguaje, sociales o cognitivas, se presenta cuando existe fracaso en el logro de las conductas esperadas para una determinada edad (10) (20) (30)

Narbona y Schlumberger (2013) lo definieron como “un diagnóstico provisional, en donde los logros del desarrollo de un determinado niño durante sus primeros tres años de vida aparecen con una secuencia lenta para su edad y/o cualitativamente alterada”. (17)

### **2.10.1. Factores de riesgo asociados en el retraso del desarrollo psicomotor**

A medida que el niño crece el desarrollo psicomotor puede ser afectado por diversos factores los cuales pueden ser: no modificables (genéticos, biológicos) y los modificables (ambientales), estos factores pueden interrumpir el adecuado desenvolvimiento del niño en el medio que lo rodea. Aunque es posible que el retraso del desarrollo no sea permanente, puede ofrecer una base para reconocer a los niños que podrían sufrir una discapacidad.(7)

#### **2.10.1.1. Factores no modificables**

##### a) Riesgos biológicos

Este tipo de riesgos se presentan cuando existen causas nocivas tanto en el periodo prenatal como en el postnatal los cuales pueden alterar el desarrollo del niño, estas causas pueden ser amenaza de aborto, bajo peso al nacer, retardo del crecimiento intrauterino o por prematuridad, hipoxia, retardo del crecimiento en el primer y segundo año de vida, malformaciones congénitas, ictericia grave, infecciones del sistema nervioso central y otros síndromes genéticos (9)

#### **2.10.1.2. Factores modificables**

##### a) Factores ambientales

Son considerados como factores ambientales aquellas variantes como el tipo de vivienda, bajo nivel socioeconómico, violencia familiar, depresión materna, drogas o alcoholismo, sospecha de abuso sexual, estabilidad familiar, nivel de instrucción del cuidador, nivel laboral del cuidador, nutrición de los niños, las características de los padres, las personas a cargo del niño, el estado social, el estado psicoemocional y una estimulación inadecuada. (31)

## I. Vivienda y hacinamiento

La vivienda representa un espacio vital para el crecimiento y desarrollo del niño o la niña, por lo tanto la falta de una vivienda adecuada pueden influir negativamente en el desarrollo del niño. Por ello, en las viviendas materialmente deficientes se encuentra la población que tiene mayor riesgo de padecer algún tipo de enfermedades. (31)

## II. Nivel de instrucción del cuidador

Los bajos niveles educativos por parte de los cuidadores (madre, padre, otros) pueden influir de manera negativa sobre el niño ya sea en su alimentación, hábitos de higiene y otras prácticas de prevención como la vacunación. En cambio los niños con cuidadores con un mayor nivel educativo tienen un mayor nivel de desarrollo cognitivo, y menor exposición a factores de riesgo. (31)

## III. Nutrición de los niños

En los primeros años de vida los niños y niñas presentan una gran demanda de diferentes nutrientes por lo tanto el déficits de alguno de ellos pueden desencadenar consecuencias a corto o largo plazo ya sea en su crecimiento o en el desarrollo cognitivo. (31)

## IV. Estrés y depresión materna

La ansiedad y la depresión materna pueden producir complicaciones obstétricas, daños que tengan consecuencia en el desarrollo fetal y problemas emocionales y de comportamiento en la infancia y la adolescencia.

Una de las consecuencias más graves que produce en el bebé es el retraso y alteración en la adquisición del lenguaje.

Por otro lado, una de las causas de estrés materno es la soledad y el aislamiento social (pobreza, violencia, abuso, fallecimiento de la pareja). En cualquier circunstancia, la soledad silencia a la embarazada y al vínculo con su bebé. Además, es altamente probable que le produzca depresión. (31)

### 2.10.2. **Patologías asociadas con Retraso del Desarrollo Psicomotor**

Los problemas de desarrollo en el niño pueden presentarse de diversas formas ya sea alteraciones en el desarrollo motor, en el lenguaje, en la interacción social,

en lo cognitivo o incluso alteraciones funcionales mixtas. Algunas de las patologías más comunes en nuestro medio son:

a. **Parálisis Cerebral.** - Se define como un grupo de trastornos del desarrollo del movimiento y la postura llegando así a causar limitaciones de la actividad que es consecuente a una agresión no progresiva sobre un cerebro en desarrollo en el periodo fetal.

Un niño con una parálisis cerebral además de presentar alteraciones en el desarrollo motor, presenta también alteraciones de la comunicación, trastornos cognitivos acompañados de trastornos sensoriales y trastornos de la conducta.(32)

b. **Trastorno del Espectro del Autismo.** -"el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5), Incluye el autismo dentro de los trastornos del neurodesarrollo, alejándose de la antigua conceptualización de Trastorno Generalizado del Desarrollo". Los trastornos del neurodesarrollo son un grupo de trastornos que tienen su origen en el periodo de gestación. Se caracterizan por deficiencias en el desarrollo que producen limitaciones en áreas específicas o limitaciones globales a nivel personal, social, académico, laboral, etc. (33)

Las manifestaciones del comportamiento que definen esta alteración incluyen déficit en la interacción social (Ej.: aislamiento social, contacto visual inadecuado, indiferencia afectiva o demostraciones impropias de afecto), déficit en la comunicación (dificultad para establecer una conversación; y patrones de comportamiento repetitivos y estereotipados (33)

c. **Discapacidad Intelectual.** - La Asociación Americana de Retardo Mental (AAMR) define la discapacidad intelectual como: "Una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa, tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años." (17)

Se define como discapacidad intelectual cuando el retraso en el cumplimiento de los hitos para su desarrollo en dos o más áreas (sensorio-motriz, lenguaje, cognitiva) persiste por sobre los cinco años de edad, esto hace que el niño o la

niña se desarrollen más lentamente que un niño típico es decir puede tomar más tiempo para que aprenda a hablar, a caminar, estará más propenso a tener dificultades en la escuela. (34)

Junto a las limitaciones intelectuales que el niño presenta, también pueden existir limitaciones en dos o más de las siguientes áreas: habilidades sociales, habilidades de adaptación, auto-cuidado, vida en el hogar, salud y seguridad, habilidades académicas.(34)

d. **Síndrome de Down.**- Es una enfermedad genética resultante de la trisomía del par 21 teniendo una etiología por la no disyunción meiótica, mitótica o una translocación de dicho par.

Los signos clínicos generales que lo caracterizan son: déficit cognitivo, braquicefalia, anomalías cardiacas congénitas, manos pequeñas, facies mongólica, hipotonía, además de retraso en el desarrollo físico y psíquico.

El déficit intelectual existe en todos los niños con síndrome de Down, pero la variabilidad en el coeficiente intelectual (CI) muestra un rango de CI de 25-75, mientras que los hitos iniciales del desarrollo psicomotor en estos niños siguen una secuencia levemente más tardía que la de la población promedio.

Al presentar la hipotonía como uno de los signos físicos más frecuentes esta condición, afecta principalmente al área motora gruesa y fina. El área del lenguaje también es una de las más afectadas en este síndrome en la dimensión expresiva oral, todos los hitos del desarrollo del lenguaje están levemente atrasados o no se presenta lenguaje oral.

En cuanto a la conducta y trastornos psiquiátricos también son comorbilidades propias del individuo con síndrome de Down entre los problemas de conducta más frecuentes esta: déficit de atención, hiperactividad que como es evidente causa dificultades más complejas al momento de escolarizarlo. (35) (36)

e. **Trastornos sensoriales.**- Esta es una condición que afecta a uno o a varios de los sentidos; y dependiendo del sentido que se encuentre alterado, se producirá una respuesta en una o varias áreas del desarrollo psicomotor, siendo estas respuestas casi siempre paralelas al retraso en el desarrollo del niño.

## **El sentido de la Vista**

El déficit visual es una alteración caracterizada por una limitación leve o total de la función visual.

Es imprescindible destacar que la discapacidad visual no afecta de forma directa el proceso de integración sensorial pues, el cerebro de la persona únicamente con discapacidad visual, procesa la información sensorial a través de los demás canales sensoriales.

Cuando el niño con deficiencia visual tiene una gama de información sensorial organizada, su cuerpo y cerebro se encuentran disponibles para producir respuestas de aprendizajes como cualquier otro niño; sin embargo, a partir de los 4 meses al lograr la coordinación de los músculos para producir el movimiento de los ojos, la visión va a dirigir el desarrollo de las áreas motora gruesa y fina, también el área social y de lenguaje están influenciadas por la exposición a estímulos visuales y la interacción, mediante el reconocimiento facial de las emociones.(37)(38)(39)(40)

## **El sentido de la Audición**

El déficit auditivo es un trastorno que puede ser pasajero o permanente, variando desde una leve hipoacusia hasta una deficiencia total del escucha. La principal afección que tiene estos niños en el desarrollo infantil es la dificultad para adquirir el lenguaje ya que este sirve al ser humano para conceptualizar el mundo, entenderlo y explicarlo. El niño con pérdida auditiva que no logra desarrollar un lenguaje ya sea verbal o de señas le será muy difícil adquirir conocimientos y comprender su entorno.

Está comprobado que la sordera profunda congénita, aparte de impedir el desarrollo del lenguaje, ocasiona cierta hipotonía, retraso de la marcha y, en ocasiones, tendencia al aislamiento social; cuando no es reconocida a tiempo, la discapacidad auditiva lleva a una menor estimulación del niño pequeño y una gran dificultad para desarrollar el lenguaje; además, de una estructuración anómala del pensamiento y consecuencias socio afectivas severas. (37)(39) (40)

## **El sentido del Gusto y Olfato**

El sentido del gusto y olfato cumplen un papel fundamental al momento de la alimentación debido que son los órganos a través de los cuales se estimula el apetito por este motivo cuando hay alteraciones de estos sentidos, puede llegar a ocasionar la evitación constante o el rechazo hacia ciertos alimentos, limitando así la ingesta adecuada; teniendo como resultado niños con un bajo rango de peso o talla incidiendo directamente en el desarrollo psicomotor adecuado, estos niños por lo general muestran dificultades en los sentidos de la propiocepción y el equilibrio; y presentan hiperlaxitud articular. (40)

Cuando los niños tienen alguna de estas disfunciones sensoriales a nivel general, pueden presentar niveles bajos de atención y concentración, niveles de actividad muy altos o muy bajos, dificultades en la coordinación y planeamiento del movimiento, dificultad para interactuar con sus pares y baja autoestima. (37)

f. **Multidiscapacidad.-** Caracterizada por la presencia de dos o más discapacidades que pueden presentarse en diferentes grados dependiendo de la edad, así como de la combinación y severidad de sus secuelas, bajo esta condición no se presenta a cada dificultad como un ente aislado sino a la presencia de todas las que el individuo presente y como estas interaccionan en conjunto. (37)

El desarrollo psicomotor de los niños que presentan discapacidades múltiples se verá afectado dependiendo de la patología presente por lo que se busca desarrollar habilidades adaptativas en la mayoría de las áreas del desarrollo a pesar del número de barreras sociales, físicas, psíquicas y culturales que impiden su plena y efectiva participación. (40)

### **2.11. Prevención**

#### **Prevención primaria**

Definido por acciones que se implementan antes de que surja una enfermedad o trastorno, con el objetivo, de evitar que ocurra. Esta prevención puede alcanzarse no solo mediante la protección específica ante diversos factores amenazantes, sino además con medidas de promoción de salud infantil. (41)

Tras la vigilancia del desarrollo, donde se presenta una alerta en el desarrollo infantil es el momento potencial para intervenir; considerando que debido a la plasticidad cerebral que se tiene dentro de los 3 primeros años de vida, un diagnóstico y una intervención precoz es clave para mejorar la calidad de vida.

### **Prevención secundaria**

Acciones que van encaminadas a limitar el impacto de una enfermedad que ya ha sido diagnosticada en el individuo; aquí se busca impedir el progreso de la enfermedad y prevenir el surgimiento de posibles complicaciones. Basándonos en el punto de vista del desarrollo evolutivo infantil, al presentarse un retraso en el desarrollo psicomotor el niño inmediatamente tiene la posibilidad de revertir o disminuir el impacto que causa esta condición. (41)

### **Prevención terciaria**

La enfermedad ha provocado daños irreversibles y que hay que intentar llevar el impacto de estos en la vida a su mínima expresión aquí se desarrollan acciones encaminadas a limitar el grado de discapacidad y hacer que el individuo se ajuste de forma funcional a las nuevas condiciones. (41)

En cuanto al desarrollo infantil una vez establecida una discapacidad en el desarrollo, todas las acciones de intervención se encaminarán al trabajo de la independencia.

## **2.12. Familia y la crianza en los niños**

Según la Organización de Naciones Unidas (ONU) define a la familia "Como nuclear es decir comprende las personas que forman un hogar privado tales como padres y los hijos".

Para Quintero la familia se define como "Un grupo que se caracteriza porque sus miembros están unidos por vínculos sanguíneos, jurídicos o por alianzas que establecen sus integrantes lo que conlleva a crear relaciones de dependencia y solidaridad, también es el espacio para la socialización del individuo, el desarrollo del afecto y la satisfacción de necesidades sociales, emocionales y económicas, y el primer agente trasmisor de normas, valores". (11) (42)

### 2.12.1. Estilos de crianza

Los estilos de crianza son el conjunto de conductas ejercidas por los padres hacia los hijos. Los padres son los principales responsables del cuidado y protección de los hijos por ende son los principales transmisores de principios, valores, las dimensiones que caracterizan son el control y exigencias, existencia de disciplina, la comunicación y el afecto explícito. (31)(43)(44)

Teoría de estilos de crianza según Baumrind, reconoce la presencia de dos dimensiones en la formación de los hijos: la aceptación y el control parental; la combinación de ambas conformó los tres estilos de crianza con sus respectivos patrones o características:

- a. **Estilo con autoridad.**- Denominado así a la de crianza de padres que presentan un patrón controlador pero flexible, que para tomar una decisión que pueda afectar también a sus hijos valoran, respetan y reconocen la participación de ellos en forma de decisiones, respetan su independencia, imponen castigos como consecuencia de las acciones en un contexto de apoyo. (45)
- b. **Estilo autoritario.**- Se denomina así el estilo que ponen en práctica los padres autoritarios, que se caracterizan por manifestar un nivel de control muy dominante y de escasa comunicación y afecto expresivo. Predominan la existencia de abundantes normas y la exigencia de una obediencia estricta. Dedican esfuerzo a influir, controlar, evaluar el comportamiento y las actitudes de sus hijos de acuerdo con patrones rígidos preestablecidos. La comunicación entre cada uno de los progenitores y el niño es pobre es decir la opinión del hijo tiene poca validez. (43)(45)
- c. **Estilo permisivo.**- Son padres caracterizados por un nivel bajo de control y un patrón tolerante, pero con un nivel alto de comunicación y afecto. Se caracterizan precisamente por el afecto y muy pocas veces ejercen control sobre el comportamiento de los hijos. Manifiestan una actitud positiva hacia el comportamiento del niño, aceptan sus conductas y usan poco el castigo. Consultan al niño sobre decisiones; no exigen responsabilidades ni orden; permiten al niño auto organizarse, no existiendo normas que estructuren su vida cotidiana; utilizan el razonamiento, pero rechazan el poder y el control sobre el niño; los niños reciben muy poca orientación llegando a manifestar inseguridad y ansiedad sobre las acciones que realizan. (30)(40) (45)

Para Vega existen cuatro estilos de crianza:

- a. **Estilo democrático.**- Padres con niveles altos en comunicación, afecto, control y exigencias de madurez. Toman en cuenta la opinión del hijo y la hacen valedera en las decisiones.
- b. **Estilo indiferente.**- Padres con un distanciamiento emocional y ausencia de normas y disciplina.
- c. **Estilo permisivo.**- Aquellos padres que permiten que sus hijos dirijan sus propias actividades sus padres suelen obedecer a los hijos y son estos los que están al mando de la familia.
- d. **Estilo autoritario.** - Imposición por parte del cuidador ya sean los padres o no, inflexible de normas y reglas independientemente de la edad de los hijos.  
(35) (43) (45)

#### 2.12.2. **Influencia de la crianza en el desarrollo psicomotor**

Con todas las maneras de los padres para educar y guiar a los hijos se ha podido determinar los efectos que causan sobre el desarrollo psicomotor de los infantes haciendo énfasis en las consecuencias.

##### a. **Área social**

Es muy importante conocer que la familia como primer entorno en el que el individuo se desarrolla, influye en el desarrollo socio afectivo del infante, ya que los modelos, valores, normas y habilidades se aprenden durante el período de la infancia, la cual está relacionada con el manejo y resolución de conflictos, las habilidades sociales y adaptativas, con las conductas sociales y con la regulación emocional.

Para Musitu y Soledad-lila (1993) citada por Remache (2014), señala que los estilos de socialización tienen una relación en la comunicación entre padres e hijos.

Los estilos de crianza democrático: es de gran influencia el nivel de comunicación con el que se relacionan dentro de la familia, los padres que utilizan comprensión y apoyo en la crianza tendrán un mayor nivel de comunicación, aquí los niños presentan un desarrollo psicomotor, asociado a conductas adecuadas, los padres se asesoran y las exigencias dependen de la edad de los niños.

Los estilos autoritarios: Los padres con niveles más bajos de comunicación que usan la coerción y el castigo físico más a menudo generan un desarrollo emocional disfuncional y deficitario en estrategias y competencias emocionales para la adaptación en distintos contextos de la vida, debido a la falta de espacio para el desenvolvimiento autónomo, de tal manera que el niño al interactuar con sus pares en ausencia de sus padres es incapaz de hacerlo. (30)(35)(43)

**b. Área de Lenguaje**

Los niños desarrollan mejor el lenguaje cuando sus cuidadores se ajustan al foco de atención que el niño elige; cuando se nombra objetos que en ese momento están siendo el foco de atención del niño se tienen mayores efectos sobre sus adquisiciones del vocabulario. (24) (42)

En el estilo de crianza democrático el entorno enriquece constantemente en el desarrollo del lenguaje del niño cuando habiendo factores que favorecen la socialización e interacción con sus pares y adultos que encuentran la manera de guiar y escucharlos.

Cuando hay un estilo de crianza indiferente la capacidad del niño de desarrollar el lenguaje a través de un ambiente enriquecedor se ve afectada lo cual dificulta el desarrollo de conceptos y pensamientos. (35) (44)

**c. Área Motora**

El niño tiene derecho a crear nuevas y cada vez experiencias más complejas, sí como a descubrir nuevas situaciones por su propia cuenta, y será él quien determine los propios límites de su capacidad e integridad física.

La sobreprotección propia de padres con un estilo de crianza autoritario puede originar en los niños una dependencia excesiva que les hace crecer asustadizos y propensos a dejarse vencer por el miedo a enfrentar nuevas situaciones; las consecuencias de una sobreprotección son profundas, estas persistirán en el futuro en forma de conflictos graves de inseguridad, inmadurez en sus relaciones, exagerada dependencia y falta de iniciativa.

Es importante por lo tanto conocer que la sobreprotección se encuentra íntimamente ligada con el desarrollo del lenguaje y motricidad de los niños. (7) (22)

## CAPITULO III

### 3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. Objetivo general

Determinar el desarrollo psicomotor de los niños y niñas que acuden a los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) de la Parroquia Hermano Miguel del cantón Cuenca 2017.

#### 3.2. Objetivos específicos:

- Determinar el desarrollo psicomotor de los niños y niñas que acuden a los Centros Infantiles del Buen Vivir, mediante la aplicación del test Brunet Lezine
- Relacionar los resultados con las variables edad, género, instrucción de padres y tipo de cuidador.
- Identificar las áreas de desarrollo psicomotor más vulnerables de los niños que asisten a los Centros Infantiles del Buen Vivir.

## CAPITULO IV

### 4. METODOLOGÍA

#### 4.1. Tipo de investigación y diseño general del estudio:

Observacional, descriptivo, cuantitativo, transversal

Área de estudio: Centros Infantiles del Buen Vivir Uncovía y Patamarca II.

#### 4.2. Operacionalización de las variables orden según los objetivos

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
<b>Género</b>	Diferencia biológica que diferencia a los organismos individuales	Fenotipo	Base de datos CIBV Uncovía y Patamarca II	Hombre Mujer
<b>Edad</b>	Días trascurridos desde la fecha del nacimiento hasta la fecha actual.	Biológica Los niños en los CIBV están ubicados según su edad, en diferentes aulas	Cédula Partida de nacimiento	12-18meses 19-24meses 25-30meses 31-36meses 37-48 meses
<b>Nivel de instrucción de los padres</b>	Caudal de conocimientos adquiridos, dentro del sistema educativo nacional.	Años aprobados	Cédula	Primaria Secundaria Superior Tercer nivel
<b>Cuidador</b>	Aquellas personas que proporcionan los cuidados básicos con responsabilidades prácticas.	Tipo de cuidador	Consentimiento informado firmado	Padre o madre Abuelo o abuela otro
<b>Brunet Lezine</b>	Escala del desarrollo psicomotor de la primera infancia	Edad	Cédula Partida de nacimiento	Baby test (12 a 30 meses) Escala Clásica (30 a 60 meses)

<b>Desarrollo psicomotor</b>	Es un proceso evolutivo multidimensional a través del cual el individuo adquiriendo y dominando habilidades cada vez más complejas.	Postura Coordinación Lenguaje Social	Brunet Lezine	Retraso en el desarrollo, cociente de desarrollo inferior a 70
------------------------------	---	--	---------------	--

#### **4.3. Universo de estudio, selección y tamaño de la muestra**

##### **4.3.1. Universo**

El universo está constituido por 89 niños y niñas que asisten a los Centros Infantiles del Buen Vivir de la Parroquia Hermano Miguel Cantón Cuenca, año 2017.

##### **4.3.2. Muestra**

La muestra se corresponde con el universo lo cual está constituido por niños y niñas de 2 meses y 0 días a 48 meses 0 días de edad que asisten al Centro Infantil del Buen Vivir Uncovia y Patamarca II del cantón Cuenca del año 2017.

##### **4.3.3. Unidad de Observación y Análisis**

Niños y niñas de 2 meses y 0 días a 48 meses y 0 días, que asisten a los Centros Infantiles del Buen Vivir del cantón Cuenca.

#### **4.4. Instrumentos y procedimientos para la recolección de la información**

Para la recolección de datos se aplicó la Escala del desarrollo de la primera infancia Brunet Lezine: Baby Test para niños de 2 a 30 meses y la Escala Clásica para niños de 24 a 60 meses de edad.

#### **4.5. Procedimientos para garantizar los procesos éticos**

- La confidencialidad de los resultados, se ingresó a los participantes con un código en la base de datos.
- Se entregó una ficha de asentimiento informado que será llenado por los representantes legales de todos los niños que asistan a los centros antes mencionados, la misma que queda a libre demanda de los padres que accedan a esta investigación.
- Se socializó los resultados obtenidos de los niños con retraso en el desarrollo para garantizar el trabajo prioritario.

## CAPITULO V

### CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

Tabla #1

Distribución de 89 niños y niñas de los Centros Infantiles del Buen Vivir de la parroquia Hermano Miguel según: **Género**

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	42	47,2
Masculino	47	<b>52,8</b>
Total	89	100,0

Fuente: Brunet Lezine

Autoras: Viviana Baculima – Victoria Quinde

**Interpretación:** Se puede evidenciar que existen 47,2% niñas y 52,8% niños, siendo en mayor número del género masculino.

**Tabla #2**

Distribución de 89 niños y niñas de los Centros Infantiles del Buen Vivir de la parroquia Hermano Miguel según: **Edad**

Edad por salas establecida por CIBV	Frecuencia N	Porcentaje %
12-18 meses	9	<b>10,1%</b>
19-24 meses	16	18,0%
25-30 meses	26	<b>29,2%</b>
31-36 meses	23	25,8%
37-48 meses	15	16,9%
Total	89	100,0%

**Fuente:** Brunet Lezine

**Autoras:** Viviana Baculima – Victoria Quinde

**Interpretación:** El 29,2%, son niños entre 25-30 meses y 10,1% lo constituyen niños de 12 a 18 meses.

**Tabla # 3**

Distribución de 89 niños y niñas de los Centros Infantiles del Buen Vivir de la parroquia Hermano Miguel según: **Nivel de Instrucción de los Padres.**

Nivel de Instrucción de los padres o cuidadores	Frecuencia <b>N</b>	Porcentaje <b>%</b>
Primaria	16	<b>18,0%</b>
Secundaria	54	<b>60,7%</b>
Nivel Superior	19	21,3%
Total	89	100,0%

**Fuente:** Brunet Lezine

**Autoras:** Viviana Baculima – Victoria Quinde

**Interpretación:** El 60,7% representa a niños con padres o cuidadores con nivel de instrucción secundaria; mientras que el 18,0% representa a niños con padres o cuidadores con nivel de instrucción primaria.

**Tabla #4**

Distribución de 89 niños y niñas de los Centros Infantiles del Buen Vivir de la parroquia Hermano Miguel según: ***Tipo de Cuidador***

Tipo de Cuidador	Frecuencia	Porcentaje
	N	%
Padre o Madre	83	<b>93,3</b>
Abuelo o abuela	2	<b>2,2</b>
Otro	4	4,5
Total	89	100,0

**Fuente:** Brunet Lezine

**Autoras:** Viviana Baculima – Victoria Quinde

**Interpretación:** el 93,3% tiene como tipo de cuidador principal a madre o padre mientras que el 2,2% tienen como tipo de cuidador a abuelo/a.

## CAPITULO VI

### RESULTADOS

Este estudio se realizó con la población de los Centros Infantiles del Buen Vivir, perteneciente a la parroquia Hermano Miguel; con una población de 89 niños y niñas obteniendo los siguientes resultados:

**Tabla # 1:**

Distribución de 89 niños y niñas de los Centros Infantiles del Buen Vivir de la parroquia Hermano Miguel según: ***Cociente del Desarrollo***

Cociente de Desarrollo	Frecuencia	Porcentaje
	N	%
Desarrollo Normal	87	97,8
Retraso del Desarrollo	2	2,2
Total	89	100,0

Fuente: Brunet Lezine

Autoras: Viviana Baculima – Victoria Quinde

**Interpretación:** El 97,8% de los niños y niñas presentan un Desarrollo Psicomotor Normal y el 2,2% presenta retraso en el desarrollo.

**Tabla #2**

Distribución de 89 niños y niñas de los Centros Infantiles del Buen Vivir de la parroquia Hermano Miguel según: **Edad y Cociente de Desarrollo**

Edad de los Niños	Cociente del Desarrollo				Total		
	Desarrollo Normal	N	%	Retraso del Desarrollo		N	%
12-18 meses	9	10,1%		0	0,0%	9	10,1%
19-24 meses	15	16,9%		1	1,1%	16	18,0%
25-30 meses	26	29,2%		0	0,0%	26	29,2%
31-36 meses	22	24,7%		1	1,1%	23	25,8%
37-48 meses	15	16,9%		0	0,0%	15	16,9%
Total	87	97,8%		2	2,2%	89	100,0%
CHI- CUADRADO DE PEARSON	69,474/GL			p= 0,298			

Fuente: Brunet Lezine

Autoras: Viviana Baculima – Victoria Quinde

**Interpretación:** El 1,1% de la población estudio presentó retraso del desarrollo psicomotor correspondiente a las edades de 19-24 meses y 31-36 meses, chi cuadrado 69,474 y valor p 0,298 , no existe relación de asociación significativa. Esto quiere decir que no hay relación entre la edad y el cociente de desarrollo, según los resultados encontrados en nuestro estudio.

**Tabla #3**

Distribución de 89 niños y niñas de los Centros Infantiles del Buen Vivir de la parroquia Hermano Miguel según: **Género y Cociente del Desarrollo**

Género	Cociente del Desarrollo					
	Desarrollo Normal		Retraso del Desarrollo		Total	
	N	%	n	%	N	%
Femenino	41	46,1%	1	1,1%	42	47,2%
Masculino	46	51,7%	1	1,1%	47	52,8%
Total	87	97,8%	2	2,2%	89	100,0%

CHI-CUADRADO DE PEARSON 1,669/GL2 P=0,434

**Fuente:** Brunet Lezine  
**Autoras:** Viviana Baculima – Victoria Quinde

**Interpretación:** El 2,2% del total de la población presenta retraso en el desarrollo psicomotor, siendo el 1,1% del género femenino y 1,1% del género masculino, chi cuadrado 1,669 y valor p 0,434; no existe relación de asociación significativa. Esto quiere decir que no hay relación entre género y el cociente de desarrollo, según los resultados encontrados en nuestro estudio.

**Tabla #4**

Distribución de 89 niños y niñas de los Centros Infantiles del Buen Vivir de la parroquia Hermano Miguel según: ***Instrucción de Padres y Conocimiento de Desarrollo***

Instrucción de Padres	Diagnóstico del Desarrollo				Total	
	Desarrollo Normal		Retraso del Desarrollo			
	N	%	n	%	N	%
Primaria	15	16,9%	2	2,2%	17	19,1%
Secundaria	53	59,6%	0	0,0%	53	59,6%
Nivel Superior	19	21,3%	0	0,0%	19	21,3%
Total	87	97,8%	2	2,2%	89	100,0%
CHI- CUADRADO DE PEARSON	8,665/GL2			<b>p=0,013</b>		

Fuente: Brunet Lezine

Autoras: Viviana Baculima – Victoria Quinde

**Interpretación:** El 2,2% de los casos que presentan retraso en el desarrollo tienen padres o cuidadores con un nivel de instrucción primaria, chi cuadrado 8,665 y valor p 0,013, no existe relación de asociación significativa. Esto quiere

dicir que no hay relación entre nivel de instrucción de los padres y el cociente de desarrollo, según los resultados encontrados en nuestro estudio.

**Tabla #5**

Distribución de 89 niños y niñas de los Centros Infantiles del Buen Vivir de la parroquia Hermano Miguel según: ***Tipo de Cuidador y Cociente del Desarrollo***

Tipo de Cuidador	Cociente del Desarrollo					
	Desarrollo Normal		Retraso del Desarrollo		Total	
	n	%	n	%	N	%
Padre o Madre	81	91,0%	2	2,2%	83	93,3%
Abuelos	2	2,2%	0	0,0%	2	2,2%
Otro	4	4,5%	0	0,0%	4	4,5%
Total	87	97,8%	2	2,2%	89	100,0%

CHI- CUADRADO DE PEARSON	0,148GL2	p=0,929
-----------------------------	----------	---------

Fuente: Brunet Lezine

Autoras: Viviana Baculima – Victoria Quinde

**Interpretación:** El 2,2% de la población de estudio presenta retraso en el Desarrollo psicomotor y tienen como cuidador principal al Padre o Madre, chi cuadrado 0,148 y valor p<0,929 , no existe relación de asociación significativa.

Esto quiere decir que no hay relación entre el tipo de cuidador y el cociente de desarrollo, según los resultados encontrados en nuestro estudio.

**Tabla #6**

Distribución de 89 niños y niñas de los Centros Infantiles del Buen Vivir de la parroquia Hermano Miguel según: **Área de vulnerabilidad en el Desarrollo Psicomotor**

Área más Vulnerable en el Desarrollo Psicomotor	Frecuencia	Porcentaje	
		N	%
Postura	7	14,5 %	
Coordinación	5	10,4 %	
Lenguaje	<b>29</b>	<b>60,4 %</b>	
Social	7	14,5 %	
Total	48	100,0 %	

Fuente: Brunet Lezine

Autoras: Viviana Baculima – Victoria Quinde

**Interpretación:** Del total de niños y niñas evaluados con la escala Brunet Lezine Baby test, el área de Lenguaje constituye la más vulnerable con 60,4%.

## CAPITULO VII

### 7.1. DISCUSIÓN

El desarrollo psicomotor en la primera infancia se ve influenciado por diversos factores biológicos y ambientales; presentando como respuesta un deterioro en la evolución del mismo.

El retraso en el desarrollo psicomotor es una problemática a nivel mundial teniendo en cuenta que muchos niños que presentaron retrasos en el desarrollo psicomotor tienen mayor riesgo de presentar una discapacidad en la vida adulta (7) se ha comprobado que la prevención y detección temprana permite aplicar actividades terapéuticas que mejoren la calidad de vida para estos niños.

Bajo este marco, se determinó el desarrollo psicomotor utilizando la Escala del Desarrollo Psicomotor Brunet Lezine - Versión Revisada a 89 niños y niñas de 12 a 48 meses, que asistieron a los Centros Infantiles del Buen Vivir de la Parroquia Hermano Miguel de la ciudad de Cuenca.

Al analizar los datos obtenidos, se puede observar que el 98.8% presenta un desarrollo psicomotor normal mientras que el 2,2% de la población presenta un retraso en el desarrollo psicomotor. La presente investigación se paralela con la investigación titulada “**En Niños Y Niñas De 4- 5 Años De Edad, ¿Cómo varia el Desarrollo Psicomotor entre Los Que Asisten A Escuelas Urbanas y Rurales? Estudio En Cinco Escuelas Urbanas Y Cinco Escuelas Rurales Públicas Del Cantón Cuenca**” realizada en el año 2015, este estudio refirió que de 100 niños/as que asistieron a centros educativos públicos urbanos el 98% obtuvo un desarrollo normal, el 2% retraso del desarrollo leve. Y en la zona rural de 100 niños/as el 97% presenta un desarrollo normal y un 3% muestra retraso del desarrollo leve (48).

La investigación titulada “**Evaluación del desarrollo psicomotor en prescolares de 3 a 5 años de la escuela Iván Salgado Espinoza de la ciudad de Cuenca 2014-2015**”, al evaluar una población de 72 niños y niñas de edades

entre 3 a 5 años mostró que la edad donde se evidencia mayores retrasos es en niños de 3 años con un 5,5%. (46). En nuestra investigación la edad en la que se presentó mayor retraso en el desarrollo corresponde a 24 - 30 meses representando un 2,2% de la población.

Según Álvarez y Fajardo, en su investigación “**Evaluación del Desarrollo Psicomotor en niños/as de los Centros Infantiles “Angelitos, San Francisco y Huayna Cápac”**”, Cuenca 2016. Al evaluar 90 niños/as entre las edades de 17 a 30 meses, determinó que el 5,5% presentó retraso en el desarrollo psicomotor de lo cual 3,3% eran niños, y, el 2,2% eran niñas. Nuestro estudio, muestra un retraso del desarrollo del 2,2%; de los cuales, el 1.1% corresponde a niños y 1.1% a niñas.

Para Soler y colaboradores en su investigación “**Relación entre las características del ambiente psicosocial en el hogar y el desarrollo psicomotor en el niño menor a 36 meses de edad**”. De 293 familias evaluadas, los padres que cuentan con una instrucción secundaria representan el 49.47% (47). Se contrasta el estudio de Ávila titulado "**Escolaridad de los padres y desarrollo del menor de cinco años en la Caja Petrolera de Salud**" con el cual se investigó a 246 niños de los cuales el 61,0% de las madres tenían un nivel de instrucción secundaria el mismo que muestra una relación estadísticamente significativa  $p < 0.03$  entre la escolaridad de la madre y el desarrollo del lenguaje en el grupo de niños de 4 años. En el presente estudio tenemos que el nivel de instrucción secundaria en los cuidadores representa el 60.7%, siendo en la población de cuidadores con un nivel de instrucción primaria 18,0% donde se hace presente la población con retraso en el desarrollo psicomotor.

En el estudio “**Relación entre las características del ambiente psicosocial en el hogar y el desarrollo psicomotor en el niño menor a 36 meses de edad**”. Muestra que el 88.40% de los niños y niñas recibió el cuidado predominante de la madre, mientras que los que se encuentran a cargo de otro

miembro de la familia representaron el 10.58%, siendo generalmente la abuela (47). Mientras que para Andraca, Pino y colaboradores en el estudio “**Factores de riesgo para el desarrollo psicomotor en lactantes nacidos en óptimas condiciones biológicas**”, mostró que, de 174 niños evaluados el 94,2% son cuidados principalmente por sus propias madres. En nuestro estudio la estadística muestra que el tipo de cuidador predominante es la madre o padre con un 93.3% siendo ésta la población donde se presenta los casos con retraso en el desarrollo psicomotor; la población al cuidado de abuelos es de 2.2%, mientras que los niños al cuidado de otro tipo de cuidador representan un 4.5%.

Según la Organización Panamericana de la Salud, en el estudio “**Diagnóstico sobre la población en condiciones de pobreza vulnerable a los efectos de la desnutrición en la ciudad de México**”, a los 5 años el 50% de los niños presenta retrasos del desarrollo del lenguaje. Mientras que para Schonhaut, Rojas y Kaempffer en su investigación “**Factores de riesgo asociados a déficit del desarrollo psicomotor en preescolares de nivel socioeconómico bajo. Comuna urbano rural, Región Metropolitana, 2003**” reportan un déficit del desarrollo psicomotor del 29%, siendo el lenguaje con el 60% el área más frecuentemente comprometida. En la presente investigación, los niños evaluados con la escala del desarrollo psicomotor Brunet Lezine - Baby Test, el 60.4% presentan dificultad en el área de lenguaje, siendo evidente que esta es el área más vulnerable tanto en niños como en niñas.

Todos los datos que reposan en esta investigación han sido analizados y contrastados con estudios científicos; que corroboran los resultados obtenidos y expuestos en el presente estudio.

## 7.2. CONCLUSIONES

La presente investigación se realizó en una población de 89 niños y niñas con edades comprendidas entre las de 12 a 48 meses de los Centros Infantiles del Buen Vivir "Uncovía" y "Patamarca II", dónde el 52,8% son niños y el 47,2% son niñas, y se concluye que:

El 97,8% de la población estudio presenta un desarrollo psicomotor normal y un 2,2% presenta retraso en el desarrollo psicomotor, siendo 1,1% en niños, y el 1,1% en niñas.

El 97,8% de la población presenta un desarrollo normal presentando un 91% como cuidador principal padre o madre, un 2,2% a los abuelos y un 4,49% otro tipo de cuidador; el 2,2% presenta retraso en el desarrollo teniendo como cuidador principal padre o madre.

El 16,85% presenta cuidadores con una instrucción primaria, el 59,5% tienen cuidadores con un nivel de instrucción secundaria y el 21,34% tienen cuidadores con un nivel de instrucción superior; del total de niños que presentan retraso en el desarrollo psicomotor el 2,2% tienen cuidadores con un nivel de instrucción primaria.

El 10,4% presenta retraso en el área de coordinación, el 14,5% en el área de postura, el 14,5% presenta retraso en el área social; pero en el área de lenguaje se evidencia un retraso del 60,4% del total de la población estudio, constituyéndose en el área más vulnerable.

### 7.3. RECOMENDACIONES

- a. Impartir capacitaciones a cuidadores y profesionales que traten con la población infantil, en torno a detectar posibles retrasos del desarrollo, para prevenir y potenciar el desarrollo infantil integral desde centros infantiles y hogares.
- b. Realizar un seguimiento a aquellos niños que presentan retraso en el desarrollo, propiciar evaluaciones periódicas y exhaustivas con escalas que muestren una especificidad y confiabilidad; tras presentar retraso en el desarrollo psicomotor referir a un centro integral especializado, para descartar patologías o alteraciones en los diversos niveles bio-psico-sociales.
- c. Guiar el desarrollo de cada uno de los niños en todas las áreas por igual, y para niños que ameriten el establecimiento de criterios de adaptación curricular para niveles iniciales procurando asegurar una inclusión eficaz y así lograr un mejor desarrollo en cada uno de ellos.
- d. Realizar evaluaciones del desarrollo psicomotor en todos los Centros Infantiles del Buen Vivir, para garantizar un control y seguimiento de los niños y niñas.
- e. Plantear investigaciones sobre el desarrollo psicomotriz en menores de 5 años pues es de vital importancia su valoración, considerando como un método tanto de prevención como de identificación de alteraciones, generando la posibilidad de que las intervenciones reduzcan o eliminan el impacto de este retraso.

## CAPITULO VIII

### 8. MATERIAL DE REFERENCIA

#### 8.1. Referencias Bibliográficas:

1. Martínez N, Cruces H. et al. Signos De Alarma En El Desarrollo Psicomotor. España. 2012. [Citado 2017 Oct 12].
2. Huiracocha L, Robalino G. et al. Retrasos del desarrollo psicomotriz en niños y niñas urbanos de 0 a 5 años: Estudio de caso en la zona urbana de Cuenca, Ecuador, Maskana. [internet]. 2012 May [citado 2015 Jul 18]; 3(1):13-28.
3. Avendaño S, Clotilde R, et al. En niños y niñas de 4 a 5 años de edad ¿Cómo varía el desarrollo psicomotor entre los que asisten a escuelas rurales y urbanas? Estudio en cinco escuelas rurales y urbanas del cantón Cuenca. 2015 [citado 2017 Abr 27].
4. Huiracocha L., Robalino G, et al. Retrasos del desarrollo psicomotriz en niños y niñas urbanos de 0 a 5 años: Estudio de caso en la zona urbana de Cuenca, Ecuador. 2012 [citado 2017 Abril 30].
5. Avendaña S, Clotilde R, et al. Prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niñas de 0 a 5 años de edad que asisten a los centros infantiles privados regulares del área periférica del cantón Cuenca 2008-2010. 2010 [citado 2017 Abr 27].
6. Cruz F, Davila MJ, Gutierrez T. et al. [Internet]. Coordinación General de Gestión del Conocimiento Dirección de Investigación y Análisis: Desarrollo infantil integral. Quito 2014. [citado 2017 abr 20]. 13- 15.
7. Unicef [Internet]. El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad. Nuevo York. 2011. [citado 2017 abr 20]. 11 – 22 p.

8. Mcds, Mies, Mineduc [Internet]. Estrategia nacional intersectorial de desarrollo infantil integral; 2011 [citado 2017 abr 20]. 15 p.
9. Fijeiras AC, Neves de Souza IC, et al. Manual de vigilancia del desarrollo infantil de 0 a 6 años en el contexto de AIEPI [Internet]. Washington DC: OPS; 2011 [citado 2017 abril 20]. 2 ed: 1- 4- 7 p.
10. Senplades. Buen vivir: plan nacional 2013-2017: todo el mundo mejor. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo; 2013. 124 p.
11. Direccion Nacional De Servicios De Centros Infantiles Del Buen Vivir Cibv [Internet]. Guía teórico metodológico de los CIBV. Quito 2013 [citado 2017 abr 20]. 5, 11-13, 23-27 p.
12. MIES [Internet]. Norma Técnica del Desarrollo Infantil Integral: Servicios y Centros de Desarrollo Infantil. Quito 2014. p: 8.
13. Romo B, Liendo S, et al. Pruebas de tamizaje de Neurodesarrollo global para niños menores de 5 años de edad validadas en Estados Unidos y Latinoamérica: revisión sistemática y análisis comparativo. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [revista en la Internet]. 2012 [citado 2017 Abr 20] 69( 6 ): 450-462.
14. Costas V. Moragas. C. Evaluación del Desarrollo en Atención Temprana [Internet]. 2009. [citado 2017 abril 20].
15. Josse D. Brunet Lezine Revisado. Escala para medir el desarrollo psicomotor de la primera infancia. Madrid: Mepsa; 2008.
16. Schonhaut L. Salinas P. et al. Desarrollo Psicomotor en Niños de Nivel Socioeconómico Medio-Alto. [Internet]. 2010 [citado 2017 abril 20].
17. Verical. A. Orden. A. El desarrollo psicomotor y sus alteraciones entre lo normal y patológico. [Internet] 2013.
18. Tique M, Ramos N. Factores Que Afectan El Desarrollo Psicomotor En Infantes de 8 A 24 Meses del Jardín Social Perlitas del Otún. Pereira 2012 [Citado 2017 Oct 12];

19. Calvo.M. Moreno. C. et al. Desarrollo Infantil I Características y Escalas Generales de Evaluación [Internet]. 2011[citado 2017 abril 20].
20. Núñez Andrés C. Estudio Secuencial del test Brunet Lezine con el estado acido base y tipo de acidosis en la etapa perinatal [Internet]. Instituto de estudios Ceutíes Ceuta 2015 [citado 2017 abril 20].
21. Vielma E, Salas M. Aportes de las teorías de Vygotsky, Piaget, Bandura y Bruner. Paralelismo en sus posiciones en relación con el desarrollo Educere. 2000 [Citado 2017 Oct 12].
22. Jaume J. Master en Paidopsiquiatría. Desarrollo Cognitivo Las Teorías De Piaget Y Vigotsky. [Citado 2017 Oct 12].
23. Kovalsky O, Oldak D. Gateo. Revisión de la literatura médica Bernardo. Revista Mexicana de Pediatría. Vol. 82, No. 4, pp 144-148. México 2015. [Citado 2017 Oct 12].
24. Martinez N, Cruces H. Signos de alarma en el desarrollo psicomotor. España. 2012..[Citado 2017 Oct 12].
25. Navarro. M. Adquisición Del Lenguaje. Orden De Adquisición De Las Consonantes En La Lengua Española, Revista Internacional de Filología y su Didáctica" 30, 2007. pp. 297-336. [Citado 2017 Oct 12].
26. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria [Internet]. [citado 2017 Abr 27].
27. Quinteros E, Alejandro J. Signos de alarma de un desarrollo infantil alterado, en niños de 0 - 2 años de edad cronológica. 2013 [citado 2017 Abr 28].
28. Políticas públicas en alimentación y nutrición: los programas de alimentación social de Ecuador. Flacso-Sede Ecuador; 2011. 226 p.
29. López Pisón J. Monge Galindo L. Evaluación y manejo del niño con retraso psicomotor. Trastornos generalizados del desarrollo. [Internet] 2011. [citado 2017 abril 20].

30. Verical. A. Orden. A. Herramientas de Screening del Desarrollo Psicomotor en Latinoamérica. [Internet]. 2010 [citado 2017 abril 20].
31. Raineri F. Confaline M. Unicef: Determinantes Sociales y Ambientales para el Desarrollo de los Niños y Niñas desde el Período del Embarazo hasta Los 5 años. Argentina 2015. [Citado 2017 Oct 12].
32. Póo Argüelles P. Parálisis cerebral infantil. Servicio de Neurología. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona 2008. [Citado 2017 Oct 12].
33. Palomo R. Trastornos del espectro del autismo. [Citado 2017 Oct 12].
34. Godoy P. Guía de apoyo técnico-pedagógico: Necesidades educativas especiales en el nivel de educación parvulario. Chile 2007. [Citado 2017 Oct 12].
35. Darezzo M, Dupas G. Independencia del niño con síndrome de Down: la experiencia de la familia. Rev. Latino-Am. Enfermagem Artículo Originale 19(4): Brasil 2011. [Citado 2017 Oct 12].
36. Kaminker P, Armando R. Síndrome de Down: Primera parte: enfoque clínico-genético. Arch. argent. pediatr. [Internet]. 2008 Jun [citado 2017 Oct 12] ; 106( 3 ): 249-259.
37. Lobera. J. Discapacidad auditiva. Guía didáctica para la inclusión en educación inicial y básica. Conafe. México 2010. [Citado 2017 Oct 12];
38. Narbona J, Schlumberger E. Retraso psicomotor. Asociación Española de Pediatría. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neurología Pediátrica. España 2008. [Citado 2017 Oct 12].
39. Medina. M, Kahn I, Muñoz. P, Leyva. J, et. Neurodesarrollo Infantil: Características Normales y Signos De Alarma en el Niño Menor de Cinco Años. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2015; 32(3):565-73. [citado 2017 Oct 12];
40. Morales M, Garcia B, Ayola A. Desarrollo Del Niño con Deficiencia Visual desde una Perspectiva Sociaocultural. Brasil 2007. [Citado 2017 Oct 12];

41. Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana. Libro Blanco de la Atención Temprana. Ed. Real Patronato sobre Discapacidad. Madrid 2005. p: 12 -16.
42. Gallego M. Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. Revista Virtual Universidad Católica del Norte, núm. 35, pp. 326-345, Colombia 2012. [Citado 2017 Oct 12].
43. Ramírez, M. Parents and development of their children: child-rearing practices. Estudios pedagógicos. Valdivia.2005, 31(2), 167-177. [Citado 2017 Oct 12].
44. Remache. E. Estilos de Crianza en niños y niñas de 0 a 3 años de edad. Cuenca 2014. [Citado 2017 Oct 12].
45. Navarrete L. Estilos De Crianza y Calidad de Vida en Padres de Preadolescentes que Presentan Conductas Disruptivas en el Aula. Chile 2011. [Citado 2017 Oct 12].
46. Chacha M, Crespo M. Evaluación del Desarrollo Psicomotor en Preescolares de 3 a 5 años de la escuela “Iván Salgado Espinosa” de la ciudad de Cuenca. 2015.
47. Soler K, Rivera I, et al. Relación entre las características del ambiente psicosocial en el hogar y el desarrollo psicomotor en el niño menor a 36 meses de edad. 2007.