



# UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Enfermería

**Estudio comparativo del perfil familiar y el retraso en el desarrollo psicomotor en niños de 0-5 años de edad pertenecientes a las parroquias de Sayausí y el Vecino, durante los meses de julio y agosto del año 2019.**

Proyecto de investigación previo  
a la obtención del título de  
Licenciado en Enfermería

Autoras:

Johanna Fernanda Ochoa Palacios.

CI: 0150471209

Correo electrónico: [johannafer96@gmail.com](mailto:johannafer96@gmail.com)

Joselyn Carolina Quezada Carrión.

CI: 0105018212

Correo electrónico: [carolinaquezada\\_07@hotmail.com](mailto:carolinaquezada_07@hotmail.com)

Director:

Dr. Carlos Eduardo Arévalo Peláez., Mgt.

CI: 0103417358

**Cuenca - Ecuador**

03-marzo-2020



## **Resumen:**

**Introducción:** El retraso del desarrollo psicomotor representa un problema de salud pública en la actualidad debido a que condiciona diferentes complicaciones a lo largo de la vida del niño y posteriormente en su etapa adulta.

**Objetivo:** Describir el perfil familiar y el retraso en el desarrollo psicomotor en niños de 0-5 años de edad pertenecientes a las parroquias de Sayausí y el Vecino.

**Metodología:** Fue un estudio cuantitativo, observacional, analítico y de corte transversal que se llevó a cabo en las parroquias de Sayausí y el Vecino, evaluando a niños de entre 0 y 5 años mediante el test de Denver y sus familias fueron entrevistadas mediante un cuestionario que abarcó las características generales de padre y madre, estatus socioeconómico de la familia, funcionalidad y tipo de familia. Las variables fueron cuantitativas y cualitativas, siendo valoradas a través del programa estadístico SPSS en su versión más actualizada.

**Resultados:** Se obtuvo como resultado de los 140 niños evaluados un 73,6% normales, 17,90% en riesgo; 7,90% dudoso y 0,70% con retraso, relacionando significativamente con los factores socioeconómicos, edad de la madre y consumo de sustancias por parte de los padres, así como con el estado nutricional del niño.

**Conclusiones:** Se concluye que el perfil familiar, la estratificación socioeconómica, los hábitos de consumo de sustancias de los padres y el estado nutricional del niño, se relacionan en un 26,4% con el riesgo y retraso en el desarrollo psicomotor de niños de 0 a 5 años de las parroquias de Sayausí y el Vecino.

**Palabras clave:** Desarrollo Psicomotor. Perfil Familiar. Funcionalidad Familiar. Tipo de Familia.



## **Abstract:**

**Introduction:** The delay of psychomotor development represents a public health problem today because it conditions different complications throughout the child's life and later in his adult stage.

**Objective:** To describe the family profile and the delay in psychomotor development in children 0-5 years of age belonging to the parishes of Sayausí and El Vecino.

**Methodology:** It was a quantitative, observational, analytical and cross-sectional study that was carried out in the parishes of Sayausí and El Vecino, evaluating children between 0 and 5 years old using the Denver test and their families were interviewed using a questionnaire which covered the general characteristics of father and mother, socioeconomic status of the family, functionality and type of family. The variables were quantitative and qualitative, being assessed through the SPSS statistical program in its most updated version.

**Results:** A result of the 140 children evaluated were 73.6% normal, 17.90% at risk; 7.90% doubtful and 0.70% late, significantly relating to socioeconomic factors, age of the mother and substance use by the parents, as well as the nutritional status of the child

**Conclusions:** It is concluded that the family profile, socioeconomic stratification, substance use habits of the parents and the nutritional status of the child, are 26.4% related to the risk and delay in psychomotor development of children 0-5 years from the parishes of Sayausí and El Vecino

**Keywords:** Psychomotor Development. Family Profile. Family Functionality. Type of Family.



## ÍNDICE

Resumen:.....	2
Abstract:.....	3
ÍNDICE .....	4
Cláusula de Licencia y Autorización para publicación en el Repositorio Institucional .....	6
Cláusula de Propiedad Intelectual .....	7
Cláusula de Licencia y Autorización para publicación en el Repositorio Institucional .....	8
Cláusula de Propiedad Intelectual .....	9
AGRADECIMIENTO.....	10
AGRADECIMIENTO.....	11
DEDICATORIA .....	12
DEDICATORIA .....	13
CAPÍTULO I.....	14
1.1. INTRODUCCIÓN .....	14
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
1.3. JUSTIFICACIÓN .....	16
CAPÍTULO II .....	18
2. FUNDAMENTO TEÓRICO: .....	18
2.1. ESTADO DEL ARTE: .....	18
2.2. MARCO CONCEPTUAL.....	19
CAPÍTULO III .....	27
3. OBJETIVOS .....	27
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	27
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
CAPITULO IV .....	28
4.1 TIPO DE ESTUDIO.....	28
4.2 AREA DE ESTUDIO.....	28
4.3 UNIVERSO Y MUESTRA.....	28
4.3.1 UNIVERSO.....	28
4.3.2 MUESTRA.....	28



4.4 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION .....	29
4.4.1 CRITERIOS DE INCLUSION.....	29
4.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSION .....	29
4.5 VARIABLES .....	29
4.6 METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCION DE DATOS..	30
4.7 TABULACION Y ANALISIS.....	32
4.8 ASPECTOS ETICOS.....	33
CAPITULO V .....	34
RESULTADOS, TABLAS .....	34
CAPÍTULO VI.....	54
DISCUSIÓN .....	54
CAPITULO VII .....	58
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	58
CONCLUSIONES. .....	58
RECOMENDACIONES .....	60
CAPITULO VIII .....	61
BIBLIOGRAFIA GENERAL .....	61
CAPITULO IX.....	66
ANEXOS.....	66
Anexo 1. Escala de DENVER para valoración del desarrollo psicomotor. .....	66
Anexo 2. Cuestionario para evaluación materna y paterna.....	67
Anexo 4. TEST SS-FIL para evaluar funcionalidad familiar .....	72
Anexo 5. Cuestionario para evaluación del niño.....	73
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	74
CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	78
Anexo 6. Consentimiento informado .....	78
GRAFICOS .....	81



## Cláusula de Licencia y Autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Yo, Johanna Fernanda Ochoa Palacios, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **“Estudio comparativo del perfil familiar y el retraso en el desarrollo psicomotor en niños de 0-5 años de edad pertenecientes a las parroquias de Sayausí y el Vecino, durante los meses de julio y agosto del año 2019.”**, de conformidad al artículo 114 del CODIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMIA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INOVACION, reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferibles y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

**Cuenca, 03 de Marzo del 2020**

**Johanna Fernanda Ochoa Palacios.**

**CI: 0150471209**



### Cláusula de Propiedad Intelectual

Yo, Johanna Fernanda Ochoa Palacios, autora del proyecto de investigación **"Estudio comparativo del perfil familiar y el retraso en el desarrollo psicomotor en niños de 0-5 años de edad pertenecientes a las parroquias de Sayausí y el Vecino, durante los meses de julio y agosto del año 2019"**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 03 de Marzo del 2020.



**Johanna Fernanda Ochoa Palacios.**

**CI:** 0150471209.



## Cláusula de Licencia y Autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Yo, Joselyn Carolina Quezada Carrión, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **“Estudio comparativo del perfil familiar y el retraso en el desarrollo psicomotor en niños de 0-5 años de edad pertenecientes a las parroquias de Sayausí y el Vecino, durante los meses de julio y agosto del año 2019.”** de conformidad al artículo 114 del CODIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMIA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INOVACION, reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferibles y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

**Cuenca, 03 de Marzo del 2020.**

**Joselyn Carolina Quezada Carrión.**

**CI: 0105018212**



### Cláusula de Propiedad Intelectual

Yo, Joselyn Carolina Quezada Carrión, autora del proyecto de investigación **“Estudio comparativo del perfil familiar y el retraso en el desarrollo psicomotor en niños de 0-5 años de edad pertenecientes a las parroquias de Sayausí y el Vecino, durante los meses de julio y agosto del año 2019.”** certifico que todas las ideas, opiniones y contextos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

**Cuenca, 03 de Marzo del 2020.**

**Joselyn Carolina Quezada Carrión.**

**CI: 0105018212**



## AGRADECIMIENTO

Primeramente quiero agradecer a Dios, a mis padres Nora, Bolívar y Clara por haberme enseñado a luchar ante las adversidades, por su sacrificio diario por verme brillar, por siempre estar a mi lado, por ser un gran apoyo en todo momento y por cuidar de mí.

A Francisco el amor de mis días; por ser un compañero de vida excepcional, que con su amor y su apoyo supo acompañarme en todos los momentos de mi vida, por ser mi incondicional.

A mis pequeños grandes amores: Lizbeth, Andrés, María Paz, Samara y Josué, porque con ellos a mi lado jamás me faltó motivación, una sonrisa o un abrazo.

A mi Tía, Carmita por motivarme a seguir adelante por sus palabras de aliento y por su: “Vuela alto mi chola” que siempre supo ponerme de pie, a mi hermano Geovanny por ser el mejor amigo de toda mi vida, por ponerme como su ejemplo, por sus abrazos de apoyo, a mi querida Seño Carmy por sus consejos y su apoyo incondicional.

Al Dr. Carlos Arévalo Peláez, por su apoyo y motivación para la elaboración y culminación de esta tesis.

**Johanna Fernanda Ochoa Palacios.**



## AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por regalarme un día más de vida, por permitirme gozar de salud y de mi hermosa familia, para poder cumplir cada una de mis metas.

A mi madre, Nelly y a mi padre José, quienes han sido mi motor para permanecer tantos años lejos de ellos y permitirme volar y crecer como ser humano, sin su cariño y su amor no sería el ser humano que hoy soy.

A mis hermanos, Marco, Juan; en especial a Rosario, quien me apoyo desde mis inicios colegiales; José, con quien he podido contar en cada instante que lo he necesitado, Alexandra, quien con su carisma me ha brindado momentos de paz y de tranquilidad.

Agradezco a mis sobrinos, mis pequeños, Pedro, Adrián, Domenica, Brianna y Sebastián; quienes con sus sonrisas, sus preguntas inocentes y su amor me han permitido ser una profesional y volver a sentir nuevamente como es la esencia de un niño.

Agradezco a Fernando, mi compañero de vida, quien ha permanecido en momentos fundamentales de mi vida universitaria, me ha brindado su apoyo y su amor incondicional, y sé que la vida le traerá enormes bendiciones por ser la persona perfecta para mi vida.

Agradezco al Dr. Carlos Arévalo Peláez, quien nos ha apoyado y nos ha guiado para poder finalizar con éxito este proyecto de investigación.

**Joselyn Carolina Quezada Carrión.**



## **DEDICATORIA**

Con mucho amor para Dios, mis padres: Nora, Bolívar y Clara, mi enamorado Francisco, mis pequeños grandes amores: Lizbeth, Andrés, María Paz, Samara y Josué, mi tía Carmita, a mi hermano Geovanny y mi Seño Carmy.

**Johanna Fernanda Ochoa Palacios.**



## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a mis padres, Nelly y José; a mis hermanos y mis sobrinos, quienes han sido mi soporte a lo largo de estos años, y hoy les entrego el fruto de todo el trabajo conjunto como familia. Quiero dedicar de forma especial a mi abuelo, Luis Mario, mi ángel, quizá Dios lo necesitaba más que yo y ahora me cuida y me guía desde el cielo, siempre lo llevaré en mi corazón. A mi novio Fernando, por creer en mí y acompañarme en este, uno de los muchos sueños que poseo.

**Joselyn Carolina Quezada Carrión.**



## CAPÍTULO I

### 1.1. INTRODUCCIÓN

El retraso en el desarrollo psicomotor (DPM) abarca un amplio espectro de deficiencias o falta de características del desarrollo que son apropiadas para la edad de un niño. Puede manifestarse de varias formas que incluyen los dominios motor, mental, de lenguaje y social (1,2). En todo el mundo, el retraso en el desarrollo explica más morbilidad a lo largo de la vida que cualquier otra condición crónica. Una estimación conservadora es que en todo el mundo más de 200 millones de niños menores de 5 años no lograron alcanzar su potencial en el desarrollo cognitivo y socioemocional (3).

Factores sociales como la pobreza, desnutrición, falta de atención adecuada, maltrato y el abandono infantil se han identificado como contribuyentes a la demora del desarrollo (4), la cual se ha convertido en un problema importante en los países de ingresos bajos y medios (5). Además, las estadísticas nacionales sobre el desarrollo cognitivo o socioemocional de los niños pequeños no están disponibles para la mayoría de los países en desarrollo. Esta brecha contribuye a la invisibilidad de la cuestión del retraso del desarrollo.

En muchos casos, detectando retrasos en el desarrollo e investigando sus causas permiten implementar tratamientos y medidas de soporte que puedan favorecer el desarrollo (5,6). Varios estudios han podido mostrar evidencia sobre los beneficios de una intervención temprana en relación con el progreso del paciente a corto y medio plazo (7). A medida que los niños crecen la influencia de su entorno también aumenta, y las diferencias en el desarrollo psicomotor entre niños con desigual estimulación se hacen más profundas (8).

En este mismo orden de ideas la familia juega un papel crucial en el DPM del niño, debido a que es el principal sistema con el cual la nueva vida tiene contacto al menos los primeros años posterior al nacimiento, diversos estudios han reportado que las características familiares tienen una estrecha relación con el DPM, sin embargo en Ecuador no ha sido estudiada a profundidad esta asociación por lo cual es el objetivo de



este análisis describir el perfil familiar y el DPM de los niños entre 0 y 5 años pertenecientes a las parroquias Sayausí y el Vecino.

## 1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial, 52.9 millones niños menores de 5 años (54% hombres) tenían discapacidades del desarrollo en 2016 en comparación con 53.0 millones en 1990. Alrededor del 95% de estos niños vivían en países de ingresos bajos y medios. Los años vividos con discapacidad entre estos niños aumentaron de 3.8 millones en 1990 a 3.9 millones en 2016. Estas discapacidades representaron 13.3% de los 29.3 millones de años vividos con discapacidad para todas las afecciones de salud entre los niños menores de 5 años en 2016. Aunque la prevalencia de discapacidades del desarrollo entre los niños menores de 5 años disminuyó en todos los países (excepto en América del Norte) entre 1990 y 2016, el número de niños con discapacidades del desarrollo aumentó significativamente en África subsahariana (71.3%) y en África del Norte y Medio Oriente (7.6%). Asia meridional tuvo la mayor prevalencia de niños con discapacidades del desarrollo en 2016 y América del Norte tuvo la más baja (9).

El comportamiento epidemiológico en Ecuador no difiere de la mayoría de los países en vías de desarrollo, como el reportado en la ciudad de Cuenca en la provincia del Azuay en donde un grupo de especialista determinó que el 11% presentó retraso del DPM, 6% lo tuvo sin discapacidad y el 5% con discapacidad y este se encontró asociado a la desnutrición, microcefalia y el pertenecer a una familia no nuclear, de igual manera se reportó que un 31% de los casos se benefició de la atención temprana por parte de los especialistas, es importante destacar de este análisis su alta prevalencia la cual quiere decir que de cada 10 niños estudiados 1 puede presentar dicha condición y su relación con variables como la familia (10), de este punto se resalta la importancia del presente análisis de investigación en el cual se podrá exponer si en la parroquia en estudio este comportamiento se mantiene.

Las causas probables del problema previamente descrito son diversas, por lo cual estudios se han encargado de establecer el papel que tiene la familia dentro del DPM del infante, ya que se ha demostrado relación entre su retraso y familias disfuncionales o agresivas, y esto puede deberse a una relación inapropiada entre la madre y el padre del infante lo que hace que se pierda el cuidado y control sobre la evolución y estimulación



de su desarrollo, de igual manera el retraso puede estar explicado por el bajo nivel educativo de los padres al no poseer los conocimiento básicos de respuesta que deberían tener ante un hallazgo anormal o signos de alarma que se puedan presentar a temprana edad, así mismo el estatus socioeconómico se ha relacionado con este precepto ya que un bajo nivel de educación aunado a un bajo estado económico pueden ser una dupla grave en el DPM debido a que por lo general son familias que no concurren de forma inmediata a los centros de salud porque desconocen que algo inadecuado este sucediendo, en este mismo orden de ideas los niños pertenecientes a estas familias suelen tener malnutrición lo que sumado a lo previamente expuesto son un complemento que puede impedir un DPM normal.

Dentro de las soluciones que se pueden plantear para el problema expuesto se encuentra un aumento del despistaje de retraso del DPM en la atención primaria en salud, de igual manera establecer jornadas de evaluación en lugares de bajos recursos económicos en donde existe una baja frecuencia de consulta por parte de la familia pero al contrario es donde se han visto las más altas tasas de retraso en la mayor proporción de estudios, teniendo como se ha expuesto una relación estrecha con el estatus socioeconómico de la familia, así mismo parte de estas jornadas podrán ser las charlas educativas a los familiares e identificar qué factores externos que han impedido el DPM normal del niño se encuentran presentes con la finalidad de reducirlos y que el infante tenga la oportunidad de un desarrollo normal acorde con su edad, lo que evitaría múltiples complicaciones y gastos a futuro.

La alta prevalencia del retraso del DPM representa un problema de salud pública por lo cual el conocer los factores que se encuentran asociados a su desarrollo es la principal problemática a resolver en el presente análisis, dentro de estos factores el perfil familiar es uno de los que destaca debido a que se puede posteriormente a la realización del presente análisis incentivar y educar a las familias a mejorar los niveles de funcionalidad, ya que se ha demostrado que el núcleo que rodea al niño tiene una influencia importante dentro del DPM.

### 1.3. JUSTIFICACIÓN

La realización de esta investigación se justifica desde diferentes puntos de vista, una de estas es que al tener una prevalencia alta el retraso del DPM representa un problema de



salud pública que se demuestra cuando el niño no puede realizar las actividades acordes a su edad por lo cual comienza a requerir ayuda extra a nivel escolar y médico, a la larga si este niño no es evaluado y tratado de forma adecuada crecerá y tendrá una vida con carencias debido a su retraso del DPM, lo que conferirá mayores gastos económicos y menor calidad de vida asociada a las múltiples condiciones a las cuales el individuo estará expuesto a lo largo de su vida.

De igual manera este tema no se encuentra enmarcado dentro de las prioridades de investigación del Ecuador, sin embargo, este genera un impacto familiar, social y económico que se encuentran relacionados al desarrollo del niño, por lo cual esta investigación contribuirá a darle respuesta a una problemática en salud que no ha sido ampliamente analizada en la nación, con la finalidad de demostrar cuales factores relacionados a la familia se encuentran asociados al riesgo o retraso del DPM. En este mismo orden de ideas se beneficiará la población perteneciente a las parroquias en estudio ya que los niños serán evaluados de forma integral mediante los instrumentos apropiados, de la misma forma aquellos que según la evaluación se encuentren en riesgo o estén en un retraso del DPM franco se realizarán las recomendaciones pertinentes para que sean evaluados por los pediatras especialistas, con la finalidad de realizar intervenciones apropiadas dependiendo el caso.

Del mismo modo será una contribución a la investigación global ya que la bibliografía en referencia a la relación directa que posee el perfil familiar sobre el DPM no ha sido ampliamente analizada, debido a que por lo general solo se describe el papel que juega el nivel socioeconómico de la familia más no se centran en las características propias de la misma como por ejemplo su estructura o funcionalidad, por lo cual este análisis representará un punto de referencia para estudios realizados en diferentes poblaciones.

Posterior a la aprobación de este protocolo, ejecución del proyecto y presentación de resultados definitivos este estudio será publicado en el repositorio académico de la Universidad de Cuenca para que este pueda ser revisado por otros autores y se puedan comparar los resultados obtenidos con otras poblaciones en estudio.



## CAPÍTULO II

### 2. FUNDAMENTO TEÓRICO:

#### 2.1. ESTADO DEL ARTE:

A lo largo de los años se han realizado diversos tipos de estudios con la finalidad de describir factores asociados al DPM, tal como se presentan a continuación.

En un análisis realizado en Barranquilla-Colombia en el cual se evaluaron 755 estudiantes entre cuatro y ocho años en el mismo se valoró el perfil motriz a través de la batería psicomotora de Da Fonseca, evidenciándose una relación entre un menor desarrollo motor y niños con mayor peso, sexo femenino y un estrato socioeconómico bajo (11). De la misma manera en un estudio realizado en Boyacá-Colombia en 46 niños menores de 3 años se identificó que la desnutrición aguda fue un factor asociado al deterioro de la motricidad gruesa y final, sin embargo no se observó relación entre este y los otros tipos de desnutrición (12).

De la misma manera la relación familiar tiene un importante papel dentro del DPM infantil, tal como se ha demostrado en un análisis realizado en Francia en el cual se evaluó el papel de la separación de los padres en el desarrollo de los niños independientemente de las condiciones socioeconómicas, estudiando a 28.871 niños con edades comprendidas entre los 28 y 32 meses, resultando que el 10% de los niños tenían padres separados, después de ajustar los factores socioculturales y otros posibles factores de confusión, se observó que los niños mostraron una progresión más lenta en el DPM, especialmente en el lenguaje y las habilidades gráficas cuando sus padres estaban separados (13).

En un estudio realizado en China el cual tuvo como objetivo evaluar los factores de riesgo asociados con el desarrollo del comportamiento en niños de 24 meses de edad en zonas rurales del noroeste del país. Un total de 657 niños fueron seguidos hasta los 24 meses de edad. Su desarrollo mental, psicomotor y conductual fue evaluado por las Escalas de Desarrollo Infantil de Bayley. Se presentaron seis factores de comportamiento de los infantes: actividad, adaptabilidad social, reactividad, resistencia,



concentración y coordinación motora. Un análisis más detallado demostró que la malnutrición materna, la exposición a factores de riesgo durante el embarazo y los resultados adversos del parto afectaron negativamente el desarrollo conductual de los niños a los 24 meses, que es una coexistencia frecuente con problemas cognitivos y emocionales. Estos resultados sugieren que las estrategias para mejorar el desarrollo del comportamiento infantil deben considerar el estado de embarazo materno y las condiciones familiares en las cuales se encuentra la madre y el producto de la gestación (14).

De la misma manera se realizó un estudio en Perú el cual evaluó el DPM y relación con la estabilidad familiar en niños de 4 y 5 años, en este se pudo identificar que la mayor proporción de los infantes analizados evidenció que tenían un desarrollo normal, asimismo se encuentra que un 38% tienen una estabilidad familiar disfuncional y de estos el 17% tenía deterioro del DPM.

En Ecuador se han realizado estudios de prevalencia de retardo del DPM, sin embargo, los estudios en los cuales se reportan los factores asociados son escasos, por lo cual es imperante la realización del presente análisis el cual permitirá determinar si el perfil familiar se encuentra asociado con el desarrollo infantil en la población en estudio.

## 2.2. MARCO CONCEPTUAL

### • DESARROLLO PSICOMOTOR

El DPM de un niño se encuentra definido por una ganancia de habilidades de forma progresiva a medida que va pasando el tiempo, este desarrollo es el reflejo del desempeño cerebral del niño, los trastornos del desarrollo se caracterizan por deficiencias en varias áreas, como en habilidades motoras gruesas, finas, lenguaje y equilibrio global del cuerpo. Las actividades psicomotoras son importantes para el desarrollo infantil, en todas sus áreas. El DPM viene como una base sensorial-perceptiva-motora y es un contribuyente esencial para la educación y los procesos de reeducación psicomotora porque funciona directamente en la organización de la sensación, las percepciones y las cogniciones, por lo tanto, puede ser centrado en las respuestas adaptativas previamente planificadas y programadas (15).



- **DESARROLLO PSICOMOTOR Y SIGNOS DE ALARMA**

El DPM es un importante factor que da su más importante avance durante la niñez para posteriormente especializarse en sus características a lo largo de la vida, estudios han determinado que existen múltiples fases en esta etapa del desarrollo, las cuales se expondrán las más representativas para cada grupo etario en la Tabla 1.

Tabla 1. Media y márgenes de normalidad para algunos logros madurativos

Función	Media edad	Margen normalidad
Sonrisa	4-6 semanas	1-8 semanas
Sostén cefálico	3 meses	2.4 meses
Acercamiento prensión de objeto	5 meses	4-6 meses
Sedestación	6-7 meses	4-12 meses
Andar sin ayuda	13 meses	8-18 meses
Palabras con sentido	12 meses	8-24 meses
Frases	21-24 meses	10-36 meses
Bebe de la taza solo	15 meses	9-21 meses
Se viste solo	3-4 años	33-72 meses
Control de esfínteres del día	2 años	16-48 meses
Control de esfínteres de noche	3 años	18-72 meses

Dentro de las características generales del DPM se encuentran que su evolución se genera de forma cefalo-caudal y de axial a distal, de la misma forma se hace una diferenciación continua y progresiva en el cual se dan respuestas generales a acciones individuales, los movimientos voluntarios y de equilibrio se ven precedidos por reflejos de tipo primitivos, por lo cual estos deberán desaparecer para que los voluntarios puedan desarrollarse de forma normal, cuando existe algún desfase en algunas de estas áreas en algún grupo etario que por lo general ya debería cumplir con ciertas actividades se comienzan a encender los signos de alarma, por lo cual estos se describen por grupos etarios en las tablas (2-6) en donde se exponen tanto los hallazgos normales como los anormales por grupos etarios.



Tabla 2. Desarrollo normal y anormal de 1 a 3 meses

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

Tabla 3. Desarrollo normal y anormal segundo trimestre

Normal	Anormal
Dialogo vocal, balbuceo no imitativo (gorjeo)	Empatía pobre, ausencia de gorjeo
Juega con su cuerpo: juego de dedos, manos a la boca.	Indiferencia a su cuerpo
Prensión de ropas: barrido cubital y radial	Estereotipias
Aproximación bimanual al objeto	Persiste tónico- flexor asimétrico
Alcance del objeto	No alcanza objetos a los 5-6 meses
Astasia-abasia fisiológica	Hiperextensión EEII
Control muscular axial. Volteos (1º. El volteo ventral)	Hipotonía cervical y troncal
Inicio de sedestación con cifosis dorsal	Hipertonicía/hiperextensión troncal
Paracaídas laterales	Ausencia de sedestación con apoyo
Localiza fuente sonido	No se orienta a la campanilla



Tabla 4. Desarrollo normal y anormal tercer trimestre

Normal	Anormal
Empatía electiva	Empatía pobre, indiferencia
Presión normal radial e inicio de pinzas	Ausencia e pinza y presión
Transferencia contralateral del objeto	Mala coordinación viso-manual
Inicia juego con juguetes (exploración oral, golpea )	No lo realiza
Permanencia del objeto (lo busca si cae)	No lo realiza
Balbuceo imitativo, nomo-bisílabos	Persiste gorjeo, sin mono-bisílabos
Sedestación sólida	Ausencia d sedestación sin apoyo
Abandona astasia/abasia	Hipotonía axial
Pasa a sentado	No lo realiza
Bipedestación	Espasticidad de miembros inferiores
Desplazamientos laterales con apoyos, gateo	Persistencia de reflejos primarios

Tabla 5. Desarrollo normal y anormal cuarto trimestre

Normal	Anormal
Señalización hacia adelante con índice	No lo realiza
Prensión fina con pinza índice-pulgar (saca objeto)	No lo realiza
Permanencia del objeto: sigue objeto móvil, descubre objeto	No lo realiza
Usa medios: suelta para coger, tira d cinta, usa palo	No lo realiza
Imitaciones (subir brazos, palmas, adiós...)	No lo realiza
Relajación prensora: introduce objeto en recipiente	Manipulación repetitiva, torpe, asimétrica, movimientos involuntarios
Balbuceo imitado pre lingüístico	
Imita sonidos y fonemas de la lengua materna	Ausencia de lenguaje, no repite sonidos que oye
Expresión de familiaridad	Empatía pobre
Inicia su carácter y personalidad (oposición)	Observación pobre “pasa”
Bipedestación	Ausencia de bipedestación
Marcha independiente	Presencia de reflejos anormales



Tabla 6. Desarrollo normal y anormal de 12 a 18 meses

Normal	Anormal
Casualidad ocupacional: intenta accionar	Manipulación torpe, estereotipada
Da en mano, muestra y ofrece	No lo realiza
Esquema: empuja, arrastra, transporta, pasa pagina	Ausencia de iniciativa y atención lábil
Relaciones espaciales: apila aros, torre de 2-3 cubos	No construye torres en cubos
Sabe para que utilizan los objetivos	No lo realiza
Designa en sí mismo y designa objetos	No nombra o señala objetos
Acepta, rehúsa, abraza	Afectividad pobre
Repite acciones riéndose (casualidad operacional)	No lo realiza
Lenguaje 2-10 fonemas (bisílabos)	No emite ninguna palabra
Decodifica 10 palabras	No lo realiza
Anda con objetos en las manos	Ausencia de marcha autónoma
Perfecciona marcha_marcha-stop, se agacha y sigue	No lo realiza
Sortea obstáculos. Sube y baja rampas y escaleras	No sube escalones gateando

#### • MÉTODOS DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

En la actualidad se han validado diferentes métodos para la evaluación del DPM del niño, dentro de sus características se encuentran en líneas generales que son escalas que se encargan de valoración de la evolución de las esperas de movilidad y lenguaje del infante, una de las más utilizadas a nivel mundial ha sido la escala de Denver la cual consiste en una tabla donde se encuentran estipuladas las actividades que debería de realizar el niño en cada grupo etario, siendo valoradas las áreas de funcionamiento motor fino, motor grueso, personal social y habilidades del lenguaje, esta permite hacer el diagnóstico de riesgo o retraso lo que le da una utilidad diferencial en la cual se podrán identificar niños que se encuentren en un área gris entre la normalidad y el retraso permitiendo tomar medidas de intervención importantes para ayudar a que el infante pueda seguir un curso normal de su DPM, de igual manera ocurre al momento en el que se diagnostica un paciente con retraso este podrá ser referido con un



especialista en el área el que con sus recursos deberá darle una atención adecuada con la finalidad de limitar los efectos del retraso y evaluar la forma de poder avanzar en el desarrollo (16).

De igual manera otro de los cuestionarios disponibles es el Ages & Stages Questionnaire (ASQ), en este se permite de igual manera evaluar el DPM en infantes, sin embargo, su evaluación se limita hasta los 5 años de edad, cuenta con 5 dominios los cuales son motricidad fina, motricidad gruesa, comunicación, relaciones interpersonales y resolución de problemas (17).

- **DETERMINANTES SOCIALES DEL DESARROLLO INFANTIL**

### **El niño**

Temprano en la vida los períodos sensibles ocurren en el cerebro cuando el niño es desproporcionadamente sensible a las influencias del entorno externo. La interacción del cerebro con el medio ambiente es la fuerza impulsora de desarrollo. El proceso de la experiencia temprana que da forma al desarrollo biológico y cerebral en formas que influyen en él a lo largo del curso de la vida se conoce como inclusión biológica (18). El crecimiento óptimo de los niños y el desarrollo requiere una nutrición adecuada, comenzando en el útero, con madres adecuadamente nutridas. Durante los primeros meses de vida, la lactancia materna desempeña un papel fundamental para proporcionar a los niños los nutrientes necesarios, pero la calidad de las relaciones también importa desde el principio (19).

Los niños son actores sociales moldeados por su entorno, quienes a su vez desempeñan un papel en su configuración. Los niños se desarrollan mejor en ambientes cálidos y receptivos que los proteja de la desaprobación y el castigo inapropiados; entornos en los que hay oportunidades de explorar su mundo, jugar y aprender a hablar y escuchar a los demás (20). La estimulación tiene un carácter independiente y se ha visto su efecto en los resultados del desarrollo motor perceptivo entre los niños con retraso del crecimiento, más allá de la suplementación nutricional (21).



## Perfil familiar y desarrollo psicomotor

- **Violencia familiar y DPM**

La familia (definida aquí como cualquier grupo de personas que viven, comen y participan en otras actividades en conjunto) es la principal influencia ambiental en el desarrollo de los niños (22). Problemas especialmente de la madre o del cuidador principal, como la violencia íntima de pareja o enfermedad crónica pueden tener un efecto perjudicial sobre el desarrollo infantil. Los miembros de la familia proporcionan la mayoría de los estímulos para los niños, y las familias controlan en gran medida el contacto de los niños con el entorno más amplio (23).

- **Estatus socioeconómico de la familia y DPM**

Las características más sobresalientes de la familia son sus recursos sociales y económicos. Los recursos sociales incluyen habilidades de crianza y educación, cultura, prácticas y enfoques, relaciones intrafamiliares y el estado de salud de los miembros de la familia. En los recursos económicos se incluye riqueza, estatus ocupacional y condiciones de vivienda. La influencia de los recursos familiares (aquí, estatus socioeconómico o ESE) está mediada por el acceso a los recursos sociales que permiten a las familias tomar decisiones y en el mejor interés de sus hijos, incluidos servicios como la crianza de los hijos y el apoyo de los cuidadores, atención infantil de calidad y atención primaria de salud y educación (24).

A medida que se va de abajo hacia arriba, el ESE familiar en prácticamente todas las sociedades, es una fuente principal de desigualdad modificable en el DPM del niño. El ESE familiar tiene un impacto en resultados tan diversos como bajo peso al nacer, riesgo de caries dental, puntuaciones de pruebas cognitivas, dificultades con el comportamiento y la socialización, y riesgo de abandono escolar (25). Niños nacidos en familias con ESE bajo son más propensos a estar expuestos y afectados por condiciones que son adversas para el desarrollo, como personas sin hogar, hacinamiento, condiciones de vida de casas inadecuadas o barrios inseguros (26).

Niveles bajos en la educación de los padres y la alfabetización afectan el conocimiento y la base de habilidades de los cuidadores de niños. La alimentación y las prácticas de la



lactancia materna varían según el ESE, al igual que el estrés de los padres, estos con bajo ESE están en mayor riesgo de una variedad de formas de angustia psicológica, incluida la autoestima negativa y la depresión. La severidad y la cronicidad de la depresión materna es predictiva de trastornos en el desarrollo infantil. El lenguaje y el desarrollo cognitivo están fuertemente influenciados por la riqueza del ambiente del lenguaje doméstico, el ESE familiar también se asocia con la capacidad de acceder a otros recursos, como la atención médica y cuidado de niños de alta calidad (27,28).

#### **- Estructura familiar y DPM**

##### **Desarrollo infantil temprano y estructura familiar nuclear**

El notable crecimiento que se produce durante los primeros años de la vida de un niño sienta las bases para el desarrollo futuro. El desarrollo de la primera infancia, como el crecimiento cognitivo, la capacidad verbal y el comportamiento, tiene implicaciones importantes para el grado de éxito que experimentan los niños cuando hacen la transición a la educación formal. Este éxito a su vez predice el logro académico y el logro educativo en la infancia, la adolescencia y la edad adulta posteriores (27).

La estructura familiar nuclear está fuertemente asociada con la cantidad y calidad de los recursos materiales, emocionales y sociales, que contribuyen a la adaptación y el bienestar de los niños. Con respecto a muchos dominios de desarrollo, los niños mayores que viven con padres biológicos casados de manera estable se desempeñan mejor que aquellos que viven con padres biológicos que cohabitaban, una madre soltera o un padre, o en familias con padrastros. En gran parte debido a los limitados datos representativos a nivel nacional sobre la primera infancia, se sabe menos sobre cómo la estructura familiar determina el desarrollo temprano de los niños. Investigaciones recientes sobre muestras de EE. UU., representativas de la población sugieren que el matrimonio entre padres biológicos es el estado más favorecido para los niños pequeños, aunque la ventaja en relación con otros tipos de estructura familiar puede ser menor que para los niños mayores (29).



## CAPÍTULO III

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1. OBJETIVO GENERAL

1. Describir el perfil familiar y su relación con el riesgo y retraso en el desarrollo psicomotor en niños de 0-5 años de edad pertenecientes a las parroquias de Sayausí y el Vecino, durante los meses de Julio y Agosto del año 2019.

#### 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las características de los niños según sexo, edad y estado nutricional.
2. Describir las características sociodemográficas de los padres según: edad, nivel de escolaridad, estado civil, religión, ocupación, consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de drogas, intención del embarazo, estimulación del DPM del niño y relación entre padre y madre.
3. Determinar el tipo de familia, funcionalidad familiar.
4. Evaluar el desarrollo psicomotor de los niños con el test de Denver
5. Relacionar el desarrollo psicomotor con: funcionalidad familiar, tipo de familia, condición socioeconómica, consumo de sustancias, tabaco



## CAPITULO IV

### 4.1 TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación es un análisis de tipo cuantitativo, observacional, analítico y de corte transversal.

### 4.2 AREA DE ESTUDIO

El área de estudio de la presente investigación son los niños de 0 a 5 años de las parroquias de Sayausí y el Vecino circunscritas en la ciudad de Cuenca provincia del Azuay.

### 4.3 UNIVERSO Y MUESTRA

#### 4.3.1 UNIVERSO

La población de estudio corresponde a los niños de 0 a 5 años los cuales habitan en las parroquias de Sayausí y el Vecino.

#### 4.3.2 MUESTRA

Para calcular el tamaño de la muestra se consideró el universo con una población infinita, para la obtención de la misma, se tomó en cuenta un estudio realizado en la provincia de Cañar en el año de 2015, en el cual la prevalencia de niños con retraso psicomotor es del 35%. (30)

$$n = \frac{p * q * z^2}{e^2}$$

$$n = \frac{0.35 * 0.65 * 1.96^2}{0.08^2}$$

$$n = 136.6 = 137 \text{ niños}$$

Para disminuir el rango de error, se amplió la muestra obtenida de 137 niños a 140.



## 4.4 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

### 4.4.1 CRITERIOS DE INCLUSION

Se incluyeron en el siguiente proyecto de investigación los niños que cumplan con los siguientes criterios:

- Habitar en las parroquias Sayausí o el Vecino.
- Tener menos de 5 años de edad.
- Cuyas madres o cuidador directo acepten el consentimiento informado

### 4.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSION

Se excluyeron del siguiente proyecto de investigación aquellos niños que tenían alguno de los siguientes criterios:

- Tener diagnóstico de parálisis cerebral infantil.
- Madres o cuidadores no colaboradores con la evaluación.

## 4.5 VARIABLES

- Sexo
- Desarrollo psicomotor niño
- Edad de la madre
- Nivel de escolaridad de la madre
- Estado civil de la madre
- Religión de la madre
- Ocupación de la madre
- Consumo de tabaco en madre
- Consumo de drogas en madre
- Consumo de alcohol en madre
- Embarazo deseado
- Estimulación del desarrollo psicomotor del niño por parte de la madre
- Relación de la madre con su marido o pareja
- Edad del padre
- Nivel de escolaridad del padre



- Estado civil del padre
- Religión del padre
- Ocupación del padre
- Consumo de tabaco en el padre
- Consumo drogas en el padre
- Consumo alcohol en el padre
- Estimulación del desarrollo psicomotor del niño por parte del padre
- Estatus socioeconómico familiar
- Tipo de familia
- Edad de niño
- Sexo del niño
- Estado nutricional del niño

## 4.6 METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCION DE DATOS

### Instrumentos

Para la evaluación de la familia y el niño se utilizaron los siguientes instrumentos:

- **Test de Denver para el desarrollo psicomotor del niño.**

A este test se le ha definido como la prueba de tamizaje del desarrollo de Denver, siendo uno de los instrumentos más utilizados para la valoración del proceso del desarrollo en los niños desde que nacen hasta que tienen 6 años de edad, su nombre se encuentra relacionado a su origen en el Centro Médico de la Universidad de Colorado en Denver en 1967, de igual manera han surgido cambios a lo largo de los años que han mejorado su validez en el diagnóstico de trastornos del DPM, esta prueba consiste en la valoración del desarrollo en cuatro áreas de funcionamiento, motor fino, motor grueso, personal social y de lenguaje, las tareas que en él se exponen están realizadas por grupos etarios y las categorías indican cuando el 25%, 50%, 75% y 90% de los niños realiza cada tarea.

El proceso consistió en marcar la edad del niño exacta en la hoja de evaluación (Anexo 1), y se valoraron todas las actividades que sean interceptadas por la línea de edad del niño, la calificación se dispuso dependiendo de si la respuesta que de el niño se



encuentra dentro o fuera de los períodos de tiempo estipulados para realizarla de forma convencional.

Los materiales que se utilizaron para la valoración de los niños a través del test de Denver fueron: campana, pelota, caja de pasas, bola de lana roja, botones de colores, maraca, bloques en número de 8 de una pulgada cada uno por cada lado y una botella plástica pequeña, estos instrumentos fueron utilizados dependiendo de la edad del paciente y de la actividad que se evaluó.

Posteriormente dependiendo de los resultados individuales el niño fue catalogado en las siguientes categorías.

- Normal
- En riesgo
- Dudosa
- Retraso

El test se consideró anormal si el paciente tiene uno o más sectores con dos o más fallas, dudosa cuando existan dos o más sectores con un fallo, mientras que los niños que no realicen una tarea y su edad este circunscrita entre el percentil 75 y 90 se encontraran en riesgo. La prueba será normal cuando no se encuentre dentro de las categorías previamente establecidas es decir que no cumpla con los criterios de riesgo, dudosa o retraso.

- **Cuestionario de características sociodemográficas y antecedentes de la familiar**

Este consistió en preguntas relacionadas con la madre y el padre en relación a: edad, nivel de escolaridad, estado civil, religión, ocupación, consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de drogas, intención del embarazo, estimulación del DPM del niño y relación entre padre y madre (Anexo 2).

- **Encuesta de estratificación del nivel socioeconómico**

Esta es una encuesta creada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en Ecuador, el cual consiste en 25 preguntas que se relacionan con las características de la vivienda, servicios, acceso a la tecnología, posesión de bienes, hábitos de consumo, nivel de educación y actividad económica del hogar, posterior a su realización los individuos fueron clasificados según el puntaje que se obtenga en estatus



socioeconómico bajo (0-316), medio bajo (316,1-535), medio típico (535,1-696), medio alto (696,1-845) y alto (845,1-1000) (Anexo 3).

- **Test de funcionalidad familiar FF-SIL y estructura familiar**

El test para medir la funcionalidad familiar fue el FF-SIL el cual consiste en 14 preguntas en relación a la familia y su funcionamiento, posterior a su análisis se clasificó de la siguiente manera: familia funcional (70-57 puntos), familia moderadamente funcional (56-43 puntos), familia disfuncional (42-28 puntos) y severamente disfuncional (27-14 puntos) (Anexo 4).

Con respecto al tipo de estructura familiar (Anexo 4) se clasificaron en:

**Nuclear:** en la cual se cumple con las figuras materna, paterna e hijos.

**Familia extensa:** en las que adicionalmente a una familia nuclear viven abuelos, primos, tíos u otros miembros.

**Familia monoparental:** en la cual solo existe la presencia de uno de los padres.

**Familia homoparental:** en la cual se presentan dos figuras paternas del mismo sexo.

**Familia reconstituida:** en la cual la figura materna o paterna no se encuentra y es sustituida por alguien más que cumple esa función.

- **Cuestionario para valoración del niño.**

En este apartado se incluyeron los datos básicos de identificación del niño, como es sexo, edad y estado nutricional.

#### 4.7 TABULACION Y ANALISIS

El análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS en su última versión en español, las variables cuantitativas fueron graficadas mediante medias y desviación estándar y las cualitativas mediante frecuencias (n) y porcentajes (%), mientras que la valoración de las variables cualitativas se hizo a través de la prueba Chi cuadrado, para todas las pruebas se utilizó como referencia una p menor a 0.05 para determinar si existió diferenciada estadísticamente significativa.



#### 4.8 ASPECTOS ETICOS

Se mantuvo lo expuesto en la declaración de Helsinki, los niños fueron evaluados de forma integral al igual que sus familias. El presente análisis no representó riesgo alguno para los encuestados, de igual manera posterior a la evaluación del paciente el resultado del DPM se compartió con el cuidador para que se puedan tomar las medidas acordes al tratamiento o actividades que deba realizar el niño. Los datos obtenidos fueron resguardados y solo utilizados para fines meramente investigativos, la identidad del paciente y de su cuidador fueron tabulados en forma de códigos con la finalidad de mantener el anonimato. Previo a la valoración del paciente el cuidador principal firmó un consentimiento informado (Anexo 6).



## CAPITULO V

### RESULTADOS, TABLAS

Dentro del siguiente apartado se presentan los resultados sociodemográficos de la madre obtenidos en el proyecto de investigación.

**Tabla 7: Características sociodemográficas de la madre.**

Variable	Frecuencia	Porcentaje
<b>Nivel de Instrucción</b>		
Primaria	23	16,40
Secundaria	86	61,40
Superior	31	22,10
<b>Estado civil</b>		
Soltera	24	17,40
Casada	66	47,10
Separada	1	0,70
Divorciada	1	0,70
Concubinato	44	34,30
<b>Ocupación</b>		
Que hacer doméstico	64	45,70
Estudiante	17	12,10
Profesional	30	21,40
Comerciante	13	9,30
Otro	16	11,40

**Fuente:** Encuesta

**Elaboración:** Johanna Ochoa, Joselyn Quezada.

En cuanto al nivel de instrucción, señalamos que el 61,40% de las madres tienen un nivel de escolaridad de Secundaria, el 22,10% tienen un nivel superior y únicamente el 16,40% tienen nivel de primaria, en la investigación no existieron madres con analfabetismo. El estado civil de las madres se clasifica de la siguiente manera: el 47,10% son madres casadas, seguido del 34,30% se encuentran en concubinato, el 17,40% son solteras. Madres separadas y divorciadas representan 0,70% cada uno.

De acuerdo a la ocupación, señalamos que el mayor porcentaje 45,70% se ubican madres que realizan labores domésticas, el 21,40% realizan actividades profesionales, el 12,10% son estudiantes y un porcentaje menor de 9,30% se dedican a actividades de comercio.

***Deseo de la madre y la planificación de su embarazo:*****Tabla 8: Deseo de la madre y la planificación de su embarazo:**

Embarazo deseado	Frecuencia	Porcentaje
SI	83	59,30
NO	57	40,70
<b>TOTAL</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta**Elaboración:** Johanna Ochoa, Joselyn Quezada

En cuanto al deseo de la madre y la planificación de su embarazo previo a la fecundación, el 59% señalaron que su embarazo fue deseado, mientras que el 41% indicaron que no lo fue.

***Tiempo dedicado a la estimulación de su hijo diariamente por parte de la madre.*****Tabla 9: Tiempo dedicado a la estimulación de su hijo diariamente por parte de la madre**

Tiempo dedicado a la estimulación.	Frecuencia	Porcentaje
Entre 1 y 2 horas	102	72,90
Entre 3 y 4 horas	31	22,10
Más de 4 horas	7	5
<b>TOTAL</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta**Elaboración:** Johanna Ochoa, Joselyn Quezada

Según el tiempo que dedica la madre en el transcurso del día al desarrollo psicomotor del niño, se determinó que el 73% de las madres dedican entre 1 y 2 horas, el 22% de las madres dedican entre 3 y 4 horas, y un porcentaje menor del 5% dedican más de 4 horas.

**Relación con la pareja o padre del hijo.****Tabla 10: Relación con la pareja o padre del hijo.**

Relación con la pareja	Frecuencia	Porcentaje
<b>Buena</b>	106	75,70%
<b>Regular</b>	21	15%
<b>Mala</b>	4	2,90%
<b>No tiene pareja</b>	9	6,40%
<b>TOTAL</b>	<b>140</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta**Elaboración:** Johanna Ochoa, Joselyn Quezada

Dentro de los diferentes ítems de la relación de la madre con su pareja, el 76% nos mencionó que mantienen una buena relación con la pareja, el 15% mantiene una relación regular, el 3% tiene una mala relación, finalmente 9 madres del total (6,40%) no tiene pareja.

**Características sociodemográficas del Padre****Tabla 11: Características sociodemográficas del padre.**

<b>Nivel de Instrucción del Padre</b>		
Analfabeto	3	2,%
Primaria	18	14%
Secundaria	87	67,4%
Superior	21	16,3%
<b>Estado civil</b>		
Soltero	16	12,40%
Casado	66	51,2%
Concubinato	47	36,4%
<b>Ocupación</b>		
Que hacer doméstico	1	0,8%
Estudiante	1	0,8%
Profesional	36	27,9%
Comerciante	17	13,2%
Agricultor	3	2,3%
Otro	71	55%

**Fuente:** Encuesta**Elaboración:** Johanna Ochoa, Joselyn Quezada.

Dentro de la variable Nivel de instrucción, señalamos que el 67,4% de los padres tienen un nivel de escolaridad de Secundaria, el 16% tienen un nivel superior, el 14% tienen



nivel de primaria, en la investigación se dieron 3 casos con analfabetismo el cual representa el 2% del total. El estado civil de los padres se ordena de la siguiente manera: el 51,2% son padres casados, seguido el 36,4% se encuentran en estado de concubinato, el 12,40% son padres solteros. No existieron casos de padres separados ni divorciados. De acuerdo a la ocupación, señalamos que el mayor porcentaje 55% se ubican padres que realizan otros tipos de actividades, el 27,9% realizan actividades profesionales, el 13,2% se dedican actividades del comercio, 3 padres se ocupan de la agricultura representando el 2%; únicamente existió 1 caso de padres que realizan actividades de qué hacer doméstico y 1 estudiante, en términos porcentuales representan 1,6%.

***Tiempo dedicado a la estimulación de su hijo diariamente por parte del padre.***

**Tabla 12: Tiempo dedicado a la estimulación de su hijo diariamente por parte del padre.**

Tiempo dedicado a la estimulación de su hijo diariamente	Frecuencia	Porcentaje
Entre 1 y 2 horas	107	82,9
Entre 3 y 4 horas	6	4,7
Más de 4 horas	1	0,8
Todos los fines de semana	14	10,9
No tiene contacto con su hijo	1	0,8
<b>TOTAL</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta

**Elaboración:** Johanna Ochoa, Joselyn Quezada.

Según el tiempo que dedica el padre en el transcurso del día al desarrollo psicomotor del niño, se identificó que el 82,9 % de los padres dedican entre 1 y 2 horas, el 11 % todos los fines de semana, un porcentaje menor del 5% dedican entre 3 y 4 horas, existió 1 caso de padre que no tiene contacto con su hijo y representa 0,8%.

**Relación del padre con su pareja o madre de su hijo.****Tabla 13: Relación del padre con su pareja o madre de su hijo.**

Relación con la pareja	Frecuencia	Porcentaje
<b>Buena</b>	107	82,9
<b>Regular</b>	16	12,4
<b>Mala</b>	2	1,6
<b>No tiene pareja</b>	4	3,1
<b>TOTAL</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta**Elaboración:** Johanna Ochoa, Joselyn Quezada.

Dentro de los diferentes ítems de la relación del padre con su pareja o madre de su hijo, el 82,9% mencionó que mantienen una buena relación con la pareja, el 12,9% mantiene una relación regular, el 2% tiene una mala relación y finalmente 4 padres del total, (3,1%) no tiene pareja.

**Tabla 14: Edad de los padres.**

Variable	Frecuencia	Porcentaje
< 20 años	31	11,52
20 a 39 años	214	79,55
≥ 40 años	24	8,92
<b>TOTAL</b>	<b>269</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta**Elaboración:** Johanna Ochoa, Joselyn Quezada.

En la investigación participaron 269 padres pertenecientes a las parroquias de “Sayausí” y “El Vecino”, en donde la edad mínima fue de 16 años y la edad máxima de 62 años; con un promedio de 30 años. El mayor porcentaje 79,55% se encuentra conformada por padres de entre 20 a 39 años, seguido de padres menores a 20 años que representan el 11.52 %, el menor porcentaje 8.92 se ubican padres mayores a 40 años.

**Tabla 15: Consumo de sustancias por parte de los padres.**

Variable	Frecuencia n=269		Porcentaje	
	SI	NO	SI	NO
Consumo de tabaco	28	241	10,41	89,59
Consumo de drogas	3	266	1,12	98,88
Consumo de alcohol	80	189	29,74	70,26

**Fuente:** Encuesta**Elaboración:** Johanna Ochoa, Joselyn Quezada.

De acuerdo al consumo de sustancias por parte de los padres se obtuvieron los siguientes resultados: El alcohol es la sustancia más consumida por los padres con el 29,7% de ellos, el 70.26% no lo consumen. El 10.41% de padres de familia consumen tabaco; 3 casos de padres que consumen drogas representando el 1.12%, quienes consumen marihuana.

**Tabla 16: Frecuencia de consumo de alcohol por parte de los padres.**

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Diariamente	1	1,25
Semanalmente	3	3,75
Mensualmente	64	80,00
Anualmente	12	15,00
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta**Elaboración:** Johanna Ochoa, Joselyn Quezada.

Del total de 80 padres que consumen alcohol, el 80% lo consumen mensualmente, el 15% anualmente, el 3.75% semanalmente y diariamente el 1.25%.



### ***Estratificación socioeconómica***

**Tabla 17: Estratificación socioeconómica**

Variable	Frecuencia n=140	Porcentaje
<b>Estratificación socioeconómica</b>		
Bajo (D)	10	7,10
Medio Bajo (C-)	66	47,10
Medio Típico (C+)	44	31,40
Medio Alto (B)	19	13,60
Alto (A)	1	0,70
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta INEC

**Elaboración:** Johanna Ochoa, Joselyn Quezada

De acuerdo a la encuesta de estratificación del nivel socioeconómico planteada por el INEC se plantean 5 umbrales en cuanto al grupo socioeconómico, existiendo: Alto, medio alto, medio típico, medio bajo y bajo,

El mayor porcentaje se concentra en nivel socioeconómico medio bajo (C-) que representa el 47% del núcleo familiar del niño, seguido del nivel medio típico (C+) que al cual pertenecen el 31%, al grupo medio alto pertenecen el 14%, un porcentaje menor de 7% involucra un nivel socioeconómico bajo (D) , y solamente 1 pertenece al nivel alto (A).

**Tabla 18: Tipo de familia.**

<b>Tipo de familia.</b>		
<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Familia Nuclear	114	81,4
Familia extensa	16	11,4
Familia monoparental	8	5,7
Otro tipo de familia	2	1,4
<b>TOTAL</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta**Elaboración:** Johanna Ochoa, Joselyn Quezada.

El tipo de familia predominante es de tipo nuclear, el cual representa el 81,4 % de los casos, seguido de familias extensas que han sido 11,4 % de los casos, 5,7 % son familias de tipo monoparental y solamente el 1,4% casos tienen otro tipo de familia.

**Tabla 19: Funcionalidad familiar.**

<b>Test de funcionalidad familiar. FF-SIL</b>		
<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Familia disfuncional	8	5,7
Familia moderadamente funcional	75	53,6
Familia Funcional	57	40,7
<b>TOTAL</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta**Elaboración:** Johanna Ochoa, Joselyn Quezada.

En cuanto al grado de funcionamiento que tiene la familia del niño/a se obtuvo que el 53% pertenece una familia moderadamente funcional, seguido del 41% a una familia funcional, el 6% a una familia disfuncional, no existieron casos de familias severamente disfuncionales.

**Características del niño.****Tabla 20: Sexo del niño.**

<b>Sexo del niño.</b>		
<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Masculino	68	48,6
Femenino	72	51,4
<b>TOTAL</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta**Elaboración:** Johanna Palacios, Joselyn Quezada.

En cuanto al sexo de los niños en nuestra muestra el mayor porcentaje se centró en el sexo femenino con un 51.4%, y el resto que es el 48.6 corresponde al sexo masculino.

**Tabla 21: Edad del niño.**

<b>Edad del niño en meses</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
0 -16 meses	50	35,71
17-27 meses	44	31,43
28- 38 meses	33	23,57
39-49 meses	6	4,29
50-60 meses	7	5
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

<b>Estadístico</b>	<b>Variable Edad del niño</b>
Valor mínimo	5 días de nacido
Valor máximo	5 años
Media	1 año, 11 meses

**Fuente:** Encuesta**Elaboración:** Johanna Ochoa, Joselyn Quezada

En nuestra investigación el mayor porcentaje de niños fueron del sexo femenino lo que representa el 51%, mientras que el sexo masculino representa el 49%. Además de esto el mayor porcentaje de edad se encuentra en niños de entre 0 a 16 meses (36%), seguido del grupo de niños de 17 a 27 meses (31%), niños de 28 a 38 meses (24%) únicamente existieron 7 niños de entre 4 y 5 años. La edad mínima de los niños y niñas fue de 5 días y la edad máxima de 5 años, con un promedio de 1 año 11 meses.

**Tabla 22: Estado nutricional del niño.**

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Normal	123	87,90
Riesgo de desnutrición	14	10
Sobrepeso	3	2,10
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta**Elaboración:** Johanna Ochoa, Joselyn Quezada

De acuerdo al estado nutricional de los niños y niñas, el 88% tienen un estado nutricional normal, el 10% tienen riesgo de desnutrición, se dieron 3 casos de sobrepeso (2%).

***Evaluación del Desarrollo Psicomotor mediante el Test de Denver*****Tabla 23: Evaluación del Desarrollo Psicomotor mediante el Test de Denver**

Evaluación del Desarrollo Psicomotor mediante el Test de Denver	Frecuencia	Porcentaje
Normal	103	73,6
En Riesgo	25	17,90
Dudosos	11	7,90
Retraso	1	0,70
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta**Elaboración:** Johanna Ochoa, Joselyn Quezada

En base a la evaluación del desarrollo psicomotor aplicada en niños pertenecientes a las parroquias de “Sayausí” y “El Vecino” por medio del Test de Denver, se dieron los siguientes resultados: el Nivel de desarrollo que posee el niño acorde a su edad en su mayor porcentaje es normal, representando el 74%, seguido del 18% de los niños con desarrollo psicomotor en riesgo, mientras que el 8% presenta un cuadro de desarrollo psicomotor dudoso. Existe 1 caso de niños/as con retraso en el desarrollo psicomotor.



## ANÁLISIS DE RELACIÓN DE LAS VARIABLES:

### Relación de las variables:

*Relación Funcionalidad Familiar y Desarrollo psicomotor.*

**Tabla 24: Relación Funcionalidad Familiar y Desarrollo psicomotor.**

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	DESARROLLO PSICOMOTOR				Chi 2
	Normal	En riesgo	Dudoso	Retraso	
<b>Familia disfuncional</b>	3 (2,9%)	2 (8%)	2 (18,2)	1 (100%)	8
<b>Familia moderadamente funcional</b>	56 (54,4%)	15 (60%)	4 (36,4%)	0 (0%)	75 12,577
<b>Familia Funcional</b>	44(42,7%)	8 (32%)	5 (45,5%)	0 (0%)	57 0,137
<b>TOTAL</b>	103 (100%)	25(100%)	11(100%)	1 (100%)	140

**Fuente:** Encuesta

**Elaboración:** Johanna Ochoa, Joselyn Quezada.

Al relacionar el desarrollo psicomotor del niño/a (Variable dependiente) y la funcionalidad familiar (variable independiente), señalamos que el 97% de niños/as con desarrollo psicomotor Normal se encuentran fuera de familias de tipo disfuncionales, sin embargo un porcentaje también alto (92%) de niños/as con desarrollo psicomotor en riesgo se ubican en familias moderadamente funcionales, y funcionales. Al obtener el valor de la prueba  $\text{Chi}^2 = 12,577$  y Valor  $p = 0,137$  no se encontraron diferencias significativas que podamos concluir que existe relación entre las variables mencionadas, por tanto, el desarrollo psicomotor de los niños no se encuentra relacionado con la funcionalidad familiar.

*Relación desarrollo psicomotor con el tipo de familia.***Tabla 25: Relación Tipo de Familia y Desarrollo psicomotor.**

TIPO DE FAMILIA	DESARROLLO PSICOMOTOR				TOTAL	Chi 2
	Normal	En riesgo	Dudoso	Retraso		
<b>Familia Nuclear</b>	107 (93,9%)	5 (4,4%)	1 (0,9%)	1 (0,9%)	114	
<b>Familia Extensa</b>	15 (81,3%)	3 (18,8%)	0 (0%)	0 (0%)	18	12,99
<b>Familia Monoparental</b>	6 (75%)	2 (25%)	0 (0%)	0 (0%)	8	0,163
<b>TOTAL</b>	127 (90,7%)	11 (7,9%)	1 (0,7%)	1 (0,7%)	140	

**Fuente:** Encuesta**Elaboración:** Johanna Ochoa, Joselyn Quezada

Al relacionar el desarrollo psicomotor con el tipo de familia, se determinó que el 18,8% de los casos de Familias son de tipo extensas, se han dado casos de desarrollo psicomotor en riesgo, sin embargo al obtener el valor de la prueba  $\text{Chi2}= 12,99$  y  $\text{Valor p}= 0,163$  no se encontraron diferencias significativas que podamos concluir que existe relación entre las variables mencionadas, de tal manera el retraso en el desarrollo psicomotor y el tipo de familia no se encuentran relacionados.

**Relación Edad de la Madre y Desarrollo psicomotor.****Tabla 26: Relación Edad de la Madre y Desarrollo psicomotor.**

EDAD DE LA MADRE	DESARROLLO PSICOMOTOR				TOTAL	Chi 2
	Normal	En riesgo	Dudoso	Retraso		
<b>&lt;20 años</b>	7 (6,8%)	13(52%)	3(27,3%)	1 (100%)	24	36,923
<b>21 a 39 años</b>	88 (85,4%)	11 (44%)	6 (54,5%)	0 (0%)	105	
<b>40 años y mas</b>	8 (7,8%)	1 (4%)	2 (18,2%)	0 (0%)	11	0,000
<b>TOTAL</b>	103 (100%)	25 (100%)	11 (100%)	1 (100%)	140	

---

**Fuente:** Encuesta**Elaboración:** Johanna Ochoa, Joselyn Quezada.

Al relacionar el desarrollo psicomotor con la edad de la madre, encontramos que en el 85,4% de niños/as con desarrollo psicomotor Normal se ubica en madres que tienen entre 21 y 39 años. En el caso de niños con desarrollo psicomotor En Riesgo, el mayor porcentaje (52%) se ubica en madres jóvenes (menos de 20 años). Al obtener el valor de la prueba Chi2= 36,923 y Valor p= 0,00 <0,05 se encontraron diferencias significativas, de tal manera podemos concluir, que existe relación entre el desarrollo psicomotor de los niños y la edad de la madre.

**Relación Estratificación socioeconómica y Desarrollo psicomotor.****Tabla 27: Relación Estratificación socioeconómica y Desarrollo psicomotor.**

ESTRATIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA (NIVEL)	DESARROLLO PSICOMOTOR				Total	Chi2 Valor p
	Normal	En riesgo	Dudoso	Retraso		
<b>Bajo (D)</b>	7 (6,8%)	0 (0%)	2 (18,2%)	1 (100%)	10 (7,1%)	40,001
<b>Medio Bajo (C-)</b>	38 (36,9%)	23 (92%)	5 (45,5%)	0 (0%)	66 (47,1%)	
<b>Medio Típico (C+)</b>	40(38,8%)	2 (8%)	2 (18,2%)	0 (0%)	44(31,4%)	
<b>Medio Alto (B)</b>	17(16,5%)	0 (0%)	2 (18,2%)	0 (0%)	19(13,6%)	
<b>Alto (A)</b>	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1(0,7%)	0,001
<b>TOTAL</b>	103(100%)	25 (100%)	11 (100%)	1 (100%)	140(100%)	

**Fuente:** Encuesta

**Elaboración:** Johanna Ochoa, Joselyn Quezada.

La relación entre estratificación socioeconómica y desarrollo psicomotor del niño demuestra que el 92% de niños y niñas con desarrollo psicomotor en riesgo forman parte de los grupos socioeconómicos Bajo (D) y Medio bajo (C-), mientras que el 8% restante se ubican en el nivel socioeconómico Medio típico (C+), Medio Alto (B) y Alto (A) . Se dieron 11 casos de desarrollo psicomotor dudoso, en el cual, el 76% de estos casos se ubican en los niveles socioeconómicos Medio Bajo (C-) y Bajo (D) y el 24% restante se ubican en los niveles Medio típico (C+), Medio Alto (B) y Alto (A) . Al calcular el valor chi2= 40,001 y Valor p= 0,001 corroboramos que el Nivel socioeconómico y el desarrollo psicomotor, se encuentran relacionadas.

**Relación Consumo de alcohol del padre y Desarrollo psicomotor.****Tabla 28: Relación Consumo de alcohol del padre y Desarrollo psicomotor.**

CONSUMO DE ALCOHOL DEL PADRE.	DESARROLLO PSICOMOTOR				Chi2	TOTAL	Valor p
	Normal	En Riesgo	Dudosos	Retraso			
SI CONSUME	35 (36,1%)	15 (68,2%)	5 (50%)	0 (0%)	55 (42,6%)	7,795	
NO CONSUME	62 (63,9%)	7 (31,8%)	5 (50,0%)	0 (0,0%)	74 (57,4%)		0,020
<b>TOTAL</b>	97 (100%)	22 (100%)	10 (100%)	0 (0%)	129(100%)		

**Elaboración:** Johanna Ochoa, Joselyn Quezada.

Al Relacionar el desarrollo psicomotor del niño/a con el consumo de alcohol del padre, hemos encontrado que el 68,2% de niños que tienen un desarrollo psicomotor En Riesgo, se ubica en padres de familia que si consumen alcohol. Además, indicamos que el 64% de los niños con un desarrollo psicomotor Normal se ubican en padres de familia que no consumen alcohol. Con un valor chi2= 7,795 y Valor p= 0,020 concluimos que estos valores son significativos, de tal manera, que existe relación entre el desarrollo psicomotor de los niños y el hábito de consumo de alcohol del padre.



## Relación del sexo del niño y el desarrollo psicomotor

**Tabla 29: Relación Sexo del niño y Desarrollo psicomotor**

<b>Sexo Del Niño</b>	<b>Desarrollo Psicomotor</b>				<b>Total</b>	<b>Chi 2</b>
	<b>Normal</b>	<b>En Riesgo</b>	<b>Dudoso</b>	<b>Retraso</b>		
<b>Masculino</b>	55 (5,4%)	9 (36%)	4 (36,4%)	0 (0%)	68(48,6%)	4,134
<b>Femenino</b>	48(46,6%)	16(64%)	7 (63,6%)	1(100%)	72 (51,4%)	0,246
<b>TOTAL</b>	103(100%)	25(100%)	11(100%)	1(100%)	140(100%)	

**Fuente:** Encuesta

**Elaboración:** Johanna Ochoa, Joselyn Quezada.

Se ha relacionado desarrollo psicomotor y sexo del niño, en el cual, el 53% de niños con desarrollo psicomotor normal pertenece al sexo masculino y 47% al sexo femenino. En el caso de desarrollo psicomotor en riesgo, los valores varían por sexo. El mayor porcentaje (64%) se ubican en el sexo femenino, el 36% en el sexo masculino.

En el desarrollo psicomotor dudoso, de la misma manera, el mayor porcentaje (64%) se concentra en el sexo femenino; sin embargo, al obtener el valor de la prueba Chi2=4,134 y Valor p= 0,246 no se encontraron diferencias significativas entre ambos sexos, por lo que podemos concluir que no existe relación entre el retraso en el desarrollo psicomotor y el sexo del niño.

### Relación Edad del niño y Desarrollo psicomotor.

**Tabla 30: Relación Edad del niño y Desarrollo psicomotor.**

Edad del niño	Desarrollo Psicomotor				Total	Chi2	Valor P
	Normal	En riesgo	Dudoso	Retraso			
<b>0 a 16 meses</b>	29(28,7%)	11(45,8%)	6(54,5%)	1(100%)	47(34,3%)		
<b>17 a 27 meses</b>	34(33,7%)	8(33,3%)	2(18,2%)	0(0%)	44(32,1%)	8,829	
<b>28 a 38 meses</b>	28(27,7%)	3(12,5%)	2(18,2%)	0(0%)	33(24,1%)		0,717
<b>39 a 49 meses</b>	5(5,0%)	1(4,2%)	0(0,0%)	0(0%)	6(4,4%)		
<b>50 a 60 meses</b>	5(5,0%)	1(4,2%)	1(9,1%)	0(0%)	7(5,1%)		
<b>TOTAL</b>	101(100%)	24(100%)	11(100%)	1(100%)	137(100%)		

**Fuente:** Encuesta

**Elaboración:** Johanna Ochoa, Joselyn Quezada.

Al relacionar la edad de los niños/as agrupado y el desarrollo psicomotor, se puede observar en la tabla porcentajes muy similares en los distintos niveles del desarrollo y la edad correspondiente, de manera, que podemos interpretar que cierto nivel de desarrollo psicomotor se ubique de una manera significativa en alguno de los rango de edad. Para corroborar se calculó el valor  $\chi^2 = 8,829$  y  $\text{Valor } p = 0,717$  en la variable independiente edad del niño agrupada y la variable dependiente desarrollo psicomotor, en donde no se encontraron ninguna relación. De tal modo, que las alteraciones en el desarrollo psicomotor de los niños no se ubica en alguno de los rangos de edad de una manera diferenciada.

**Parroquia de pertenencia del niño y Desarrollo psicomotor.****Tabla 31: Parroquia de pertenencia del niño y Desarrollo psicomotor.**

Parroquia perteneciente	Desarrollo psicomotor				Total	Chi2
	Normal	En riesgo	Dudoso	Retraso		
<b>Sayausí</b>	54(52,4%)	8 (32,0%)	7(63,6%)	1(100%)	70(50%)	5,301
<b>El Vecino</b>	49(47,6%)	17(68,0%)	4(36,4%)	0(0,0%)	70 (50%)	
<b>TOTAL</b>	103(100%)	25 (100%)	11(100%)	1(100%)	140(100%)	0,151

**Fuente:** Encuesta**Elaboración:** Johanna Ochoa, Joselyn Quezada.

Al Relacionar el desarrollo psicomotor con la parroquia perteneciente no se encontró un grado de relación. Valor chi2=5,301 y Valor p= 0,151. De este modo, señalamos que los valores entre el nivel de desarrollo psicomotor de los niños y la parroquia perteneciente son muy similares, por tanto, no muestran diferencias significativas que podamos concluir que el desarrollo psicomotor esté vinculado con el lugar de pertenencia de los niños.



### Edad del padre y el desarrollo psicomotor.

Tabla 32: Edad del Padre y Desarrollo psicomotor.

EDAD DEL PADRE	DESARROLLO PSICOMOTOR			TOTAL	Chi2	Valor P
	Normal	En riesgo	Dudoso			
<b>20 años o menos</b>	1 (1,0%)	5 (22,7%)	1 (10,0%)	7 (5,4%)		
<b>21 a 39 años</b>	85 (87,6%)	17 (77,3%)	7 (70,0%)	109 (84,5%)	19,819	
<b>40 años y mas</b>	11 (11,3%)	0 (0,0%)	2 (20,0%)	13 (10,1%)		
<b>TOTAL</b>	97 (100,0%)	22 (100,0%)	10 (100,0%)	129 (100,0%)	0,001	

Fuente: Encuesta

Elaboración: Johanna Ochoa, Joselyn Quezada.

Se ha relacionado la edad del padre agrupada y el desarrollo psicomotor del niño, en donde el mayor porcentaje de casos, es decir 88% de niños con desarrollo psicomotor normal se sitúa en padres con un rango de edad de entre 21 a 39 años. El valor de la prueba Chi2= 18,819 y Valor p= 0,001 nos indica que este porcentaje en relación a los demás rangos de edad, muestra diferencias significativas, de tal manera que el desarrollo psicomotor se encuentran relacionados con la edad del padre.

**Consumo de alcohol de la madre y el desarrollo psicomotor.****Tabla 33: Consumo de alcohol de la madre y Desarrollo psicomotor.**

CONSUMO DE ALCOHOL DE LA MADRE	DESARROLLO PSICOMOTOR				TOTAL	Chi2	Valor p
	Normal	En Riesgo	Dudoso	Retraso			
SI CONSUME	12(11,7%)	6 (24%)	3(27,3%)	1(100%)	22(15,7%)		9,053
NO CONSUME	91(88,3%)	19 (76%)	8(72,7%)	0(0%)	118(84,3%)		0,07
<b>TOTAL</b>	<b>103(100%)</b>	<b>25(100%)</b>	<b>11(100%)</b>	<b>1(100%)</b>	<b>140(100%)</b>		

Fuente: Encuesta

Elaboración: Johanna Ochoa, Joselyn Quezada.

Al relacionar el consumo de alcohol de la madre y el desarrollo psicomotor de los niños, encontramos que el mayor porcentaje (88,3%) de niños con desarrollo psicomotor normal se ubica en madres que no consumen alcohol, sin embargo, las distintas alteraciones del desarrollo psicomotor de los niños, se ubican también en madres que no consumen esta sustancia, esto es explicado porque el 85% de madres que participaron en la investigación no consumen alcohol; así mismo al obtener el valor de la prueba Chi2= 9,053 y Valor p= 0,07 corroboramos que estos valores no demuestran diferencias significativas entre madres que consumen alcohol y madres que no lo hacen, de tal manera que el hábito de consumo y el desarrollo psicomotor no se encuentran relacionados.

**Relación entre estado nutricional y desarrollo psicomotor.****Tabla 34: Relación entre estado nutricional y desarrollo psicomotor.**

Estado nutricional	Desarrollo Psicomotor				Total	Chi 2 Valor p
	Normal	En riesgo	Dudoso	Retraso		
Normal	95(92,2%)	25(100%)	2(18,2%)	1(100%)	123(87,9%)	69,880
Riesgo de desnutrición	5(4,9%)	0(0%)	9(81,8%)	0(0,0%)	14(10%)	
Sobrepeso	3(2,9%)	0(0%)	0(0%)	0(0,0%)	3(2,1%)	0,000
<b>TOTAL</b>	<b>103(100%)</b>	<b>25(100%)</b>	<b>11(100%)</b>	<b>1(100%)</b>	<b>140(100%)</b>	

**Fuente:** Encuesta**Elaboración:** Johanna Ochoa, Joselyn Quezada

Al relacionar el desarrollo psicomotor y el estado nutricional de los niños y niñas, encontramos que el 92% de niños con desarrollo psicomotor normal se encuentran con estado nutricional normal. Se dieron 11 casos de niños/as con desarrollo psicomotor dudoso, en el cual el 81,8% de estos casos tienen riesgo de desnutrición. Con un valor  $p=0,000$  concluimos que existe relación entre el estado nutricional y el desarrollo psicomotor. En este caso indicamos que al tener un estado nutricional normal el desarrollo psicomotor es normal, mientras que niños con riesgo desnutrición presentan cuadros alterados en el desarrollo psicomotor.

**DISCUSIÓN****CAPÍTULO VI**



En nuestro estudio se determinó que la prevalencia del retraso en el desarrollo psicomotriz es del 26,4%, los resultados son similares a lo observado en México, en el departamento de Querétaro, en donde la prevalencia es del 32 %, en un estudio similar realizado durante 10 meses en niños de 1 mes a 5 años de edad(31). Sin embargo estas prevalencias, encontradas en nuestro estudio son mayores a gran escala comparadas a las encontradas en estudios Europeos, en donde los niños de 0 a 6 años de edad presentaron 8, 68% de retraso psicomotor (32); a diferencia de otros países como Chile en donde la prevalencia es del 30%, principalmente en la edad de 8 meses. (33)

En este estudio se contó con la participación de 140 niños, con edades comprendidas entre los 5 días hasta los 5 años, con una edad promedio de 1 año 11 meses. En su mayoría se estudiaron 50 niños (35.7%) con edades comprendidas entre los 0 y 16 meses de edad, seguidos por niños de 17 a 27 meses con un (31.43%). El mayor porcentaje de niños se encuentra en el sexo femenino con el (51%), seguido por el sexo masculino con el (49%).

Al relacionar el sexo del niño con el Desarrollo psicomotor, no se obtuvo mayor relevancia, sin embargo los porcentajes encontrados dan a conocer que las niñas poseen mayores probabilidades que los niños para presentar problemas del desarrollo, contrario a lo expuesto por Tirado Callejas y colaboradores (31), en donde indica que el mayor porcentaje se obtuvo en varones con un 56.25% y de mujeres con un 43.75%, con una diferencia no tan significativa con nuestro estudio ya que los porcentajes variantes son del 48,6% en varones y del 51,4% en mujeres.

Con respecto a la edad de los niños y el desarrollo psicomotor, del total de 137 niños obtenidos como muestra para nuestro estudio, 101 de ellos cuyos resultados fueron normales, lo que representa que la edad del niño no es un elemento relevante para ser considerado como factor para influir en un riesgo del desarrollo psicomotor. Esto que compagina con lo expuesto por Schonhaut y colaboradores, que concuerdan que no existe diferencia significativa por sexo del niño. (33)

Con lo que corresponde al estado nutricional de los infantes participantes en nuestro estudio se demostró que del total de 140 niños, 95 se encuentran en un estado nutricional óptimo para su edad y normal correspondiente al desarrollo psicomotor. Sin embargo encontramos que el 81,8% de niños que se encuentran el retraso del desarrollo psicomotor dudoso también están dentro de riesgo de desnutrición, por lo que podemos concluir que el estado nutricional es un factor importante y fundamental, que influye en el desarrollo normal de los niños de 0 a 5 años. Estos resultados son similares a los realizados por Huiracocha y colaboradores en la ciudad de Cuenca.(34)



No se encontró relación alguna entre el desarrollo psicomotor del niño y la funcionalidad familiar, estas variables fueron evaluadas con el test de funcionalidad familiar (FF-SIL) según el estadístico Chi 2. Aunque en un estudio realizado en Arequipa – Perú en el año 2018 se demostró que si existe asociación significativa entre el Desarrollo Psicomotor y la funcionalidad familiar, la cual fue evidenciada en resultados finales donde el 33.3% de menores evaluados presentaron un desarrollo psicomotor normal en relación a un funcionamiento familiar normal y un grupo de 16.1% de menores evaluados presentaron déficit del desarrollo con una disfunción leve del funcionamiento familiar. (35) De esta manera se afirmó que la funcionalidad familiar cumple un rol importante para fomentar un correcto desarrollo en los niños.

En lo que compete a la edad de los padres, en varios estudios se ha demostrado que padres adolescentes o muy adultos representan influencia en el desarrollo psicomotor de los niños(36). Al relacionar el desarrollo psicomotor con la edad de la madre, encontramos que en el 85,4% de niños con desarrollo psicomotor normal se ubica en madres que tienen entre 21 y 39 años, los niños con desarrollo psicomotor en riesgo el mayor porcentaje se ubica en madres jóvenes menores de 20 años, por lo que al aplicar la prueba de chi2 se puede decir que existe relación entre el desarrollo psicomotor del niño y la edad de la madre, En un estudio que fue publicado en la revista Chilena de Pediatría en Febrero 1994 resaltó que la presencia de retraso en niños en su primer año de vida fue más frecuentes en madres cuyas edad estaban en más 40 años y menores de 19 años. En el segundo año de vida la diferencia se registró solo en frecuencia de madres > 40 años (5% de los niños con retraso y solo 1%).(37). Contrario a lo que sucede con la edad de los padres, en nuestro estudio se demostró que el 77,3% de los padres cuyos niños presentaban riesgo en el desarrollo psicomotor oscilaban entre los 21 y 39 años, y el 22,7% los padres eran menores a 20 años.

Entre la estratificación socioeconómica y el desarrollo psicomotriz del niño, existe una relación significativa, la cual nos indica que los niños con desarrollo psicomotriz en riesgo forman parte de grupos socioeconómicos bajo y medio bajo. Según Agostini, Brown y Góngora (2008), en los países del sur se han reportado tasas del 29% al 60% de niños presentan algún trastorno del desarrollo psicomotor, sin embargo, dichas cifras dependen del nivel socioeconómico. (38)

El consumo de sustancias durante la gestación representa del 10% al 12% como una factor importante para que el niño tenga riesgo o retraso en el desarrollo psicomotor del infante; como lo demuestra un estudio científico realizado por García Cruz y colaborador, en Madrid(39); es contrario a lo encontrado en el presente estudio, ya que el 85% de madres participantes en nuestro estudio no consumen alcohol, por lo que podemos concluir que no existe una relación significativa entre estos dos elementos.



Por otra parte en nuestro estudio el consumo de alcohol por parte del padre se relacionó con el riesgo de retraso de del desarrollo psicomotriz, en una investigación realizada en la Universidad de Chile se enfatizó la importancia de la presencia paterna sobre el desarrollo motor, la influencia de la imagen paterna se puede dar de manera directa en interacción padre-hijo o con el apoyo que se brinda a la madre en la crianza, de tal manera que un padre con problemas de consumo de alcohol será un padre ausente y por lo tanto este aspecto repercutirá en el normal desarrollo psicomotriz del niño.(36)

Al relacionar la parroquia en la cual se realizó el estudio con el desarrollo psicomotor, no se encuentra relación significativa, por lo que podemos indicar que en el presente estudio no existe probabilidades que determine que una parroquia rural es un factor de riesgo para tener déficit en el desarrollo psicomotor de los niños a diferencia de una parroquia urbana.



## CAPITULO VII

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### CONCLUSIONES.

Luego de realizado el presente estudio de investigación se concluye que el perfil familiar, la estratificación socioeconómica, los hábitos de consumo de sustancias de los padres y el estado nutricional del niño, se relacionan en un 26,4% con el riesgo y retraso en el desarrollo psicomotor de niños de 0 a 5 años de las parroquias de Sayausí y el Vecino.

- El sexo y edad del niño en nuestro estudio no son factores de riesgo para que los niños presenten problemas en el desarrollo. El estado nutricional se relaciona con el riesgo y retraso en el desarrollo, obteniendo del 100% de casos obtenidos, el 81,8% corresponde a niños que presentan alteración en el desarrollo psicomotor, mediante el test de Denver y se encuentran en riesgo de desnutrición.
- Se concluye que la estratificación socioeconómica, tiene una estrecha relación con el riesgo y retraso en el desarrollo psicomotor, encontrándose el porcentaje más alto en la estratificación, medio bajo con un 47,1%, seguido por un 31,4% de nivel medio típico. Con respecto al consumo de alcohol del padre se ha encontrado que el 68,2% de los niños han presentado riesgo en el desarrollo psicomotor, por lo que existe relación entre el desarrollo psicomotor de los niños y el hábito de consumo de alcohol del padre, siendo lo contrario a lo que sucede con las madres quienes no consumen alcohol dando un 88,3% de niños que se encuentran en desarrollo psicomotor normal.
- Concluimos que el tipo de familia en la cual habitan los niños participantes de nuestro estudio de investigación, en su mayoría son familiar nucleares, con 114 casos de los 140 evaluados, de la misma forma se encuentran dentro de familiar moderadamente funcionales, con 75 casos, seguido de familias funcionales con 57 casos, representando más del 50% de niños con estabilidad familiar.



- En nuestro estudio se evaluó a 140 niños con el test de Denver, en el mismo se encontraron 103 niños, con resultados normales, 25 niños en Riesgo; 11 niños catalogados como Dudosos y 1 niño con retraso en el desarrollo psicomotor. Lo que representa el 26,4% de niños con riesgo y retraso en el desarrollo psicomotor, relacionando así el estado nutricional y el riesgo en el retraso del desarrollo psicomotor.
- La funcionalidad familiar y el tipo de familia no tiene relación alguna con el riesgo y retraso en el desarrollo psicomotor.



## RECOMENDACIONES

Luego de concluido el presente estudio de investigación, en base a los resultados y datos obtenidos, se realizan las recomendaciones pertinentes, para mejorar la calidad de vida de niños que presentan riesgo y retraso en el desarrollo psicomotor de 0 a 5 años en las parroquias de Sayausí y el Vecino.

- Se recomienda realizar un seguimiento del estado nutricional de los niños participantes de nuestro estudio, con profesionales especializados; además de corroborar el diagnóstico presuntivo entregado en nuestro estudio el profesional le podrá proporcionar al niño dietas de acuerdo a su edad, como por ejemplo lactancia exclusiva a lactantes de 0 a 6 meses de edad.
- Para aquellos padres cuyo nivel socioeconómico es Bajo, Medio típico, se recomienda acceder a programas creados por el MIES, como CIBV O CDI; en donde los niños reciben los cuidados y la estimulación necesaria durante la jornada laboral de los padres; de esta forma ayuda a aquellos padres adolescentes, que continúan su formación académica.
- El Test trabajado en esta investigación fue DENVER, el mismo que nos permite identificar un riesgo en el desarrollo psicomotor, mas no un retraso netamente identificado o una discapacidad; por ello es recomendable acudir a un profesional especialista, el cual con técnicas e instrumentos validados podrá entregar un diagnóstico definido y realizar el seguimiento correspondiente.



## CAPITULO VIII

### BIBLIOGRAFIA GENERAL

1. Rimal HS, Pokharel A, Saha V, Giri A, Ghimire B, Raja S, et al. Burden of Developmental and Behavioral Problems among Children - A Descriptive Hospital Based Study. *J Nobel Med Coll* [Internet]. el 13 de marzo de 2014 [citado el 2 de julio de 2019];3(1):45–9. Disponible en: <https://www.nepjol.info/index.php/JoNMC/article/view/10054>
2. Gupta N, Kabra M. Approach to the diagnosis of developmental delay - The changing scenario. *Indian J Med Res* [Internet]. enero de 2014 [citado el 2 de julio de 2019];139(1):4–6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3994741/>
3. Bao C, Mayila M, Ye Z, Wang J, Jin M, He W, et al. Forecasting and Analyzing the Disease Burden of Aged Population in China, Based on the 2010 Global Burden of Disease Study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. julio de 2015 [citado el 2 de julio de 2019];12(7):7172–84. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4515648/>
4. Hamadani JD, Tofail F, Huda SN, Alam DS, Ridout DA, Attanasio O, et al. Cognitive Deficit and Poverty in the First 5 Years of Childhood in Bangladesh. *Pediatrics* [Internet]. el 1 de octubre de 2014 [citado el 2 de julio de 2019];134(4):e1001–8. Disponible en: <https://pediatrics.aappublications.org/content/134/4/e1001>
5. McCoy DC, Peet ED, Ezzati M, Danaei G, Black MM, Sudfeld CR, et al. Early Childhood Developmental Status in Low- and Middle-Income Countries: National, Regional, and Global Prevalence Estimates Using Predictive Modeling. *PLOS Med* [Internet]. el 7 de junio de 2016 [citado el 2 de julio de 2019];13(6):e1002034. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002034>
6. Yin P, Hou X, Qin Q, Deng W, Hu H, Luo Q, et al. Genetic and Environmental Influences on the Mental Health of Children: A Twin Study. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* [Internet]. el 2 de agosto de 2016 [citado el 3 de julio de 2019];54(8):29–34. Disponible en: <https://www.healio.com/psychiatry/journals/jpn/2016-8-54-8/{a93808dc-57ae-40a9-ac74-6c4a80ee2143}/genetic-and-environmental-influences-on-the-mental-health-of-children-a-twin-study>
7. Prado EL, Dewey KG. Nutrition and brain development in early life. *Nutr Rev* [Internet]. el 1 de abril de 2014 [citado el 3 de julio de 2019];72(4):267–84. Disponible en: <https://academic.oup.com/nutritionreviews/article/72/4/267/1859597>
8. Woldehanna T, Behrman JR, Araya MW. The effect of early childhood stunting on children's cognitive achievements: Evidence from young lives Ethiopia. *Ethiop J Health Dev Yaityopya Tena Lemat Mashet* [Internet]. 2017 [citado el 3 de julio de 2019];31(2):75–84. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5726774/>

9. Olusanya BO, Davis AC, Wertlieb D, Boo N-Y, Nair MKC, Halpern R, et al. Developmental disabilities among children younger than 5 years in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Glob Health* [Internet]. el 1 de octubre de 2018 [citado el 3 de julio de 2019];6(10):e1100–21. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(18\)30309-7/abstract](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(18)30309-7/abstract)
10. Huiracocha L, Robalino G, Huiracocha M, García J, Pazán C, Angulo A. Retrasos del desarrollo psicomotriz en niños y niñas urbanos de 0 a 5 años: Estudio de caso en la zona urbana de Cuenca, Ecuador. *MASKANA* [Internet]. el 26 de junio de 2012 [citado el 3 de julio de 2019];3(1):13–28. Disponible en: <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/maskana/article/view/391>
11. Palacio Durán E, Pinillos Patiño Y, Herazo Beltrán Y, Galeano Muñoz L, Prieto Suárez E. Determinantes del desempeño psicomotor en escolares de Barranquilla, Colombia. *Rev Salud Pública* [Internet]. el 1 de mayo de 2017 [citado el 3 de julio de 2019];19(3):297–303. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/65597>
12. Ávila ACQ, B PB. Desarrollo motor en niños con desnutrición en Tunja, Boyacá. *Fac Nac Salud Pública El Escen Para Salud Pública Desde Cienc* [Internet]. 2015 [citado el 3 de julio de 2019];33(1):15–21. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4996600>
13. Kacenelenbogen N, Dramaix-Wilmet M, Schetgen M, Roland M, Godin I. Parental separation: a risk for the psychomotor development of children aged 28 to 32 months? A cross-sectional study. *BMC Pediatr* [Internet]. el 11 de julio de 2016 [citado el 3 de julio de 2019];16(1):89. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0621-y>
14. Yang X, Yin Z, Cheng Y, Yang W, Zhu Z, Zhang M, et al. Features and Associated Factors of the Behavioral Development of 24-month-old Children in Rural China: Follow-up Evaluation of a Randomized Controlled Trial. *Sci Rep* [Internet]. el 18 de septiembre de 2018 [citado el 3 de julio de 2019];8(1):13977. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-018-32171-1>
15. Pérez MAG, Granero MÁM. Desarrollo psicomotor y signos de alarma. 2016;81–93.
16. ÇELİKKIRAN S, BOZKURT H, COŞKUN M. Denver Developmental Test Findings and their Relationship with Sociodemographic Variables in a Large Community Sample of 0–4-Year-Old Children. *Nöro Psikiyatri Arş* [Internet]. junio de 2015 [citado el 11 de julio de 2019];52(2):180–4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5353195/>
17. Gálvez-Martínez RE, Iglesias-Leboreiro J, Bernárdez-Zapata I. Importancia de la valoración del desarrollo psicomotor en todo niño con antecedente de prematuridad. *Med Mex*. 2015;60(4):250–4.

18. Bick J, Nelson CA. Early Adverse Experiences and the Developing Brain. *Neuropsychopharmacology* [Internet]. enero de 2016 [citado el 3 de julio de 2019];41(1):177–96. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4677140/>
19. Leventakou V, Roumeliotaki T, Sarri K, Koutra K, Kampouri M, Kyriklaki A, et al. Dietary patterns in early childhood and child cognitive and psychomotor development: the Rhea mother-child cohort study in Crete. *Br J Nutr* [Internet]. abril de 2016 [citado el 3 de julio de 2019];115(8):1431–7. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/british-journal-of-nutrition/article/dietary-patterns-in-early-childhood-and-child-cognitive-and-psychomotor-development-the-rhea-motherchild-cohort-study-in-crete/444527894CE98D526B8C07A41C6774F2>
20. Glenn AL. Early life predictors of callous-unemotional and psychopathic traits. *Infant Ment Health J* [Internet]. el 1 de enero de 2019 [citado el 4 de julio de 2019];40(1):39–53. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/imhj.21757>
21. Günel MK, Türker D, Ozal C, KayaKara O. Physical Management of Children with Cerebral Palsy. *Cereb Palsy - Chall Future* [Internet]. el 19 de marzo de 2014 [citado el 4 de julio de 2019]; Disponible en: <https://www.intechopen.com/books/cerebral-palsy-challenges-for-the-future/physical-management-of-children-with-cerebral-palsy>
22. Stanzione C, Schick B. Environmental Language Factors in Theory of Mind Development: Evidence From Children Who Are Deaf/Hard-of-Hearing or Who Have Specific Language Impairment. *Top Lang Disord* [Internet]. 2014 [citado el 4 de julio de 2019];34(4):296–312. Disponible en: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00011363-201410000-00004>
23. Howell KH, Barnes SE, Miller LE, Graham-Bermann SA. Developmental variations in the impact of intimate partner violence exposure during childhood. *J Inj Violence Res* [Internet]. enero de 2016 [citado el 4 de julio de 2019];8(1):43–57. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4729333/>
24. Chen Q, Kong Y, Gao W, Mo L. Effects of Socioeconomic Status, Parent–Child Relationship, and Learning Motivation on Reading Ability. *Front Psychol* [Internet]. el 25 de julio de 2018 [citado el 4 de julio de 2019];9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6068389/>
25. Winding TN, Andersen JH. Socioeconomic differences in school dropout among young adults: the role of social relations. *BMC Public Health* [Internet]. 2015 [citado el 4 de julio de 2019];15. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4606900/>
26. Hodgkinson S, Godoy L, Beers LS, Lewin A. Improving Mental Health Access for Low-Income Children and Families in the Primary Care Setting. *Pediatrics* [Internet]. el 1 de enero de 2017 [citado el 4 de julio de 2019];139(1):e20151175. Disponible en: <https://pediatrics.aappublications.org/content/139/1/e20151175>

27. Brentani A, Fink G, Brentani A, Fink G. Maternal depression and child development: Evidence from São Paulo's Western Region Cohort Study. *Rev Assoc Médica Bras* [Internet]. septiembre de 2016 [citado el 4 de julio de 2019];62(6):524–9. Disponible en:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-42302016000600524&lng=en&nrm=iso&tlang=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-42302016000600524&lng=en&nrm=iso&tlang=en)
28. Heath SM, Bishop DVM, Bloor KE, Boyle GL, Fletcher J, Hogben JH, et al. A Spotlight on Preschool: The Influence of Family Factors on Children's Early Literacy Skills. *PLOS ONE* [Internet]. el 21 de abril de 2014 [citado el 4 de julio de 2019];9(4):e95255. Disponible en:  
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0095255>
29. Mollborn S, Fomby P, Dennis JA. Who Matters for Children's Early Development? Race/Ethnicity and Extended Household Structures in the United States. *Child Indic Res* [Internet]. julio de 2011 [citado el 4 de julio de 2019];4(3):389. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3172319/>
30. Barreto Chimborazo H del R, Maldonado Cárdenas KG, Maldonado Cárdenas MG. Prevalencia del retraso psicomotor y su relación con el estado nutricional y el nivel socioeconómico en los niños de 6 meses a 4 años de edad, Cañar 2014. 2015 [citado el 12 de julio de 2019]; Disponible en:  
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/21518>
31. Callejas KBT, Mejí LMA, Pacheco MAM, Peña M de LG, Sánchez LEC, Malagón GV, et al. Prevalencia De Alteraciones En El Desarrollo Psicomotor Para Niños De 1 Mes A 5 Años Valorados Con La Prueba EDI En Un Centro De Salud En México En El Periodo Febrero A Noviembre De 2015. *Eur Sci J ESJ*. el 31 de enero de 2017;13(3):223.
32. Álvarez Gómez MJ, Soria Aznar J, Galbe Sánchez-Ventura J. Importancia de la vigilancia del desarrollo psicomotor por el pediatra de Atención Primaria: revisión del tema y experiencia de seguimiento en una consulta en Navarra. *Pediatría Aten Primaria*. marzo de 2009;11(41):65–87.
33. Schönhaut B L, Schonstedt G M, Álvarez L J, Salinas A P, Armijo R I. Desarrollo Psicomotor en Niños de Nivel Socioeconómico Medio-Alto. *Rev Chil Pediatría*. abril de 2010;81(2):123–8.
34. Huiracocha Tutivén M de L, Robalino Izurieta G, Huiracocha Tutivén MS, García Alvear JL, Pazán Torres CG, Angulo Rosero AN. 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;
35. Herrera Centeno JF. Desarrollo psicomotor y funcionamiento familiar en preescolares de Instituciones Educativas Inicial La Campiña Socabaya-2017. 2018;
36. Andraca I de, Pino P, La Parra A de, Rivera F, Castillo M. Factores de riesgo para el desarrollo psicomotor en lactantes nacidos en óptimas condiciones biológicas. *Rev Saude Pública*. abril de 1998;32(2):138–47.

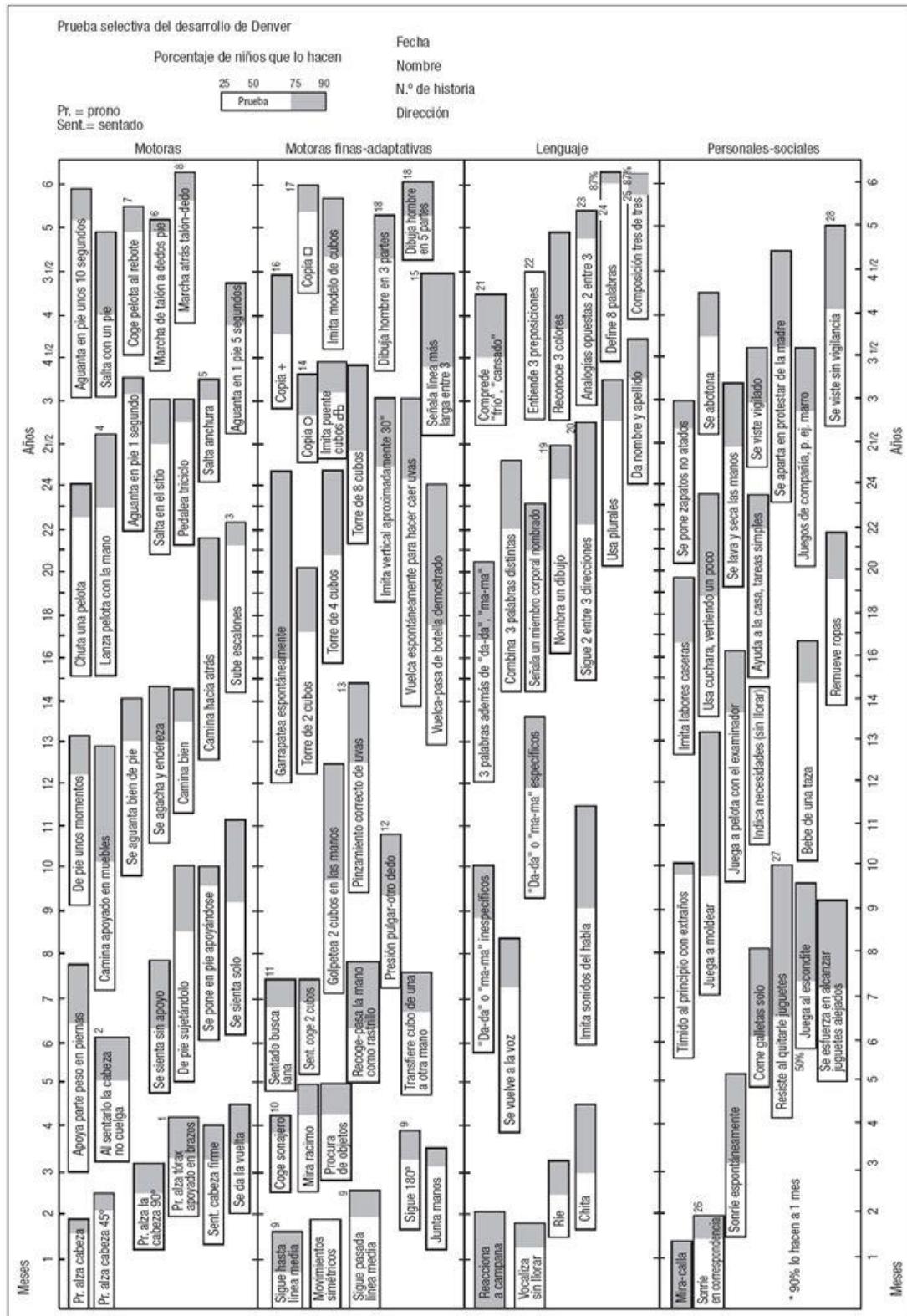


37. L L, Isabel M. Risk factors for psychomotor development in infants from low socioeconomic level. *Rev Chil Pediatría*. febrero de 1994;65(1):21–7.
38. Arriagada MV, Contreras RS. Influencia del nivel socioeconómico familiar sobre el desarrollo psicomotor de niños y niñas de 4 a 5 años de edad de la ciudad de Talca, Chile (Influence of familiar socioeconomic level on the psychomotor development in children from 4-5 years in Talca). *Theoria*. 2011;29–43.
39. Cruz JMG, TDAH CG, AEPap DP, Pérez MAG. García Cruz JM, García Pérez MA. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Retraso Psicomotor. AEPap. 2018 (en línea) consultado el 27/12/2019. Disponible en [algoritmos.aepap.org](http://algoritmos.aepap.org).

## CAPITULO IX

## ANEXOS

#### Anexo 1. Escala de DENVER para valoración del desarrollo psicomotor.





## Anexo 2. Cuestionario para evaluación materna y paterna

1. Datos de la madre	
• Edad _____	• ¿Qué tipo de drogas ha consumido? Marihuana: _____ Cocaína: _____ Pasta base: _____ Otras: _____
• Nivel de escolaridad Analfabeta: _____ Primaria: _____ Secundaria: _____ Superior: _____ Cuarto nivel: _____	• ¿Con que frecuencia consume drogas? Diariamente: _____ Semanalmente: _____ Mensualmente: _____
• Estado civil Soltera: _____ Casada: _____ Separada: _____ Divorciada: _____ Viuda: _____ Concubinato: _____	• Consumo de alcohol Sí: _____ No: _____ • ¿Desde cuándo consume alcohol? _____
• Religión Católica: _____ Evangélica: _____ Luterana: _____ Ninguna: _____ Otra: _____	• ¿Con que frecuencia consume alcohol? Diariamente: _____ Semanalmente: _____ Mensualmente: _____ Anualmente: _____
• Ocupación Que hacer doméstico: _____ Estudiante: _____ Profesional: _____ Comerciante: _____ Agricultor: _____ Otros: _____	• ¿Su embarazo fue deseado? Sí: _____ No: _____
• Consumo de tabaco: Sí: _____ No: _____ • ¿Desde cuándo consume tabaco? _____	• ¿Cuánto tiempo dedica a la estimulación de su hijo diariamente? Entre 1-2 horas: _____ Entre 3 y 4 horas: _____ Más de 4 horas: _____
• Número de cigarrillos consumidos de forma diaria _____	
• Consumo de drogas Sí: _____ No: _____ • ¿Desde cuándo consume drogas? _____	• ¿Cómo considera la relación con su marido o pareja? Buena: _____ Regular: _____ Mala: _____ No tiene pareja: _____



2. Datos del padre	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Edad: _____</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Qué tipo de drogas ha consumido? Marihuana: _____ Cocaína: _____ Pasta base: _____ Otras: _____</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Nivel de escolaridad Analfabeta: _____ Primaria: _____ Secundaria: _____ Superior: _____ Cuarto nivel: _____</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Con que frecuencia consume drogas? Diariamente: _____ Semanalmente: _____ Mensualmente: _____</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Estado civil Soltero: _____ Casado: _____ Separado: _____ Divorciado: _____ Viudo: _____ Concubinato: _____</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Consumo de alcohol Sí: _____ No: _____</li><li>• ¿Desde cuándo consume alcohol? _____</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Religión Católica: _____ Evangélica: _____ Luterana: _____ Ninguna: _____ Otra: _____</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Con que frecuencia consume alcohol? Diariamente: _____ Semanalmente: _____ Mensualmente: _____ Anualmente: _____</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ocupación Que hacer doméstico: _____ Estudiante: _____ Profesional: _____ Comerciante: _____ Agricultor: _____ Otros: _____</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Su embarazo fue deseado? Sí: _____ No: _____</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Consumo de tabaco: Sí: _____ No: _____</li><li>• ¿Desde cuándo consume tabaco? _____</li><li>• Número de cigarrillos consumidos de forma diaria: _____</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Cuánto tiempo dedica a la estimulación de su hijo diariamente? Entre 1-2 horas: _____ Entre 3 y 4 horas: _____ Más de 4 horas: _____ Todos los fines de semanas: _____ No tiene contacto con su hijo: _____</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Consumo de drogas Sí: _____ No: _____</li><li>• ¿Desde cuándo consume drogas? _____</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Cómo considera la relación con su esposa o pareja? Buena: _____ Regular: _____ Mala: _____ No tiene pareja: _____</li></ul>

**Anexo 3. Encuesta de estratificación del nivel socioeconómico**

Conozca el nivel socioeconómico de su hogar		
Marque una sola respuesta con una (x) en cada una de las siguientes preguntas:		
Características de la vivienda		Puntajes finales
<b>1 ¿Cuál es el tipo de vivienda?</b>		
Suite de lujo		59
Cuarto(s) en casa de inquilinato		59
Departamento en casa o edificio		59
Casa/Villa		59
Mediagua		40
Rancho		4
Choza/ Covacha/Otro		0
<b>2 El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:</b>		
Hormigón		59
Ladrillo o bloque		55
Adobe/ Tapia		47
Caña revestida o bahareque/ Madera		17
Caña no revestida/ Otros materiales		0
<b>3 El material predominante del piso de la vivienda es de:</b>		
Duela, parquet, tablón o piso flotante		48
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón		46
Ladrillo o cemento		34
Tabla sin tratar		32
Tierra/ Caña/ Otros materiales		0
<b>4 ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?</b>		
No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar		0
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha		12
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha		24
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha		32
<b>5 El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:</b>		
No tiene		0
Letrina		15
Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada		18
Conectado a pozo ciego		18
Conectado a pozo séptico		22
Conectado a red pública de alcantarillado		38
<b>Acceso a tecnología</b>		Puntajes finales
<b>1 ¿Tiene este hogar servicio de internet?</b>		
No		0
Sí		45
<b>2 ¿Tiene computadora de escritorio?</b>		
No		0
Sí		35
<b>3 ¿Tiene computadora portátil?</b>		
No		0
Sí		39
<b>4 ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?</b>		
No tiene celular nadie en el hogar		0
Tiene 1 celular		8
Tiene 2 celulares		22
Tiene 3 celulares		32
Tiene 4 ó más celulares		42
<b>Posesión de bienes</b>		Puntajes finales
<b>1 ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?</b>		
No		0
Sí		19
<b>2 ¿Tiene cocina con horno?</b>		
No		0
Sí		29
<b>3 ¿Tiene refrigeradora?</b>		
No		0
Sí		30
<b>4 ¿Tiene lavadora?</b>		
No		0
Sí		18



<b>5 ¿Tiene equipo de sonido?</b>		
No		0
Sí		18
<b>6 ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?</b>		
No tiene TV a color en el hogar		0
Tiene 1 TV a color		9
Tiene 2 TV a color		23
Tiene 3 ó más TV a color		34
<b>7 ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?</b>		
No tiene vehículo exclusivo para el hogar		0
Tiene 1 vehículo exclusivo		6
Tiene 2 vehículo exclusivo		11
Tiene 3 ó más vehículos exclusivos		15
<b>Hábitos de consumo</b>		<b>Puntajes finales</b>
<b>1 ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?</b>		
No		0
Sí		6
<b>2 ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?</b>		
No		0
Sí		26
<b>3 ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?</b>		
No		0
Sí		27
<b>4 ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?</b>		
No		0
Sí		28

<b>5 Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?</b>		
No		0
Sí		12
<b>Nivel de educación</b>		<b>Puntajes finales</b>
<b>1 ¿Cuál es el nivel de instrucción del Jefe del hogar?</b>		
Sin estudios		0
Primaria incompleta		21
Primaria completa		39
Secundaria incompleta		41
Secundaria completa		65
Hasta 3 años de educación superior		91
4 ó más años de educación superior (sin post grado)		127
Post grado		171
<b>Actividad económica del hogar</b>		<b>Puntajes finales</b>
<b>1 ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL?</b>		
No		0
Sí		39
<b>2 ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?</b>		
No		0
Sí		55

<b>3 ¿Cuál es la ocupación del Jefe del hogar?</b>		
Personal directivo de la Administración Pública y de empresas		76
Profesionales científicos e intelectuales		69
Técnicos y profesionales de nivel medio		46
Empleados de oficina		31
Trabajador de los servicios y comerciantes		18
Trabajador calificados agropecuarios y pesqueros		17
Oficiales operarios y artesanos		17
Operadores de instalaciones y máquinas		17
Trabajadores no calificados		0
Fuerzas Armadas		54
Desocupados		14
Inactivos		17

TOTAL: \_\_\_\_\_



Elaborado por: Las autoras  
Fuente: INEC

### CALIFICACIÓN

0 a 316: Bajo

316.1 a 535: Medio bajo

535.1 a 696: Medio típico

696.1 a 845: Medio alto

845.1 a 1000: Alto



## Anexo 4. TEST SS-FIL para evaluar funcionalidad familiar

TEST SS-FIL		Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1	Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia.	1	2	3	4	5
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrelevarlos.					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.					
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

INTERPRETACIÓN	RESULTADOS
Familia funcional 70 a 57	Familia disfuncional 42 a 28
Familia moderadamente funcional 56 a 43	Familia severamente disfuncional 27 a 14

## • TIPO DE FAMILIA:

1. Familia nuclear \_\_\_\_ 2. Familia extensa \_\_\_\_ 3. Familia Monoparental \_\_\_\_
4. Familia Homoparental \_\_\_\_ 5. Familia reconstituida \_\_\_\_ 6. Otros tipos \_\_\_\_



## Anexo 5. Cuestionario para evaluación del niño

### Datos del niño

- Edad \_\_\_\_\_
- Sexo
  - Femenino \_\_\_\_\_
  - Masculino \_\_\_\_\_
- Estado nutricional
  - Normal \_\_\_\_\_
  - Riesgo de desnutrición \_\_\_\_\_
  - Desnutrición \_\_\_\_\_
  - Sobre peso \_\_\_\_\_
  - Obesidad \_\_\_\_\_



## OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Sexo	Características fenotípicas del individuo	Característica física	Entrevista	Nominal Masculino Femenino
Desarrollo psicomotor del niño	Nivel de desarrollo que posee el niño acorde a su edad y será evaluado a través de la escala de Denver	Características clínica	Test de Denver	Cualitativa, ordinal, politómica. - Normal - En riesgo - Dudosos - Retraso
Edad de la madre	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de la madre hasta el momento de la realización de la encuesta	Característica clínica	Entrevista	Numérica. Continua Edad en años
Nivel de escolaridad de la madre	Nivel educativo que tiene la madre	Antecedentes personales	Entrevista	Cualitativa, ordinal, politómica. - Analfabeta - Primaria - Secundaria - Superior - Cuarto nivel -
Estado civil de la madre	Relación interpersonal que la madre posee con otro individuo	Antecedentes personales	Entrevista	Cualitativa, ordinal, politómica. - Soltera - Casada - Separada - Divorciada - Viuda - Concubinato
Religión de la madre	Cultura en referencia a creencias que posea la madre	Antecedentes personales	Entrevista	Cualitativa, ordinal, politómica - Católica - Evangélica - Luterana - Otra_____ - Ninguna
Ocupación de la madre	Actividades económica o no económica que realiza la madre de forma diaria	Antecedentes personales	Entrevista	Cualitativa, ordinal, politómica - Quehaceres del hogar - Estudiante - Profesional - Comerciante - Agricultora - Otras



Consumo de tabaco en la madre	Antecedente de consumo de tabaco por parte de la madre	Antecedentes personales	Entrevista	Cualitativa, nominal, dicotómica - Sí - No
Consumo de drogas en la madre	Antecedente de consumo de drogas por parte de la madre	Antecedentes personales	Entrevista	Cualitativa, nominal, dicotómica - Sí - No
Consumo de alcohol de la madre	Antecedentes de consumo de alcohol por parte de la madre	Antecedentes personales	Entrevista	Cualitativa, nominal, dicotómica - Sí - No
Embarazo deseado	Se refiere al deseo de la madre y la planificación de su embarazo previo a la fecundación	Antecedentes personales	Entrevista	Cualitativa, nominal, dicotómica - Sí - No
Estimulación del desarrollo psicomotor del niño pro parte de la madre	Se refiere al tiempo que dedica la madre en el transcurso del día al desarrollo psicomotor del niño	Antecedentes personales	Entrevista	Cualitativa, ordinal, politómica. - Entre 1-2 horas - Entre 3 y 4 horas - Más de 4 horas - Ninguna vez
Relación de la madre con su marido o pareja	Se refiere al tipo de relación que mantiene la madre con su pareja	Antecedentes personales	Entrevista	Cualitativa, ordinal politómica - Buena - Regular - Mala - No tiene
Edad del padre	Tiempo transcurrido entre el nacimiento del padre y el momento de la encuesta	Antecedentes personales	Entrevista	Numérica, continua. Edad en años
Escolaridad del padre	Nivel educativo que posee el padre	Antecedentes personales	Entrevista	Cualitativa, ordinal politómica - Analfabeta - Primaria - Secundaria - Superior - Cuarto nivel
Estado civil	Relación interpersonal que posee el padre con otra persona	Antecedentes personales	Entrevista	Cualitativa, ordinal, politómica - Soltero - Casado - Separado - Divorciado - Viudo - Concubinato



Religión	Creencia religiosa que posee el padre	Antecedentes personales	Entrevista	Cualitativa, ordinal, politómica <ul style="list-style-type: none"><li>- Católica</li><li>- Evangélica</li><li>- Luterana</li><li>- Otra _____</li><li>- Ninguna</li></ul>
Ocupación	Actividad económica o no económica que realiza el padre diariamente	Antecedentes personales	Entrevista	Cualitativa, nominal, politómica <ul style="list-style-type: none"><li>- Que haces del hogar</li><li>- Estudiante</li><li>- Profesional</li><li>- Comerciante</li><li>- Agricultor</li><li>- Otras</li></ul>
Consumo de tabaco en el padre	Antecedente de consumo de tabaco del padre	Antecedentes personales	Entrevista	Cualitativa, nominal, dicotómica <ul style="list-style-type: none"><li>- Sí</li><li>- No</li></ul>
Consumo de drogas en el padre	Antecedentes de consumo de drogas del padre	Antecedentes personales	Entrevista	Cualitativa, nominal, dicotómica <ul style="list-style-type: none"><li>- Sí</li><li>- No</li></ul>
Consumo de alcohol en el padre	Antecedentes de consumo de alcohol del padre	Antecedentes personales	Entrevista	Cualitativa, nominal, dicotómica <ul style="list-style-type: none"><li>- Sí</li><li>- No</li></ul>
Estimulación del desarrollo psicomotor por parte del padre	Tiempo en el cual el padre realiza la estimulación del desarrollo psicomotor en el niño	Antecedentes personales	Entrevista	Cualitativa, nominal, politómica <ul style="list-style-type: none"><li>- Entre 1-2 horas</li><li>- Entre 3-4 horas</li><li>- Más de 4 horas</li><li>- Todos los fines de semanas</li><li>- Ninguna vez</li></ul>
Estatus socioeconómico familiar	Se refiere a la condición socioeconómica de la madre o cuidador principal del niño	Estatus socioeconómico	INEC	Cualitativa, ordinal, politómica <ul style="list-style-type: none"><li>- 0 a 316: Bajo</li><li>- 316.1 a 535: Medio bajo</li><li>- 535.1 a 696: Medio típico</li><li>- 696.1 a 845: Medio alto</li><li>- 845.1 a 1000: Alto</li></ul>



Funcionalidad familiar	Se refiere al grado de funcionamiento que tiene la familia del niño	Características familiares	FF-SIL	Cualitativa, ordinal, politómica  - Funcional - Moderadamente funcional - Disfuncional - Severamente disfuncional
Tipo de familia	Se refiere al tipo de familia que posee el niño	Características familiares	Entrevista	Cualitativa, nominal, politómica  - Familia nuclear - Familia extensa - Familia monoparental - Familia homoparental - Familia reconstituida - Otros tipos
Edad del niño	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento del niño hasta el momento de la evaluación	Característica clínica	Entrevista	Numérica continua Meses Años
Sexo del niño	Característica fenotípica del niño	Características clínica	Entrevista	Cualitativa, nominal, dicotómica  - Femenino - Masculino
Estado nutricional del niño	Relación existente entre el peso, talla y edad del niño	Características clínica	Examen físico	Cualitativa, nominal, politómica  - Normal - En riesgo de desnutrición - Desnutrición - Sobrepeso - Obesidad



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

## Anexo 6. Consentimiento informado

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: **ESTUDIO COMPARATIVO DEL PERFIL FAMILIAR Y EL RETRASO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE 0-5 AÑOS DE EDAD PERTENECIENTES A LAS PARROQUIAS DE SAYAUSÍ Y EL VECINO, DURANTE LOS MESES DE JULIO Y AGOSTO DEL AÑO 2019.**

Datos del equipo de investigación: (puede agregar las filas necesarias)

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	JOHANNA FERNANDA OCHOA PALACIOS	0150471209	Universidad de Cuenca
	JOSELYN CAROLINA QUEZADA CARRION	0105018212	Universidad de Cuenca

**¿De qué se trata este documento?**

Usted está siendo invitado a formar parte de una investigación científica que aportará a la salud de la ciudad y de la nación.

En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a la casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

**Introducción**

La realización de esta investigación se justifica desde diferentes puntos de vista, una de estas es que al tener una prevalencia alta el retraso del DPM representa un problema de salud pública que se demuestra cuando el niño no puede realizar las actividades acordes a su edad por lo cual comienza a requerir ayuda extra a nivel escolar y médico, a la larga si este niño no es evaluado y tratado de forma adecuada crecerá y tendrá una vida con carencias debido a su retraso del DPM, lo que conferirá mayores gastos económicos y menor calidad de vida asociada a las múltiples condiciones a las cuales el individuo estará expuesto a lo largo de su vida.

De igual manera este tema no se encuentra enmarcado dentro de las prioridades de investigación del Ecuador, sin embargo, este genera un impacto familiar, social y económico que se encuentran relacionados al desarrollo del niño, por lo cual esta investigación contribuirá a darle respuesta a una problemática en salud que no ha sido ampliamente analizada en la nación, con la finalidad de demostrar cuales factores relacionados a la familia se encuentran asociados al riesgo o retraso del DPM. En este mismo orden de ideas se beneficiará la población perteneciente a las parroquias en estudio ya que los niños serán evaluados de forma integral mediante los instrumentos apropiados, de la misma forma aquellos que según la evaluación se encuentren en riesgo o estén en un retraso del DPM franco se realizarán las recomendaciones pertinentes para que sean evaluados por los pediatras especialistas, con la finalidad de realizar intervenciones apropiadas dependiendo el caso.

**Objetivo del estudio**

Este proyecto de investigación tiene como tutor al Mgst. Carlos Arévalo Peláez y es realizado por nosotras: Johanna Fernanda Ochoa Palacios y Joselyn Carolina Quezada Carrión, quienes somos estudiantes de la Universidad de Cuenca, este proyecto tiene como objetivo la realización de la evaluación del desarrollo psicomotor del niño y sus factores asociados, por lo cual el niño será



evaluado mediante una escala que permite valorar su desarrollo y a usted se le harán unas preguntas personales.

#### **Descripción de los procedimientos**

En primer lugar, se realizarán las preguntas personales a través de un cuestionario previamente estructurado y posteriormente se hará la evaluación del niño, en este caso el infante será clasificado dependiendo de su edad en unas categorías y para demostrar su desarrollo se le podrán facilitar ciertos instrumentos con la finalidad de visualizar las actividades que pueda realizar.

#### **Riesgos y beneficios**

Dentro de los principales beneficios que le otorga su participación en la presente investigación será la valoración del desarrollo psicomotor del niño y a su vez se podrán realizar diagnósticos presuntivos por lo que servirá como una prueba para verificar si necesita alguna evaluación o tratamiento adicional, de igual manera le permitirá saber si existen factores en el hogar que se deban modificar con el fin de que el niño pueda tener un desarrollo adecuado para su edad. Así mismo usted está contribuyendo con la investigación en salud de la nación.

#### **Otras opciones si no participa en el estudio**

Su participación en este estudio de investigación es estrictamente voluntaria y podrá negarse a participar o retirarse del mismo sin consecuencia alguna al igual que el niño. La información que se recolectará será rigurosamente confidencial y no se utilizará para ningún otro fin. Sus respuestas al cuestionario serán modificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

#### **Derechos de los participantes**

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
- 7) Derecho a reclamar una indemnización, en caso de que ocurra algún daño debidamente comprobado por causa del estudio;
- 8) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio;
- 9) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 10) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 11) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 12) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 13) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;
- 14) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

#### **Información de contacto**

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0988980686 / 0998546459 que pertenece a Johanna Fernanda Ochoa Palacios, o envíe un correo electrónico a [johannafer96@gmail.com](mailto:johannafer96@gmail.com)



**Consentimiento informado**

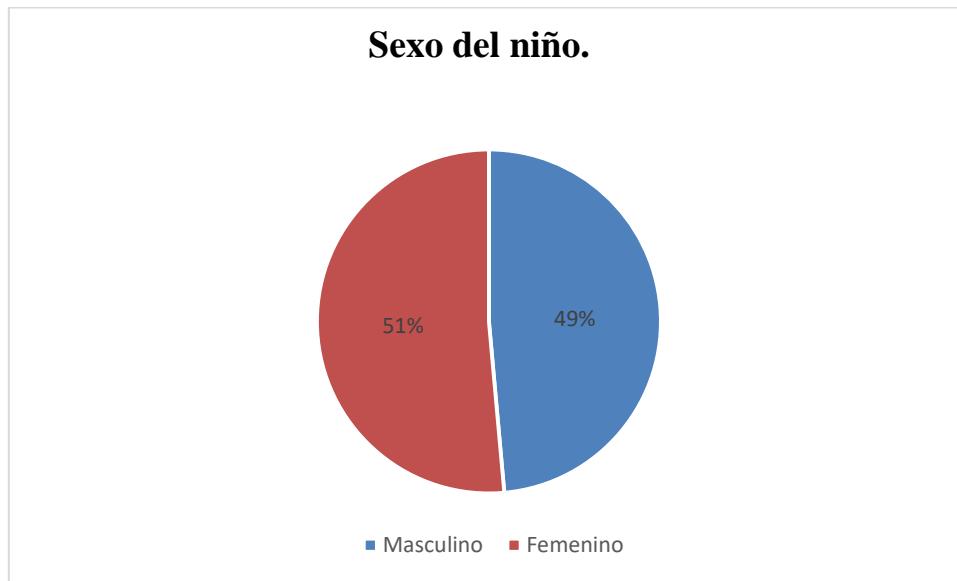
Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombres completos del/a participante	Firma del/a participante	Fecha
Nombres completos del testigo ( <i>si aplica</i> )	Firma del testigo	Fecha
Nombres completos del/a investigador/a	Firma del/a investigador/a	Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. José Ortiz Segarra, Presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: [jose.ortiz@ucuenca.edu.ec](mailto:jose.ortiz@ucuenca.edu.ec)

## GRÁFICOS

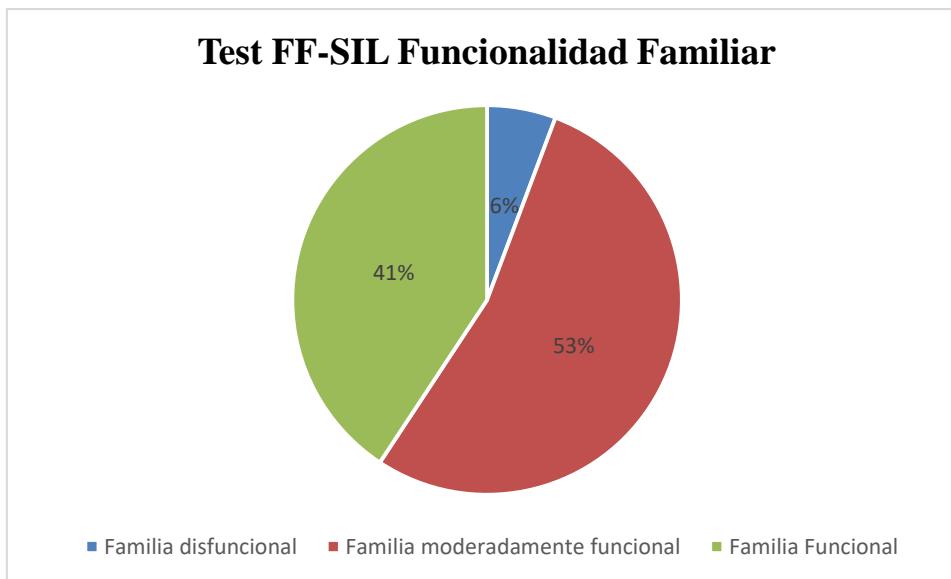
**Gráfico 1: Sexo del niño.**



**Fuente:** Encuesta

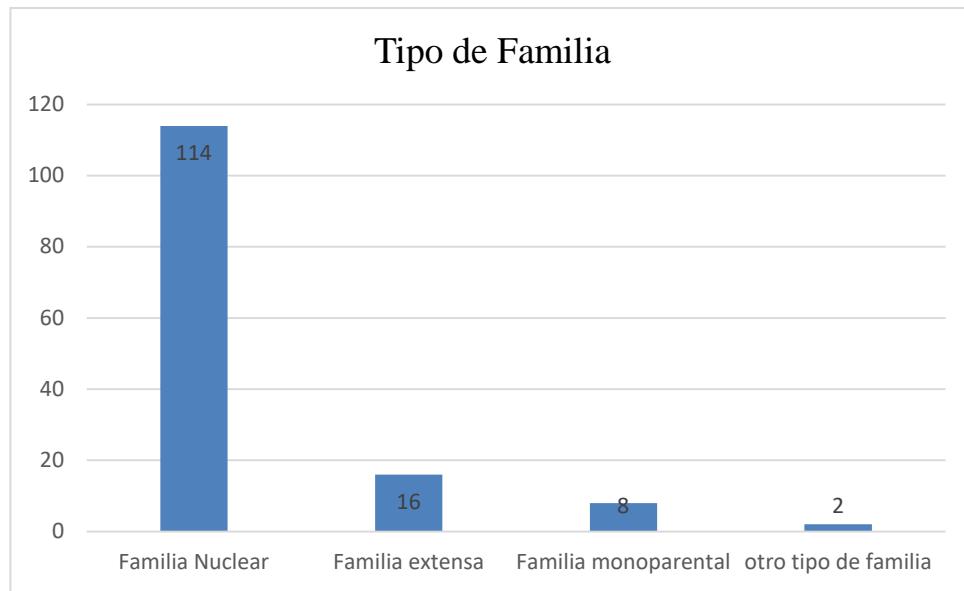
**Elaboración:** Johanna Palacios, Joselyn Quezada

**Gráfico 2: Funcionamiento familiar**



**Fuente:** Cuestionario Test FF-SIL

**Elaboración:** Johanna Ochoa, Joselyn Quezada

**Gráfico 3: Tipo de Familia**

**Fuente:** Encuesta

**Elaboración:** Johanna Ochoa, Joselyn Quezada