

TITULO

ESTUDIO DESCRIPTIVO - RETROSPECTIVO SOBRE RETRASO EN EL DESARROLLO EN NIÑOS DEL CEDIUC PERIODO ENERO 2008-JUNIO 2009, CUENCA.

RESUMEN

Antecedentes: Un estudio retrospectivo sobre el retraso en el crecimiento en niños atendidos en el CEDIUC, Medicina Facultad de Ciencias de la Universidad de Cuenca.

Objetivo: Determinar los principales cambios en el desarrollo en niños atendidos en las diferentes áreas de CEDIUC.

Materiales y métodos: Se investigaron las historias clínicas de los niños en los diferentes departamentos de CEDIUC, desde enero 2008-junio 2009. En esta investigación la muestra estuvo constituida por todos los registros médicos dentro de ese período de tiempo. Para los formularios de recogida de datos se utilizaron, a continuación, la información recogida se introdujo en los programas Excel, Word, y luego analizados en SPSS versión 15.0. **Resultados:** Los principales cambios en el crecimiento eran: el desarrollo del lenguaje Retraso en Fonoaudiología 51,3%, la familia disfuncional en el área de la psicología del 24%, retraso en el desarrollo en el área de estimulación temprana prueba de Brunet Lezzine (prueba de bebé) 71,2%. Normal de Nutrición, en el ámbito de la Nutrición 42,9%, retraso psicomotor crecimiento en el campo de la terapia física 60,4%.

Conclusiones: 270 niños/as atendidos, encontramos que la mayor concurrencia está entre los meses de enero-junio del 2008 y 2009. Los diagnósticos frecuentes fueron: Retraso en el Desarrollo (Estimulación Temprana), Estado Nutricional Normal (Nutrición), Retraso en el Desarrollo Psicomotor (Terapia Física), Retraso en el Desarrollo del Lenguaje (Fonoaudiología) y Familia Disfuncional (Psicología).



Palabras claves: CEDIUC, Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Cuenca, crecimiento y desarrollo, fonoaudiología, niño, lactante, preescolar, epidemiología descriptiva, Cuenca-Ecuador

TITLE

DESCRIPTIVE STUDY - BACK ON OF DELAY IN DEVELOPMENT IN CHILDREN IN THE CEDIUC OF CUENCA CITY, JANUARY 2008–UNE 2009.

ABSTRACT

Background: a retrospective study on the delay in the growth in children assisted in the CEDIUC, Medical Sciences Faculty of Cuenca's University.

Objective: To determine the main changes in development in children assisted in the different areas of CEDIUC.

Materials and methods: We investigated the clinical records of children in the different departments of CEDIUC, from January 2008 to June 2009. In this research the sample consisted of all medical records within that period of time. For data collection forms were used, and then the information collected was entered into the programs Excel, Word, and then analyzed in SPSS 15.0 version.

Results: The main changes in growth were found: Delay language development in fonoaudiology 51.3%, dysfunctional family in the area of psychology 24%, Delay Development in the area of early stimulation test Lezzine Brunet (Baby test) 71.2%. Normal Nutrition, in the area of Nutrition 42.9%, psychomotor growth delay in the field of Physical therapy 60.4%.

Conclusions: 270 children assisted; found that the greatest competition is between the months of January to June of 2008 and 2009. Frequent diagnoses were: Developmental Delay (Early Learning), Normal Nutrition Status (Nutrition), Psychomotor Developmental Delay (Physical Therapy), Delayed Language Development (Speech Therapy) and Dysfunctional Family (Psychology).

Keywords: CEDIUC, Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Cuenca,



growth and development, fonoaudiology, Infant , Child, Preschool ,
Epidemiology, Descriptive, Cuenca-Ecuador.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Resumen.....	5
Abstract.....	6
Índice.....	8
Introducción.....	10
Planteamiento del problema.....	11

CAPITULO I

1. MARCO TEÓRICO

1.1. La Educación Especial.....	17
1.1.1. Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Cuenca CEDIUC.....	17
1.1.1.1. Objetivos del CEDIUC.....	18
1.1.2 Centros de Atención Especial en el Azuay.....	18
1.2 Desarrollo infantil.....	21
1.2.1 Trastornos del desarrollo.....	22
1.2.1.1 Síndrome de Turner.....	22
1.2.1.2 Síndrome de Down.....	23
1.2.1.3 Síndrome de Klinefelter.....	24
1.2.1.4 Ictiosis.....	25
1.2.1.5 Agresividad Infantil.....	26
1.2.1.6 Autismo.....	27
1.2.1.7 Retraso del lenguaje.....	28



1.2.1.8 Dislalia	31
1.2.1.9 Disfemia	33
1.2.1.10 Sobreprotección infantil	36
1.2.1.11 Trastorno de déficit de atención con hiperactividad	36
1.2.1.12 Agresividad	38
1.2.1.13 Pie plano	41
1.2.1.14 Genu valgum	43
1.2.1.15 Genu varo	44
1.2.1.16 Parálisis cerebral infantil	46
1.2.1.17 Escoliosis	48
1.2.1.18 Hiperlordosis	50
CAPITULO II	
2. Objetivos	52
2.1. Objetivo general	52
2.2 Objetivos específicos	52
CAPITULO III	
3. Diseño metodológico	53
3.1 Tipo de estudio	53
3.2 Área de estudio	53
3.3 Universo	53
3.4 Diseño muestral:	53
3.5 Criterios de inclusión y exclusión	53
3.6 Plan de análisis de los resultados	54



3.6.1 Métodos, técnicas e instrumentos	54
3.6.2 Plan de tabulación y análisis.....	54
3.6.3 Operacionalización de las variables	55
3.7 Procedimientos.....	62
3.7.1 Supervisión.....	62
3.7.2 Autorización.....	62
3.7.3 Manejo bioetico de los datos.....	62
CAPITULO IV	
4. Resultados.....	63
4.1 Cumplimiento del estudio.....	62
4.2 Características de la población en estudio.....	64
CAPITULO V	
5. Discusión	140
CAPITULO VI	
6.1 Conclusiones.....	139
6.2 Recomendaciones.....	140
CAPITULO VII	
7. Referencias bibliográficas	145
CAPITULO VIII	
8. ANEXOS	152



Universidad de Cuenca



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

**ESTUDIO DESCRIPTIVO - RETROSPECTIVO SOBRE RETRASO EN EL
DESARROLLO EN NIÑOS DEL CEDIUC PERIODO ENERO 2008-JUNIO
2009, CUENCA.**

Tesis previa a la obtención del Título de Médico

AUTORES:

**CARLOS GUAMAN MURILLO
LUIS JORDAN GUILLEN
ÁLVARO MAITA ZAMBRANO**

DIRECTOR Y ASESOR:

DR. JULIO JARAMILLO OYERVIDE

**CUENCA – ECUADOR
2010**



Universidad de Cuenca

RESPONSABILIDAD

El contenido de la presente tesis es de absoluta y única responsabilidad de los autores de la misma.

Carlos Guamán Murillo.

Luis Jordán Guillén.

Álvaro Maita Zambrano.



AGRADECIMIENTO

Los autores expresamos nuestro sincero agradecimiento a nuestras familias por habernos brindado su apoyo para la realización de la presente tesis, a la Escuela de Medicina, a la Facultad de Ciencias Medicas y al CEDIUC, sus autoridades, docentes y estudiantes que desinteresadamente contribuyeron en la realización de esta investigación.

Nuestro profundo agradecimiento al Dr. Julio Jaramillo Oyervide director y asesor de esta tesis, quien nos guió con afán y entereza, y nos apoyo en nuestro proyecto de investigación.

GRACIAS.



DEDICATORIA

Esta tesis la dedicamos primero a Dios por su infinita bondad y habernos guiado durante estos años en la culminación de esta investigación, a nuestras familias, que siempre con su voz de aliento nos impulsaron a lograr con éxito nuestras metas.

Carlos Guamán Murillo

Luis Jordán Guillen

Álvaro Maita Zambrano



INTRODUCCIÓN

Los trastornos del desarrollo son una categoría de los problemas de salud mental que comprende a los niños que tienen dificultades para alcanzar las funciones tempranas del desarrollo como por ejemplo, las habilidades del lenguaje, de la comunicación, de la socialización y motoras. (1)

Definimos Trastornos del Desarrollo como aquellas desviaciones en el patrón de desarrollo infantil que exceden el rango normal de variación porque ocurren ya sea en un tiempo, una secuencia o un grado no esperado para la edad del niño o etapa del desarrollo. (2)

La incidencia de estos trastornos es muy variable y depende de las categorías diagnósticas en uso. Se ha informado que afectarían a alrededor del 15 % de la población infantil en edad escolar. Su intensidad también es muy variable, existiendo un continuo de dificultad, que a veces sólo se manifiesta ante exigencias ambientales demasiado altas para el niño. (2)

El desarrollo psicomotor es uno de los eventos más evaluados por el médico de la Atención Primaria de Salud, dada su repercusión en la futura calidad de vida de los niños. Pediatras, neonatólogos, médicos generales, neurólogos, fisiatras, logopedas, y psicólogos se dedican al diagnóstico precoz, a la prevención del retardo del desarrollo psicomotor y su rehabilitación.

Existen estudios que han mostrado que los recién nacidos con bajo peso al nacer tienen mayor déficit cognoscitivo, así como dificultades de aprendizaje que conducen a falla escolar y a una gran utilización de recursos especiales para su educación. También tienen problemas con la integración visual, motora, déficit de atención, peor desarrollo físico y salud general, en comparación con controles normales de otros niños). (3)



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Varias investigaciones alrededor del mundo se han realizado con el objetivo de analizar los trastornos del desarrollo; en la evaluación del lenguaje por ejemplo se estima que por lo menos en un 7.4% de los niños tienen dificultades en su desarrollo del lenguaje y la mayoría de ellos no tienen otro retraso en el desarrollo. Aunque las dificultades lingüísticas aparentemente podrían ser secuelas en niños con Trastornos Específicos del Desarrollo del Lenguaje (TEDL), hay un grupo de niños en los que el daño persiste a través del tiempo y a través de la edad escolar y la mayoría está relacionado con las dificultades de la lectura y la escritura; como consecuencia, pueden aparecer algunas barreras en su logro social y académico. (4)

Como existe una mayor incidencia familiar en el retraso del desarrollo del lenguaje y predominan 2-4 veces en sexo masculino (lo que hacen suponer una fuerte base genética), es a veces difícil diferenciarlos de estilos cognitivos y conductuales distintos, propios de algunas familias, que sólo representan variación estadística en una población determinada. (2)

Dentro de lo que son los problemas en audiolología, un estudio realizado en la escuela de Tecnología Médica de la Universidad de Chile durante diciembre de 2005 se evaluó 87 de 100 preescolares, edad promedio 4,4 años. Trece niños (15%) tenían problemas audiológicos, de éstos, diez no pasaron el tamizado auditivo, lo que da una tasa de hipoacusia de 11,6%; todos correspondieron a una hipoacusia de transmisión. (5)

Diferentes estudios que comparan ambos sexos y diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad (TDAH) no han sido concluyentes. En general estos estudios reportan que los varones son más hiperactivos y presentan mayor cantidad de problemas de conducta; mientras que las mujeres presentan mayor cantidad de problemas cognoscitivos y de aprendizaje. (6)



Un estudio realizado en la ciudad de Antofagasta, para describir la prevalencia de TDAH a en donde se evaluaron a apoderados y profesores de 640 niños (290 niños y 350 niñas) entre 6 y 11 años, provenientes de establecimientos educacionales públicos. Donde se encuentran prevalencias que oscilan entre un 5% a un 15% dependiendo del informante, las cuales disminuyen a un 2% considerando criterios cumplidos en dos ambientes. Existen diferencias significativas entre hombres y mujeres, así como entre rangos de edad concluyendo que la prevalencia estimada de TDAH es mayor en hombres entre 6 a 8 años, siendo el subtipo más frecuente el combinado.(7)

Los niños persistentemente agresivos después de los 10 años de edad están asociados a condiciones de vida difícil, deserción escolar, inicio temprano de la vida sexual, mayor número de parejas, consumo de alcohol y mayor dificultad para graduarse de la universidad. (8)

Por otra parte las investigaciones realizadas en la Unidad de Neurología Pediátrica del hospital Virgen de la Salud-Toledo establece las siguientes alteraciones de retraso mental: 3%, parálisis cerebral infantil: 0,3-0,5%, trastornos específicos de comunicación y de la coordinación: hasta el 15%, trastornos generalizados del desarrollo/autismo: 2-4/10.000, trastorno por déficit de atención/alteraciones del aprendizaje: 5-8%, ceguera: 1-5/10.000, sordera: 0,1-0,2%, puede estimarse una prevalencia de alrededor del 5% en la población infantil de 0 a 6 años y especialmente alta en los grandes prematuros. Su trascendencia cuantitativa, según lo comentado, es evidente, pero lo es sobre todo cualitativamente, ya que una infinidad de procesos de base genética y/o ambiental, tanto de instauración prenatal como posnatal, y que afectan al sistema nervioso o neuromuscular se van a manifestar inicialmente como un retraso en el desarrollo. (9)



Un excelente programa denominado PRUNAPE (Prueba Nacional de Pesquisa de Trastornos del Desarrollo) en Argentina, con 839 niños presuntamente sanos que concurrían a tres centros de salud. Los niños que no pasaban la prueba eran derivados al Hospital Materno Infantil San Isidro en donde un equipo multidisciplinario llevaba a cabo una serie de estudios con fines diagnósticos, hecho en base al DSM-IV. La prevalencia general de fracaso de la PRUNAPE fue del 20,0%. De los 170 niños derivados al hospital, completaron los estudios 96; los diagnósticos finales fueron los siguientes: normal, retardo global del desarrollo (60, de los cuales 17 tenían comorbilidad), trastorno generalizado del desarrollo, trastornos del lenguaje o comunicación, trastornos de la coordinación (dos niños con parálisis cerebral), trastornos de déficit de atención, trastornos del vínculo. Los 74 niños sin diagnóstico final no concurren al hospital o no completaron los estudios. (10)

Se realizó un estudio a 120 alumnos (10,4% del universo total), de 4 años de edad de la ciudad de Arica- Chile, para efectuar un mejoramiento postural. Las alteraciones posturales más frecuentes correspondieron a: inclinación de hombros con un porcentaje de (86%), escápula alada y escápula descendida en un (82%), proyección anterior de hombros (79%), pie plano (58%), columna lumbar hiperlordótica (51%) e inclinación de cabeza (50%). Luego se aplican ejercicios de tipo muscular y de reeducación postural, por un período de 8 meses. Al final del tratamiento se realizó un análisis post test a todos integrantes del estudio. Los diferentes resultados en el mejoramiento de la postura pos-tratamiento demuestra lo siguiente: un 31% para inclinación de hombros, seguida de hiperlordosis lumbar con un 29% e inclinación de cabeza con 20%. La recuperabilidad más baja se observó en pie plano con un 7% ($p \leq 0,05$). (11)

Se analizó la forma del pie de 600 niños chilenos sanos (324 hombres y 276 mujeres), entre 1 y 15 años, utilizando los criterios descritos por Staheli y



correlacionando los hallazgos con la presencia de dolor en las extremidades y alteración de la marcha. En la cual 22% de los niños presentaron pie plano flexible, la distribución por edad mostró un gran predominio en menores de 3 años, con una disminución progresiva en niños mayores. No hubo diferencias significativas respecto a dolor en extremidades inferiores ni alteraciones en la marcha. (12)

En una evaluación de 610 niños sanos en Santiago de Chile en el año 2008; en la cual se excluyeron 10 niños por patología ortopédica previa. La mayoría presentó marcha en neutro: 58%, seguido por la marcha convergente: 23%, y por marcha divergente en 19%. Se encontró una directa relación entre la edad y el tipo de marcha, siendo a menor edad más frecuente la marcha convergente, lo que tiene relación con la mayor antetorsión de las caderas y la mayor torsión tibial interna. El pie plano o metatarso varo no influyen en el tipo de marcha. Los pacientes obesos presentaron mayor prevalencia de marcha divergente.(12)

En el mismo país de Chile en el que se evalúan a 222 niños hasta los 71 meses de vida (6 años) en Junio del 2005 hasta Junio del 2006. Se investigó el riesgo de retraso en el desarrollo psicomotor (RRPS) y el retraso del desarrollo psicomotor RDPS, correlacionándolos con el grupo etareo. Así el riesgo de retraso de desarrollo psicomotor, mostró una incidencia para el grupo de 0-2 meses de vida de 0,95% del total de pacientes observados con RRDPDS, el grupo 3-5 meses 0%, el de 6-11 meses 7,15% del total de los casos, 12-17 meses 7,9%, de 18-23 meses el 29,6%, de 24-47 meses 2,27% y finalmente para el grupo de 48-71 meses 52,6% de los casos con RRDPDS. En el caso de retraso del desarrollo psicomotor presentaron los siguientes incidencias: 0-2meses de vida 16,37%, 3-5 meses 0%, 6-11 meses 5,45%, 12-17 meses 8,1%,de18-23 meses 26,9%, de 24-47 meses 5,45% y finalmente de 48-71 meses 38,02% del total de pacientes con RDPS. (13)



En la atención primaria de salud en la ciudad de Pamplona-España se realiza un estudio en 472 niños de 6 años y en los cuales 41 niños presentaron retrasos y/o problemas del desarrollo. En conjunto, el número de casos detectados en nuestra consulta supone el 8,68% de la población general de 0-6 años.

Respecto al tratamiento, 22 niños (54%) precisaron vigilancia por el pediatra de Atención Primaria (AP): en 8 niños (36%) únicamente fue necesario hacer seguimiento del desarrollo sin ninguna intervención y en los 14 casos restantes (64%) el pediatra dio a los padres pautas sobre la estimulación del niño. El otro 46% de niños precisaron derivación para tratamiento más específico. De los niños con retrasos/problemas del desarrollo o en situación de riesgo para dicho desarrollo, representa el 4,4% de la población general de 0-6 años. (14)

Cuando se trabajó con una muestra de 46 niños con antecedente de menos de 1500 grs de peso al nacer y edad gestacional entre 26 y 36 semanas, los cuales a su alta de la Unidad de Neonatología del Hospital Clínico Regional de Concepción-Chile año 2003 fueron ingresados al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del mismo establecimiento, para su evaluación y seguimiento por parte de Kinesióloga y Terapeuta Ocupacional hasta el octavo mes de la edad corregida, permiten concluir la efectividad y validez de las técnicas de estimulación aplicadas. (15)

En Argentina se presenta durante el periodo 2000-2001 un estudio descriptivo, analítico y transversal que se refiere al desarrollo psicomotor de 56 niños de 3 años controlados en el Programa de Seguimiento de la Maternidad "Ramón Sardá". Se relaciona el Puntaje Total de Desarrollo del Test de Desarrollo Psicomotor Infantil de 2 a 5 años (TEPSI, Haeussler M. et al.) con morbilidad temprana y factores socioculturales. En dicho estudio se observaron en el 76% (43/56) del TEPSI (≥ 40), 87,5% (49/56) en



Coordinación, 73% (41/56) en Lenguaje y 68% (38/56) en Motora los puntajes fueron normales. (16)

También se observa un estudio comparativo realizado en México acerca del desarrollo psicomotor en niños de gesta I y III de 3 años de edad, de nivel socioeconómico bajo, con hermanos y sin hermanos, en la cual se observaron diferencias de 1 año 6 meses por arriba de su edad cronológica, en los niños de gesta III (grupo B). Y una diferencia de 6 meses a 1 años por debajo de su edad cronológica en los niños de gesta I (grupo A).- Observándose, la influencia que puede tener un hermano mayor en el desarrollo psicomotriz del niño, aun perteneciente a familias de bajos recursos económicos. (17)

En Cuba se realizó un estudio retrospectivo analítico de casos y controles, de la consulta de neurodesarrollo de La Habana Vieja en 170 pacientes con retardo del neurodesarrollo entre los años 2000 y 2006. Estableciéndose 52 niños bajo peso con retraso del desarrollo psicomotor, y un grupo control formado por 118 niños con peso normal con retraso del desarrollo psicomotor. El grupo de estudio presentó el menor porcentaje de nivel escolar medio superior (42,31 %) y el mayor porcentaje de lactancia materna no exclusiva (20,08 %). Además, presentó hipertensión (10,91 %), trastornos de conducta (10,91 %) y epilepsia-Down (3,64 %). La evaluación motora presentó en el grupo estudio en la categoría *normal*, un ascenso a un 59 %. El grupo estudio presentó el mayor porcentaje de evolución *agravada* (12 %) y el grupo control presentó un mayor porcentaje de evolución *favorable* (39 %).(18)



CAPITULO I

1. MARCO TEÓRICO

1.1 LA EDUCACION ESPECIAL

En la Provincia del Azuay según el Directorio del CONADIS, la mayoría de los centros educativos son privados, unos pocos fiscales o públicos, tres o cuatro fisco-particulares y municipales.(19)

1.1.1 Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Cuenca CEDIUC

“todo niño tiene derecho a una vida segura y saludable”

La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca a través de las escuelas de Enfermería, Tecnología y Medicina; ha demostrado la constante preocupación e interés por los sectores más vulnerables y en riesgo, entre ellos los niños/as menores de 6 años. A demás en su Filosofía considera que a la docencia, la investigación y el servicio van dirigidos a apoyar a la comunidad.(19)

Actualmente el CEDIUC cuenta con la participación de la Facultad de Filosofía, con sus escuelas de Psicología y de Orientación Familiar.(19)

La necesidad de crea el CEDIUC surge para brindar un servicio de diagnóstico y tratamiento en las alteraciones del crecimiento y desarrollo, atención temprana, capacitación a la madre a través de un equipo interprofesional.(19)

La alta morbimortalidad y la vulnerabilidad a las alteraciones del crecimiento y desarrollo de los niños menores de 6 años, con la consecuente discapacidad intelectual, sensorial y/o motora, que generalmente pueden ser prevenidos, son la justificación para dirigir la atención a este grupo, considerando que esta va a beneficiar a otros grupos vulnerables como las mujeres y la familia. (19)



Con estos criterios el CEDIUC inició su funcionamiento en julio del 2000, luego de que las Lcdas. Silvia Sempértegui y Miriam Huiracocha de la escuela de Tecnología Médica y las Lcdas. Olguita Guillén y Lía pesantez de la escuela de enfermería; con el impulso de la Universidad de Cuenca, se impregnan los sueños en la planificación del proyecto y en la ejecución de los trámites necesarios.(19)

1.1.1.1. Objetivos del CEDIUC:

1.- Brindar atención a los niños/as menores de 6 años en la prevención, diagnóstico, recuperación y su rehabilitación del crecimiento y desarrollo a través de un equipo multidisciplinario.(19)

2.- fortalecer los mecanismos de atención reflejados en lo que llamamos “Modelo de atención del equipo interdisciplinario en la estimulación y la atención temprana en el crecimiento y desarrollo normal y con alteraciones”.(19)

1.1.2 Centros de Atención Especial en el Azuay:

Centro de Diagnóstico y Orientación Psicopedagógica. CEDOPS

“Soy sensible valora mis capacidades”

El Ministerio de Educación a través de sus dependencias en las Direcciones Provinciales, ha creado Centros de Diagnósticos y Orientación Psicopedagógica, con el fin de valorar y evaluar debidamente; como servicio de apoyo a la educación, brindando atención especializada en la prevención, diagnóstico, intervención, recuperación y la orientación psicopedagógica de niños/as y jóvenes con necesidades educativas especiales.(19)

Instituto Psicopedagógico “Carlos Cueva Tamariz”

Fue creado según acuerdo ministerial 84 de la Dirección Provincial de Educación del Azuay el 27 de julio de 1984, es de carácter público y atiende a niños/as con discapacidad intelectual.(19)



Universidad de Cuenca

Tiene como objetivo general procurar que las personas con necesidades educativas especiales. (19)

Alcancen el máximo de sus potenciales, con el in de que logren su autorrealización e integración en el mundo social y del trabajo. Hoy ofrecen toda la atención básica. (19)

Instituto Especial de Invidentes y Sordos del Azuay IEISA

Fue creado mediante Acuerdo Ministerial N° 16, 17, el 7 de octubre de 1971, tomando en cuenta la necesidad de dar atención y educación especializada a niños/as y jóvenes con discapacidad auditiva y visual.(19)

Algunos de sus objetivos son ofrecer al niño especial un adecuado proceso de formación y rehabilitación, procurar el desarrollo integral así como integrar al niño al medio socioeconómico en el que debe actuar. (19)

Centro de Protección Para Discapacitados CEPROIDS

En este centro para personas con discapacidad se aceptan a jóvenes desde los 16 años de edad para capacitarlos en diferentes ares e incentivarlos laboral y productivamente. Es una institución pública que inicia su historia desde 1973 como Consejo Nacional de Rehabilitación Profesional-CONAREP. Está bajo amparo legal y la acertada dirección del Psicólogo Clínico Raúl Cáceres. (19)

Asociación Para el Desarrollo Integral del Niño Excepcional del Azuay y sus Centros de educación Especial. ADINEA

Esta organización conformada por padres de familia y personas particulares de buena voluntad, desde 1976. Actualmente es una institución privada sin fines de lucro, cuyo objetivo es la prevención, educación, habilitación e integración de niños/as y adolescentes con discapacidad intelectual dirigida por la Lcda. Susana Silva. (19)



Instituto de Parálisis Cerebral del Azuay IPCA

Esta institución nace el 8 de octubre de 1986, desde entonces su labor ha sido ininterrumpida brindando habilitación y rehabilitación a niños/as con este tipo de discapacidad. (19)

Entre los objetivos de esta institución tenemos el fomentar la investigación, la educación y la salud, lograr que las personas con PCI y/o problemas motores accedan a una educación especial apropiada así como proporcionar la inclusión educativa, laboral y social. (19)

Fundación nuestros niños FUNN centro “EL NIDO”

Hoy llamado Discapacidad Intelectual Profunda o Severa- fue creado para la rehabilitación de niños /as y jóvenes con DISCAPACIDAD INTELECTUAL PROFUNDA en el año de 1989 por un grupo de padres, que por el tipo de discapacidad de sus hijos no podían ser atendidos en otros Centros de la ciudad. (19)

Escuela especial “San José de Calasanz”

Educación básica y formación artesanal.

Esta unidad esta en labor desde el 3 de julio de 1996, trabajando primero con talleres vacacionales para jóvenes con discapacidad y necesidades educativas especiales, por iniciativa de la Sra. Eulalia Torres con el aval de la Comunidad de Padres Escolapios como obra social sin fines de lucro. (19)

Otros centros de educación especial en la provincia del Azuay tenemos: (19)

- Centro de estimulación integral y apoyo psicoterapéutico de la Universidad del Azuay.
- Instituto fiscal especial Stephen Hawking.
- Instituto de educación especial GUALACEO.
- Instituto especial “Nicolás Vásquez Muñoz” de Paute.



- Fundación Crecer. Centro de integración educativa “Luis Alberto Luna Tobar”.
- Instituto Municipal de Sigsig
- Instituto especial integral para la niñez y la adolescencia del cantón Girón
- Fundación Proautismo del Azuay FUNPROAUT
- Fundación “General Dávalos”.
- Cedin Down
- Fundación “Mundo Nuevo” Centro de artes especiales.
- Fundación mensajeros de la paz
- FUNIN- Fundación “Integración”
- Fundación Zambrano Carpio FUNZACA
- Fundación Jeriel
- Instituto San Juan de Jerusalén

1.2 DESARROLLO INFANTIL

El desarrollo infantil en los primeros años se caracteriza por la progresiva adquisición de funciones tan importantes como el control postural, la autonomía de desplazamiento, la comunicación, el lenguaje verbal, y la interacción social. Esta evolución está estrechamente ligada al proceso de maduración del sistema nervioso, ya iniciado en la vida intrauterina y a la organización emocional y mental. Requiere una estructura genética adecuada y la satisfacción de los requerimientos básicos para el ser humano a nivel biológico ya nivel psicoafectivo. (20)

El concepto de desarrollo abarca tanto a la maduración en los aspectos físicos, cognitivos, lingüísticos, socio afectivos y temperamentales como el desarrollo de la motricidad fina y gruesa. (21)

Dentro de las tareas del desarrollo del niño en edad escolar están las de adecuar su conducta y su ritmo de aprendizaje a las exigencias del sistema



escolar, logrando así interactuar socialmente en forma adecuada con adultos de fuera del sistema familiar y con su grupo de pares. El cumplimiento de estas tareas es básico para el desarrollo de una buena autoestima y actúa como elemento protector de la salud mental del niño. (22)

1.2.1 TRASTORNOS DEL DESARROLLO

1.2.1.1 SÍNDROME DE TURNER o monosomía X es un trastorno genético que se presenta en las niñas, debido a una alteración cromosómica por la presencia de un sólo cromosoma X, o por alteración de la estructura de un cromosoma X. El error del cromosoma sexual faltante puede ocurrir tanto en el óvulo como en el espermatozoide; sin embargo, ocurre en la formación del espermatozoide. Este síndrome afecta a una de cada 2.500 niñas recién nacidas. (23)

Durante la gestación presentaran higroma quístico, al nacer manos y pies hinchados, además de un cuello ancho y alado. Las niñas con síndrome de Turner suelen presentar una línea de nacimiento del cabello baja en la parte posterior del cuello, diferencias mínimas en la forma y posición de las orejas y un tórax ancho con pezones muy separados entre sí, una cantidad mayor de pequeños lunares marrones (nevus) sobre la piel y uñas con un nacimiento profundo. La característica más visible del síndrome de Turner es la baja estatura (1,43 m). La mayoría de las mujeres con síndrome de Turner nace con los ovarios poco desarrollados o sin ovarios, por lo cual durante la pubertad presentan desarrollo incompleto de los senos, menstruación y crecimiento del vello púbico y axilar e infertilidad. En el síndrome de Turner también son comunes los problemas cardíacos, renales y de tiroides, y deben ser evaluados precozmente.-No todas las niñas con síndrome de Turner presentan todas las características descritas, y muchas veces no lo presentan durante la niñez sino en la pubertad, se las puede diagnosticar



durante el embarazo a través del análisis de las células del líquido amniótico o de la placenta, o en la sangre. (23)

Las niñas con síndrome de Turner poseen una inteligencia normal. Tienden a obtener puntajes más elevados en su coeficiente intelectual verbal que en el no verbal, y pueden presentar problemas en la percepción espacial y una incidencia mayor de trastornos de aprendizaje específicos. (23)

No existe cura para el síndrome de Turner; sin embargo, muchos de los problemas más serios pueden ser tratados. Por ejemplo, se puede administrar un tratamiento con hormonas de crecimiento y andrógenos para incrementar la talla definitiva del adulto; se puede realizar un tratamiento de reemplazo hormonal para que las niñas desarrollen las características sexuales secundarias. (23)

1.2.1.2 SÍNDROME DE DOWN o trisomía 21 es un trastorno cromosómico que incluye una combinación de defectos congénitos, siendo los defectos genéticos más comunes y afecta a aproximadamente uno de cada 800 bebés. Según la Sociedad Nacional del Síndrome de Down (National Down Syndrome Society), en los EE.UU. hay alrededor de 350,000 individuos con síndrome de Down. (24)

Un óvulo o un espermatozoide en desarrollo pueden dividirse de manera incorrecta y producir un óvulo o espermatozoide con un cromosoma 21 de más. Cuando este espermatozoide se une con un óvulo o espermatozoide normal, el embrión resultante tiene 47 cromosomas en lugar de 46. (24)

Un niño con síndrome de Down puede tener ojos inclinados hacia arriba y orejas pequeñas y ligeramente dobladas en la parte superior. Su boca puede ser pequeña, lo que hace que la lengua parezca grande. La nariz también puede ser pequeña y achatada en el entrecejo. Algunos bebés con síndrome de Down tienen el cuello corto y las manos pequeñas con dedos cortos y,



debido a la menor tonicidad muscular, pueden parecer “flojos”. A menudo el niño o adulto con síndrome de Down es bajo y sus articulaciones son particularmente flexibles. La mayoría de los niños con síndrome de Down presenta algunas de estas características, pero no todas.-Algunas personas con síndrome de Down presentan varios de estos problemas mientras que otras no presentan ninguno. La gravedad de los problemas varía enormemente. (24)

Cuando se sospecha que un bebé tiene síndrome de Down, se extrae una muestra de sangre para realizar un análisis cromosómico (llamado cariotipo). Este análisis sirve para determinar si el bebé tiene síndrome de Down y para identificar la forma genética correspondiente. Esta información es importante para determinar el riesgo que corren los padres en futuros embarazos. (24)

No existe cura para el síndrome de Down ni hay manera alguna de prevenirlo. Sin embargo, algunos estudios sugieren que las mujeres que tienen ciertos genes que afectan la manera en que sus organismos metabolizan (procesan) la vitamina B podrían ser más propensas a tener un bebé con síndrome de Down. (24)

1.2.1.3 SÍNDROME DE KLINEFELTER (KS) es un trastorno que ocurre en hombres que tienen más de un cromosoma X (XXY), este cromosoma X adicional puede provenir ya sea de su madre (XX) o de su padre (XY). En la mayoría de los casos, sólo hay un cromosoma adicional. (25)

Las mujeres mayores de 35 años de edad tienen una probabilidad ligeramente incrementada de tener un hijo con KS. Aunque la variación de cromosoma XXY ocurre aproximadamente en 1 de cada 1,000 varones nacidos vivos, muchos hombres con esto no desarrollan KS. (25)

Los bebés nacidos con KS con frecuencia tienen menor peso al nacer y desarrollo muscular y motriz más lento, durante su desarrollo pueden presentar brazos y piernas extra largos, proporciones corporales anormales



(piernas largas, tronco corto), senos agrandados, falta de vello facial y corporal, testículos firmes pequeños, pene pequeño, falta de capacidad para producir espermatozoides, deseo sexual reducido, disfunción sexual, discapacidades del aprendizaje, alteración en la personalidad. (25)

Las personas con KS también tienen un riesgo incrementado de diabetes, cáncer de seno, cáncer pulmonar, enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares y osteoporosis. (25)

El diagnóstico de la variación de cromosoma XXY se hace con una prueba llamada cariotipo, la cual examina los 23 pares de cromosomas. En el caso de KS, por lo general hay 47 cromosomas en lugar de los 46 normales.

El tratamiento de HS se lo realiza con testosterona, iniciándose en niños de 10 a 12 años, y también se debe incluir terapia del habla y lenguaje, entre otros. (25)

1.2.1.4 ICTIOSIS se refiere a un grupo de padecimientos predominantemente cutáneos que tienen en común el desarrollo de alteraciones en la cornificación. Las ictiosis verdaderas se dividen en: 1) ictiosis vulgar (IV); 2) ictiosis ligada al cromosoma X (ILX); 3) ictiosis congénitas recesivas. (26)

La ictiosis vulgar se debe a un trastorno en la filagrina; la aparición de las lesiones ocurre durante el primer año de vida; se manifiesta con escama fina en las superficies extensoras de las extremidades y ocasionalmente en el tronco; respeta cara y regiones flexoras de extremidades. No presenta manifestaciones extracutáneas y se asocia a dermatitis atópica en un 50%. (26)

La ictiosis ligada al cromosoma X se debe a la ausencia de la enzima sulfatasa esteroidea (SE); se caracteriza por la presencia de escama generalizada que adopta una forma poligonal, color café oscuro, más



prominente en las áreas extensoras de las extremidades; la mayoría de los casos mejora durante el verano. Las manifestaciones extracutáneas incluyen opacidades corneales y criptorquidia. El diagnóstico directo se realiza mediante la determinación de SE sérica tanto en la madre como en el hijo. El término «bebé Colodión» se utiliza para describir un fenotipo inicial de ictiosis, como la laminar o eritrodermia ictiosiforme congénita no bulosa. (26)

Las ictiosis congénitas recesivas son ocasionadas por alteraciones en el gen de la transglutaminasa tipo I; se subdividen en a) IL: Se presenta durante el primer mes de vida con grandes escamas en todo el cuerpo, oscuras, romboidales y con algunas fisuras que mejoran con la edad; no se reportan manifestaciones extracutáneas. Puede asociarse a hiperlinealidad palmoplantar y alopecia cicatrizal. b) eritrodermia ictiosiforme congénita no bulosa: el paciente afectado nace como bebé colodión y posterior a la pérdida de la membrana se evidencia la eritrodermia con escama fina blanca o gris, generalizada, sin formación de ampollas. (26)

Aún no existe tratamiento curativo para las ictiosis, aunque algunos de los medicamentos útiles para su control son: alfa-hidroxiácidos, ácido salicílico, propilenglicol, retinoides tópicos o sistémicos (26)

1.2.1.5 AGRESIVIDAD INFANTIL

Pueden tener, a partir del primer año de edad, son reacciones adaptativas e incluso necesarias para la supervivencia y el desarrollo normal y deben ser “vivas” por el propio niño. El problema surge cuando esa agresividad se mantiene en el tiempo, se convierte en la forma habitual de resolver sus conflictos, de llamar la atención o de conseguir lo que quiere. (27)

Sin embargo la situación cambia cuando esa misma actitud agresiva se convierte en una herramienta poderosísima y tremendamente eficaz para conseguir sus deseos. Esa utilidad aparente (real en algún momento) pasa a



ser fuente de frustraciones y problemas de comunicación y relación social, llegando a impedir una adecuada integración, contribuir a un futuro fracaso escolar y en casos extremos ser la base de una conducta antisocial que pueda desarrollarse en la adolescencia y edad adulta. (27)

La teoría del aprendizaje social defiende que las conductas agresivas se aprenden por imitación de los modelos que el niño tiene a su disposición desde el principio, es decir, sus padres en primer lugar y su entorno social inmediato en segundo (otros adultos o compañeros de juegos). Tan importante como la conducta en sí es el tipo de consecuencia que obtenga de la misma: si tras una conducta determinada el niño obtiene algo agradable para él, la probabilidad de que ese comportamiento se repita aumenta considerablemente, sea adecuado o incorrecto. (27)

Si las conductas se aprenden significa que también pueden modificarse. Esto se aplica tanto a las conductas agresivas como a las más sociables y positivas. Por lo tanto es evidente que un comportamiento basado en la agresividad puede no sólo tratarse sino ser modificado y sustituido por otro adecuado. (27)

No obstante, el mejor tratamiento es la prevención y en ésta, el papel de la familia es fundamental. (27)

2.1.1.6 AUTISMO

Es un desorden del desarrollo del cerebro que puede comenzar en niños antes de los tres años de edad y que deteriora su comunicación e interacción social causando un comportamiento restringido y repetitivo. Puede clasificarse de diversas formas, como un desorden en el desarrollo neurológico o un desorden en el aparato psíquico. (28)



Se estima que el autismo afecta a cuatro de cada 10,000 habitantes, afecta cuatro veces más a los hombres que a las mujeres, y se presenta sin importar etnia, cultura, características de los padres o nivel económico.

Criterios de diagnóstico DSM-IV (APA 1994) indica que para un diagnóstico de autismo es necesario encontrar las características A, B, y C que se mencionan a continuación: (28)

A. Un total de seis o más manifestaciones de (1), (2) y (3), con al menos dos de (1), al menos una de (2), y al menos una de (3):

- I. Trastorno cualitativo de la relación
- II. Trastornos cualitativos de la comunicación
- III. Patrones de conducta, interés o actividad restrictivos, repetitivos y estereotipados.

B. Antes de los tres años, deben producirse retrasos o alteraciones en una de estas tres áreas: (1) Interacción social, (2) Empleo comunicativo del lenguaje o (3) Juego simbólico. (28)

C. El trastorno no se explica mejor por un Síndrome de Rett o trastorno desintegrativo de la niñez. (28)

No existe por ahora un tratamiento que cure el autismo. En la actualidad el tratamiento preferido está basado en el análisis conductual aplicado, puesto que estudios científicos e independientes han demostrado su utilidad para elevar el nivel de funcionamiento de los niños con comportamientos autistas. (28)

1.2.1.7 RETRASO DEL LENGUAJE:

Es un retraso en la aparición o en el desarrollo de todos los niveles del lenguaje (fonológico, morfosintáctico, semántico y pragmático), que afecta sobre todo a la expresión y, en menor medida, a la comprensión, sin que



esto se deba a un trastorno generalizado del desarrollo, ni a déficit auditivo o trastornos neurológicos. (29)

El retraso del desarrollo del lenguaje puede aparecer desde el nacimiento o durante su etapa de crecimiento, en cualquiera de los niveles que compone el lenguaje; estos afectan sobre todo la expresión y algunos casos la comprensión sin que la causa se deba a una deficiencia auditiva o trastorno neurológico. Esto se evidencia en desarrollo del lenguaje lento que no corresponde a la edad cronológica. (30)

CLASIFICACIÓN DE LOS RETRASOS DEL LENGUAJE (29)

a) A nivel de producción: (29)

La aparición de las primeras palabras se retrasa hasta los dos años.

La unión de dos palabras no aparece hasta los tres años.

b) A nivel fonológico: (29)

Patrones fonológicos desviados.

Habla infantilizada, con omisión de consonantes iniciales y sílabas iniciales.

La estructura silábica es: v, c+v, y no realiza c+c+v, o v+c.

El grupo más afectado suele ser las fricativas, reduciéndose en algunos casos a las producciones /p/, /m/ y /t/.

c) A nivel Semántico: (29)

Vocabulario reducido a objetos del entorno.

Problemas en la adquisición de conceptos abstractos (colores, formas y espacio-temporales).



d) A nivel Morfosintáctico: (29)

Desorden en la secuencia normal de la oración y Lenguaje telegráfico.

Número reducido de términos en la frase.

Dificultades en la utilización de artículos, pronombres, plurales y alteración en la conjugación de los tiempos verbales.

Presentan dificultad en la adquisición de frases subordinadas, éstas suelen ser coordinadas con la partícula "y".

e) A nivel Pragmático: (29)

Alteración de la intencionalidad comunicativa.

Predomina la utilización del lenguaje para: denominar, regular la conducta y conseguir objetos.

Presenta dificultades para atribuir cualidades a los objetos y preguntar.

Escasa utilización del lenguaje para relatar acontecimientos y explicarlos.

Apenas utiliza el lenguaje en la función lúdica o imaginativa.

Tendencia a compensar la expresión verbal deficiente con mímica y gestos naturales.

f) A nivel de comprensión: (29)

La comprensión verbal es mejor que la expresión en estos sujetos, lo que hace pensar que son normales a este nivel. No obstante, si se explora



cuidadosamente su nivel de comprensión, se observan algunas alteraciones: los enunciados referentes a conceptos espaciales, temporales, cromáticos. Son difícilmente comprendidos y no están integrados en su lenguaje normal. (29)

g) A nivel de imitación provocada: (29)

Se observan deficientes resultados en la repetición de palabras o frases. Parece que son incapaces de repetir estructuras lingüísticas que aún no tengan integradas. (29)

La repetición de frases, palabras o sílabas sin significado resulta muy difícil. En la repetición de frases se limitan a reproducir algunos elementos de la misma. (29)

1.2.1.8 DISLALIA

Las dislalias son alteraciones en la articulación de algún o algunos fonemas bien por ausencia o alteración de algunos sonidos concretos del habla o por la sustitución de estos por otros, de forma impropia, en personas que no muestran patologías del sistema nervioso central, ni en los órganos fonoarticulatorios a nivel anatómico. Se entiende por dislalias el defecto de pronunciación que no obedece a patología central; las dislalias son normales en periodos de organización del lenguaje, a los 2 o 3 años (31)

Se entiende por dislalias el defecto de pronunciación que no obedece a patología central; las dislalias son normales en periodos de organización del lenguaje, a los 2 o 3 años (32)

Estas alteraciones perduran más allá de los cuatro años, hasta entonces aparecen muy frecuentemente. Son las más frecuentes y conocidas de todas las alteraciones del lenguaje. (31)



Las dislalias se clasifican en:

a) **DISLALIA EVOLUTIVA:** Es aquella fase del desarrollo del lenguaje infantil en la que el niño no es capaz de repetir por imitación las palabras que escucha, de formar los estereotipos acústico- articulatorios correctos. A causa de ello repite las palabras de forma incorrecta desde el punto de vista fonético. Dentro de una evolución normal en la maduración del niño, estas dificultades se van superando y sólo si persisten más allá de los cuatro o cinco años, se pueden considerar como patológicas. (33)

b) **DISLALIA FUNCIONAL:** Es un defecto en el desarrollo de la articulación del lenguaje, por una función anómala de los órganos periféricos sin que existan trastornos o modificaciones orgánicas en el sujeto (disglosia), sino tan sólo una incapacidad funcional. Existe una incapacidad o dificultad en cualquiera de los aspectos que impiden la perfecta articulación como son la respiración, fonación o la articulación. La etiología de la dislalia funcional es muy variada, puede deberse a una escasa habilidad motora, a dificultades en la percepción del espacio y el tiempo, a la falta de comprensión o discriminación auditiva, a factores psicológicos, a factores ambientales, hereditarios o por deficiencia intelectual. Los síntomas son la omisión, sustitución o deformación de los fonemas. (33)

c) **DISLALIA AUDIÓGENA:** Un elemento fundamental en la elaboración del lenguaje es la percepción auditiva, siendo necesario para conseguir una correcta articulación el poseer una correcta audición. El niño que no oye nada, no hablará nada espontáneamente, y el niño que oye incorrectamente, hablará con defectos. Estas alteraciones de la articulación producidas por una audición defectuosa, se denominan dislalia audiógena. Las alteraciones que presente en el habla el niño hipo-acúsico, dependerán de la intensidad de la pérdida de oído que tenga y de la capacidad del niño para compensarla. (33)



d) **DISLALIA ORGÁNICA:** Se denomina dislalia orgánica a aquellos trastornos de la articulación que están motivados por alteraciones orgánicas. Estas alteraciones orgánicas pueden referirse a los órganos del habla por anomalías anatómicas o malformaciones de los mismos, se tiende a llamarlas **disglosias**. También pueden referirse a lesiones del sistema nervioso que afecten al lenguaje, en cuyo caso se denominan más propiamente **disartrias**. (33)

1.2.1.9 DISFEMIA

Las disfemias son alteraciones del lenguaje caracterizadas por tropiezos, espasmos y repeticiones debido a una imperfecta coordinación de las funciones ideomotoras cerebrales. (34)

Es una perturbación de la fluidez de la expresión verbal caracterizada por repeticiones o prolongaciones involuntarias audibles o silenciosas, durante la emisión de cortas unidades de habla, es decir, de los sonidos, las sílabas o las palabras monosílabas. (35)

Entre los 3-6 años, la mayoría de los niños atraviesan por una forma de habla altamente precipitada, caracterizada por alteraciones de la fluidez, denominada tartamudez fisiológica. El niño ignora o no presta atención a sus errores. (36)

A medida que el niño va percibiendo sus dificultades verbales, va tomando conciencia de sus problemas (tartamudez transicional) comienzan a ejecutar estrategias más o menos inadecuadas con el fin de no tartamudear (entre ocho y doce años). (36)

TIPOS DE DISFEMIA

1 - Tónica.



- Habla entrecortada.
- Espasmos que afectan a grupos musculares relacionados con la fonación.
- Bloqueo del habla.
- Técnicas de desbloqueo que intensifican aún más el tono muscular y provoca un habla explosiva y violenta. (35)

2 - Clónica.

Producción de breves y rápidas contracciones bucales que dan lugar a una repetición compulsiva de vocablos. (35)

3 - Mixta (clónico-tónica / tónico-clónica). (35)

SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS DE LA DISFEMIA

Manifestaciones lingüísticas:

- Uso de muletillas verbales.
- Perífrasis y lenguaje redundante.
- Alteraciones sintácticas, frases incompletas.
- Abuso de sinónimos.
- Discurso sin coherencia.
- Desorganización entre el pensamiento y el lenguaje. (35)

Manifestaciones conductuales.

- Mutismo e inhibición temporales.
- Retraimiento y logofobia (miedo a hablar).
- Reacciones de angustia y ansiedad a la hora de comunicarse.
- Conductas de evitación en situaciones en las que debe comunicarse.
- Reacciones anormales e inmadurez afectiva. (35)

Manifestaciones corporales y respiratorias.

- Sincinesias corporales (movimientos del tronco, cabeza, brazos, pies)



- Tics.
- Espasmos y rigidez facial.
- Hipertensión muscular.
- Alteración fonorespiratoria funcional.
- Respuestas psicogalvánicas (sudoración excesiva, enrojecimiento, palidez del rostro). (35)

CAUSAS DE LA DISFEMIA

- Hereditarias.
- Sexo. Hay mayor porcentaje de varones que de mujeres.
- Trastornos de la lateralización. Suele haber un mayor porcentaje en los sujetos zurdos y en los mal lateralizados.
- Trastornos neurológicos. Debidos a una modificación dinámica del sistema pálido estriado provocado por las emociones o los estados afectivos violentos.
- Trastornos en la estructuración temporoespacial. Cualquier disfunción en la adquisición de la dominancia y de la motricidad.
- Alteraciones lingüísticas. La mayoría han tenido dificultades en la estructuración sintáctica, la adquisición semántica y las primeras articulaciones de los fonemas. (35)
- Alteraciones psicológicas. La personalidad tomará distintas formas que repercutirán más o menos negativamente en su habla en función del propio equilibrio emocional y afectivo del sujeto y de los comportamientos de los demás hacia su forma de hablar.(35)



1.2.1.10 SOBREPOTECCIÓN INFANTIL

Con mayor o menor intensidad y de una forma tal vez inconsciente, el miedo a que sus hijos sufran algún mal o simplemente un sentimiento de culpabilidad, puede llevar a producir sobreprotección infantil. (37)

Si se sobreprotege al niño, puede resultar muy contraproducente, ya que no tendrá la posibilidad de desarrollar libremente su personalidad y se le puede llenar de miedos e inquietudes convirtiéndole en una persona insegura con trastornos en su personalidad. (37)

Según indica el experto en la publicación digital Red Aragón, sólo el 30% de los casos de trastornos en la personalidad, se relacionan con el daño cerebral, con componentes biológicos o genéticos, así que el 70% de los casos de trastornos de personalidad son fruto de la educación y del entorno en el que se crece. (38)

Existen muchas diferencias percibidas por un niño que tras crecer en su hogar con un exceso de permisividad y sobreprotección, encuentra todo lo contrario en la sociedad, un exceso de competitividad donde no existe la compasión y origina frustración. (38)

1.2.1.11 TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Es un trastorno de causa poco clara, probablemente con la intervención de factores genéticos y ambientales, en el que existe una alteración a nivel del sistema nervioso central, manifestándose mediante un aumento de la actividad, impulsividad y falta de atención, y asociándose con frecuencia otras alteraciones. (39)



El factor genético está demostrado, puesto que el TDAH es 5-7 veces más frecuente en hermanos y 11-18 veces más frecuente en hermanos gemelos. Se han descrito varios genes posiblemente implicados.(39)

El TDAH es una de las causas más frecuentes de fracaso escolar y de problemas sociales en la edad infantil. (39)

El TDAH es un diagnóstico clínico. No hay pruebas específicas para el TDAH. Los tests neuropsicológicos son útiles para evaluar déficits específicos sugeridos por la historia, el examen físico o las pruebas psicológicas básicas, pero no son lo suficientemente útiles para hacer el diagnóstico de rutina. (39)

Síntomas de THDA:

Los síntomas de THDA se dividen en falta de atención e hiperactividad e impulsividad. (40)

Algunos niños con THDA tienen principalmente el tipo de trastorno de falta de atención, algunos el tipo hiperactivo-impulsivo y algunos otros el tipo combinado. Aquellos niños con el tipo de trastorno de falta de atención son menos perturbadores y es más probable que no se les diagnostique el THDA. (40)

Síntomas de falta de atención:

1. No logra prestar atención cuidadosa a los detalles o comete errores por descuido en el trabajo escolar.
2. Tiene dificultad para mantener la atención en tareas o juegos.
3. Parece no escuchar cuando se le habla directamente.
4. No sigue instrucciones y no logra terminar el trabajo escolar, los deberes u obligaciones en el lugar de trabajo.
5. Tiene dificultad para organizar sus tareas y actividades.



6. Evita o le disgusta comprometerse en tareas que requieran esfuerzo mental continuo (como las tareas escolares).
7. Con frecuencia pierde juguetes, tareas escolares, lápices, libros o herramientas necesarias para las tareas o actividades.
8. Se distrae fácilmente.
9. Se muestra a menudo olvidadizo en las actividades diarias (40)

Síntomas de hiperactividad:

1. Juega con las manos o los pies o se retuerce en su asiento.
2. Abandona su asiento cuando lo que se espera es que se quede sentado.
3. Corre y trepa excesivamente en situaciones inapropiadas.
4. Tiene dificultad para jugar en forma silenciosa.
5. A menudo habla excesivamente, está "en movimiento" o actúa como si fuera "impulsado por un motor". (40)

Síntomas de impulsividad:

1. Emite respuestas antes de que termine de escuchar la pregunta.
2. Tiene dificultades para esperar su turno.
3. Se entromete o interrumpe a los demás (irrumpe en conversaciones o juegos) (40)

1.2.1.12 AGRESIVIDAD

El comportamiento agresivo es muy común en los niños. Es mucho más frecuente en los primeros años, y luego va bajando. El nivel máximo se da sobre los 2 años, a partir de los cuales disminuye hasta alcanzar niveles más moderados en la edad escolar. Así, cuando decimos que un niño mayor es



agresivo, decimos que tiene la misma frecuencia de conductas que el de 2 o 3 años. (41)

Cuando un niño tiene propensión a agredir a otro y apreciamos que intenta causar un daño físico o psicológico, decimos que presenta AGRESIVIDAD. (42)

Consideramos agresión al uso de la fuerza física, las burlas, los insultos verbales y el sarcasmo. Todas ellos, son muestras de agresividad. (42)

Las conductas agresivas se suelen aprender por imitación u observación de la conducta de modelos agresivos, es decir, el niño tiende a imitar los modelos de conducta que se le presentan La reacción de cada niño depende de cómo haya aprendido a reaccionar ante las situaciones conflictivas. Si vive rodeado de modelos agresivos, irá adquiriendo un repertorio conductual caracterizado por una tendencia a responder agresivamente a las situaciones conflictivas. El niño no es adivino, no nace sabiendo, ni aprende solo; no puede saber cómo debe comportarse si no es viendo cómo lo hacen los demás. Los niños aprenderán a comportarse de acuerdo a los patrones de conducta que les presentemos, según los modelos que tengan oportunidad de observar y según las consecuencias de las conductas que observan. (41)

El desarrollo psicomotor, o la progresiva adquisición de habilidades en el niño, es la manifestación externa de la maduración del Sistema Nervioso Central (SNC). La proliferación de las dendritas y la mielinización de los axones son los responsables fisiológicos de los progresos observados en el niño/a. La maduración del SNC tiene un orden preestablecido y por esto el desarrollo tiene una secuencia clara y predecible: el progreso es en sentido céfalocaudal y de proximal a distal.

Para los niños/as con alteraciones en el desarrollo psicomotor, se han elaborado pruebas objetivas de evaluación del desarrollo considerando:



motricidad gruesa, motricidad fina, sociabilidad y lenguaje. Existen pautas de "screening" o tamizaje, rápidas de aplicar, que seleccionan niños/as de riesgo o retraso.

En el examen se deben corroborar aquellos hitos que debieran estar presentes para la edad y también para las edades inmediatas. Además de ello, se deben examinar los reflejos arcaicos, la persistencia de estos más allá del tiempo esperado de desaparición puede corresponder a una parálisis cerebral. Por el contrario, la aparición de las reacciones de defensa constituye un signo positivo de maduración del SNC. El tono muscular, la postura y los reflejos osteotendinosos son también importantes de evaluar. Un niño de 6 meses con hipertonía, hiperreflexia y persistencia de reflejos arcaicos nos hace pensar en una Parálisis Cerebral de tipo espástico. Si este mismo niño/a fue un recién nacido de pretérmino de 28 semanas, tiene ahora por lo tanto 3 meses de edad corregida y su desarrollo es normal. (43)

Un plan de ejercicios de fortalecimiento muscular y de reeducación postural, dirigido por un equipo multiprofesional de médicos, kinesiólogos y profesores, sería el camino más adecuado en la solución de prevenir o corregir algún patrón anormal en el desarrollo psicomotor (44).

Epidemiología: La incidencia de las alteraciones posturales en la población infantil es cada vez mayor, debido a factores ambientales y de índole hereditaria y cultural, hechos que implican alteraciones a nivel muscular, esquelético y articular, las que conllevan al niño/a a mecanizar actitudes de tipo compensatorio con relación a posiciones estáticas y dinámicas, que ocasionan disfunciones en su motricidad y desequilibrios que se incrementan día a día, y con la edad adulta se pueden llegar a convertir en una molestia que repercutirá en su salud psicofísica.

Los problemas posturales de miembros inferiores constituyen el motivo de consulta más frecuente en Ortopedia Infantil.



Aproximadamente un 60% de niños/as entre 1 - 4 años presentan alguna afección ortopédica.

Entre el 30 - 45% de niños/as entre los 2 - 3 años tienen alguna alteración anatómica o funcional de los pies, siendo el pie plano la patología más frecuente. Existe predominio de estos trastornos en la zona urbana (70%) con respecto a la zona rural (30%)

El 72% de los niños/as afectos nunca recibió atención especializada.(45)

1.2.1.13 PIE PLANO

Definición: El pie plano corresponde a la pérdida de la formación de los arcos durante la bipedestación, con apoyo de toda la planta del pie.

En esencia, es una depresión del arco plantar que extiende los puntos de apoyo de su superficie.(46)

Causas:

Las causas del pie plano son diversas, estas se agrupan en tres categorías:

1.- Alteraciones óseas: que suelen ser las más comunes y a su vez se clasifican en: congénitas, postraumáticas, secundarias a enfermedades óseas e iatrogénicas.

2.- Alteraciones músculo ligamentosas: aquí se incluyen el pie plano laxo infantil, sobrecarga ponderal, alteraciones endocrinológicas, secundario a artritis reumatoides y afecciones generalizadas que modifican la elasticidad.

3.- Alteraciones neuromusculares: entre las que destacan: parálisis cerebral infantil, miopatías, traumatismo del tibial posterior y pies zambos hiper corregidos.(47)

Sintomatología:



La mayoría de los niños/as no presenta síntomas. Cuando los síntomas se presentan, varían de acuerdo con el tipo de pie plano. Algunas señales y síntomas pueden incluir:

- Dolor, sensibilidad, o calambres en el pie, la pierna y la rodilla
- Inclinación del talón hacia fuera
- Incomodidad o cambios en la forma de caminar
- Dificultades con los zapatos
- Energía reducida cuando participa en actividades físicas
- Retiro voluntario de actividades físicas

Diagnostico:

Tras un detallado exámen se debe de conocer cuáles son las causas subyacentes. Si se consigue hacer el arco cuando el paciente se apoya sobre los dedos, entonces se dice que el pie es normal y no es necesario realizar un seguimiento posterior. Por el contrario, si se presenta dolor relacionado con el pie o si no se desarrolla el arco al apoyarse en los dedos, es necesario realizar unas radiografías. (48)

Tratamiento:

Si el pie plano de un niño/a es asintomático, a menudo no se requiere de tratamiento. Se puede contemplar el uso de dispositivos o zapatos ortopédicos sobre medidas para algunos casos de pie plano asintomático.

En los casos de pie plano pediátrico sintomático, algunas opciones incluyen:

•Modificación de actividades: el niño/a necesita disminuir temporalmente las actividades que le producen dolor, y evitar caminar o permanecer de pie durante períodos prolongados.



- Dispositivos ortopédicos: hechos sobre medidas para ser colocados dentro del zapato como soporte de la estructura del pie, y mejorar así su funcionalidad.
- Fisioterapia: los ejercicios de estiramiento, alivian algunos casos de pie plano.
- Medicamentos: AINES, pueden ser recomendados para ayudar a reducir el dolor y la inflamación.

En algunos casos es necesario recurrir a la cirugía para aliviar los síntomas y mejorar la funcionalidad de los pies. (49)

1.2.1.14 GENU VALGUM (Piernas en "X"):

Deformidad de la(s) rodilla(s) de tipo angular (plano frontal), asociado a pie plano-valgo, en la posición monopodálica en que el cuerpo se estabiliza manteniendo a la rodilla en versión interna.

La mayoría de los niños presentan una tendencia moderada a tener las piernas en X entre los 3 y los 6 años, cuando el cuerpo experimenta un cambio en el alineamiento natural de las piernas. Las piernas en X muy acentuadas que están más pronunciadas en un lado que en otro pueden requerir tratamiento individualizado.(50)

Algunos casos severos se presentan con dificultad para la marcha pues las rodillas se frotan y debe separarlas para poder caminar y, para no golpearse las rodillas debe oscilar una pierna alrededor de la otra por lo que el niño se cansa rápidamente.(51)

Causas:

Algunas veces estos problemas de rodillas pueden ser heredados; deberse a una dieta baja en vitamina C (escorbuto) o vitamina D (raquitismo); trastornos del crecimiento y compensación de deformaciones relacionadas a traumatismos, parálisis, etc. (45)



Se clasifica de acuerdo a la distancia entre los maléolos internos (tobillos) en:

1. Leve: distancia íter maleolar de 6 a 8 cm
2. Moderado: distancia íter maleolar de 8 a 10 cm
3. Severo: distancia íter maleolar mayor de 10 cm (46)

Sintomatología:

La marcha a veces es con torpeza, frotando las rodillas y balanceando una pierna alrededor de la otra para evitar el choque de las rodillas. Se fatigan con facilidad y las rotulas pueden subluxarse. (52)

Diagnóstico:

La historia familiar es muy importante; el examen físico debe incluir la evaluación de la marcha patrón, y la evaluación de las longitudes de las extremidades inferiores, estatura, las características de la columna vertebral y las extremidades superiores deben ser evaluadas. (53)

Tratamiento:

La kinesiterapia (KT) aplicada en forma regular y prolongada consiste en:

- 1.- KT de la deformación casual o asociada (pie plano o valgo).
- 2.- Movilizaciones pasivas en el sentido corrector, estirando suavemente, en forma flexible y sin dolor los ligamentos y músculos del lado lateral o externo.
- 3.- Posiciones en hipercorrección.
- 4.- Ejercicios de tonificación muscular: poplíteo, pata de ganso, semimembranoso, vasto interno del cuádriceps.(45)

1.2.1.15 GENU VARO (Piernas en "()")

Deformidad de la(s) rodilla(s) de tipo angular (plano frontal), asociada a pie cavo-varo; puede distinguirse del genu valgum de una forma benigna que no produce perturbaciones en la marcha y se corrige casi siempre espontáneamente; o de una forma grave, asociada a menudo con torsión



tibial interna, que exige tratamiento conservador ortopédico y kinesiológico, y después, eventualmente, quirúrgico.

Causas:

De igual etiología al genu valgum. (45)

Sintomatología:

Las rodillas no se tocan cuando él niño/a está de pie con los pies juntos (los tobillos en contacto).

El arqueamiento de las piernas es igual en ambos lados del cuerpo (simétrico)

Las piernas arqueadas persisten después de los tres años de edad.

Diagnóstico:

Se puede diagnosticar las piernas arqueadas simplemente observando el niño, pero se pueden necesitar exámenes de sangre para descartar la presencia de raquitismo.

Es posible que sea necesario tomar radiografías si el niño tiene tres o más años, si el arqueamiento de las piernas está empeorando, si es asimétrico o si existen otros hallazgos que sugieran la presencia de patología. (53)

Tratamiento:

La kinesiterapia se aplicará regularmente teniendo en consideración:

- 1.- Movilizaciones y posiciones correctivas.
- 2.- Ejercicios de tonificación muscular: Tensor de la fascia lata, bíceps femoral, cuádriceps (vasto externo), glúteo mayor, rotadores externos de cadera y peróneos.
- 3.- Ejercicios de corrección de la rotación tibial interna.(45)



1.2.1.16 PARALISIS CEREBRAL INFANTIL (PCI):

Se refiere a un grupo de incapacidades motoras producidas por un daño en el cerebro del niño/a que pueden ocurrir en el período prenatal, perinatal o postnatal secundario a una agresión no progresiva a un cerebro inmaduro (55)

Causas:

1.- Causas antes del nacimiento:

- Falta de oxigenación cerebral ocasionada por problemas en el cordón umbilical o la placenta.
- Malformaciones del sistema nervioso.
- Hemorragia cerebral antes del nacimiento.
- Infección por virus durante el embarazo, etc.

2.- Causas durante el nacimiento:

- Falta de oxígeno en el cerebro durante el nacimiento.
- Mal uso y aplicación de instrumentos (fórceps).
- Asfixia por circulares de cordón umbilical al cuello.

3.- Causas después del nacimiento:

- Traumatismos de la cabeza.
- Infecciones del sistema nervioso (Meningitis, Encefalitis).
- Intoxicaciones.
- Epilepsia (Convulsiones). (56)

La parálisis cerebral es un trastorno frecuente, 2 de cada 1000 habitantes la desarrollan. Unos 500,000 niños/as en los Estados Unidos tienen alguna forma de parálisis cerebral. Cada año casi 1,500 niños/as preescolares son diagnosticados con parálisis cerebral.



De acuerdo con lo publicado por Jurado García en el estudio de epidemiología en el Hospital Infantil de México, el 9.6% de los recién nacidos vivos nacen antes de cumplir la semana 37 de gestación; es decir son prematuros, estos niños/as suman 210 mil recién nacidos cada año y de ellos el 10.2% es decir 238,980 nacen con bajo peso para la edad gestacional.
(56)

Clasificación Clínica:

a- Parálisis cerebral espástica: Cuando hay afectación de la corteza motora, principalmente vía piramidal (es la forma clínica más frecuente de parálisis cerebral). Su principal característica es la hipertonía, que puede ser tanto espasticidad como rigidez.

b- Parálisis cerebral distónica: Cuando hay afectación del sistema extrapiramidal. Se caracteriza por alteración del tono muscular con fluctuaciones y cambios bruscos del mismo, aparición de movimientos involuntarios y persistencia muy manifiesta de reflejos arcaicos. Los movimientos son de distintos tipos: corea, atetosis, temblor, balismo, y distonías.

c- Parálisis cerebral atáxica: Existencia de una afectación cerebelosa con hipotonía incoordinación del movimiento y trastornos del equilibrio en distintos grados. En función del predominio de uno u otro síntoma y la asociación o no con signos de afectación a otros niveles del sistema nervioso, se clasifican en diplejía espástica, ataxia simple y síndrome del desequilibrio.

d- Parálisis cerebral mixta: Se hallan combinaciones de los diversos trastornos.(55)

Sintomatología:



- Problemas visuales y auditivos.
- Dificultades en el habla y el lenguaje.
- Alteraciones perceptivas: agnosias: Alteración del reconocimiento de los estímulos sensoriales; apraxias: pérdida de la facultad de realizar movimientos coordinados para un fin determinado o pérdida de la comprensión del uso de los objetos ordinarios, lo que da lugar a comportamientos absurdos. Incapacidad para realizar movimientos útiles.
- Disquinesia: dificultad en los movimientos voluntarios.

Diagnostico:

Con frecuencia, los niños con parálisis cerebral alcanzan con mayor lentitud las etapas del desarrollo como el aprender a rodar, sentarse, gatear, sonreír o caminar. Se debe realizar un examen de la capacidad motora y los reflejos del niño/a. (56)

Tratamiento:

La Parálisis Cerebral no tiene tratamiento pero, con una atención adecuada que le permita mejorar sus movimientos, que le estimule su desarrollo intelectual y le permita alcanzar el mejor nivel de comunicación posible y que estimule su relación social, podrá llevar una vida plena y enteramente satisfactoria. **Los pilares del tratamiento de la Parálisis cerebral son cuatro:** Terapia física; terapia ocupacional; logopedia; escuela. (56)

1.2.1.17 ESCOLIOSIS

Es una deformidad o torsión sobre su eje longitudinal, forma que en el plano frontal, hay un desplazamiento lateral; en el plano lateral, se modifican las curvas fisiológicas; y en el plano horizontal, se produce una rotación de las vértebras.



Para que se pueda hablar de auténtica escoliosis, deben darse las 3 desviaciones (desviación lateral, rotación y gibosidad). (56)

Causas:

En un 25% de los casos sí es posible encontrar la causa de la deformidad por malformaciones de la columna (que suelen asociarse a malformaciones de otros órganos); o escoliosis secundarias a enfermedades de tipo neurológico, como la parálisis cerebral, distrofia muscular, espina bífida, lesiones, infecciones, tumores y otras condiciones.

Sintomatología:

- Ladearse hacia un lado cuando está de pie, sentado o caminando.
- Omóplatos, costillas o caderas que sobresalen más de un lado que de otro.
- Hombro o cintura más bajos en un lado que en el otro.
- Pecho hundido, hombros redondeados y espalda que se balancea.
- Dificultad para respirar o dolor en la espalda si la escoliosis es grave.(57)

Diagnostico:

Se basa en el examen físico, las pruebas de diagnóstico y los antecedentes médicos completos del niño/a en etapas importantes del desarrollo, la radiografía de columna es la herramienta de diagnóstico principal para la escoliosis. Los siguientes procedimientos de diagnóstico pueden utilizarse para curvaturas no idiopáticas o atípicas, o escoliosis congénita: RNM, TAC, etc. (58)

Tratamiento

El tratamiento ortopédico se inicia con la observación, ya que hay un importante número de casos que sólo hay que controlar y no requieren nunca



tratamiento. En general, a estos pacientes se les agrega ejercicios quinésicas para mantener la columna flexible y mejorar la potencia muscular, abdominal y paravertebral.

Estos pacientes generalmente tienen curvas flexibles con menos de 15° de inclinación, el control es clínico y radiográfico (cada 4 a 6 meses).

El siguiente grado en el tratamiento es el uso de corsé (el más empleado es el corsé de Milwaukee). (57)

1.2.1.18 HIPERLORDOSIS

Es la acentuación patológica de la curvatura normal fisiológica. Puede presentarse con un cuadro doloroso o no, localizado generalmente en la región lumbar.

Causas:

Congénita, desde el nacimiento; postural, vicios posturales mantenidos en el tiempo; posquirúrgica y traumática; afecciones neuro-musculares y neurológicas.

Sintomatología:

Desequilibrio pélvico, cuando encontramos una hiperlordosis asociada a anteversión pélvica, el macizo glúteo es prominente y el vientre queda recogido. Cuando el problema está asociado a una antepulsión de la pelvis, los glúteos pueden quedar más o menos borrados y el vientre se proyecta tenso hacia delante. Pueden observarse síntomas como dolor, limitación funcional, hormigueos y dolores irradiados a las extremidades, entre otros debidos a las complicaciones derivadas de este trastorno. (59)

Diagnostico:

Una simple radiografía permite confirmarla y descartar la existencia de lesiones o patologías asociadas, como discopatías, listesis vertebrales (desplazamientos de una vértebra sobre otra), artrosis, etc.



Tratamiento:

Se basa fundamentalmente en la corrección de los desequilibrios músculo-esqueléticos que mantienen la curva lordótica anormal mediante un programa de ejercicios específicos para tal efecto. (60)

1.3 HIPOTESIS DE TRABAJO:

Los trastornos del desarrollo y crecimiento de los niños y niñas atendidos/as en el CEDIUC están relacionados a factores medioambientales.



CAPITULO II

2. OBJETIVOS:

2.1. Objetivo general:

Determinar las principales alteraciones en el desarrollo en niños(as) de cero a seis años atendidos en las diferentes áreas del CEDIUC.

2.2 Objetivos Específicos:

- 2.2.1 Determinar las alteraciones en el desarrollo más frecuentes.
- 2.2.2 Conocer las variables socio demográficas de los usuarios-as del CEDIUC.
- 2.2.3 Determinar los factores nutricionales relacionados con el crecimiento de los niños(as).
- 2.2.4 Determinar los factores prenatales, natales y posnatales que predisponen a trastornos del desarrollo y crecimiento.
- 2.2.5 Sistematizar los resultados de este estudio en tablas y gráficos estadísticos.



CAPITULO III

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo para determinar la frecuencia de las principales alteraciones del crecimiento y desarrollo en niños/as de cero a seis años, en las diferentes áreas del CEDIUC de la ciudad de Cuenca.

Para este estudio se analizaron las fichas clínicas del CEDIUC y las variables existentes que corresponden a cada una de las áreas del mismo, de los pacientes atendidos desde enero del 2008 hasta junio del 2009.

3.2 ÁREA DE ESTUDIO

El área de estudio corresponde a todas las áreas del CEDIUC.

3.3 UNIVERSO:

Todas las Fichas clínicas de niños/as atendidos en las áreas del CEDIUC desde enero del 2008 hasta Junio del 2009.

3.4 DISEÑO MUESTRAL:

La muestra se corresponde con el universo.

3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

3.5.1 Criterios de inclusión:

Fichas clínicas de niños/as atendidos en los servicios del CEDIUC desde enero del 2008 a junio del 2009.

3.5.2 Criterios de exclusión

3.5.2.1 Fichas clínicas de los niños/as retirados del CEDIUC

3.5.2.2 Fichas clínicas que no correspondan al estudio con respecto a la fecha de estudio.



3.6 PLAN DE ANALISIS DE LOS RESULTADOS

3.6.1 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Método: Esta investigación se basó en el empleo del método descriptivo para la recolección de datos.

Técnica: revisión metodológica de fichas clínicas.

Instrumento: Formularios estructurados por los autores.

3.6.2 PLAN DE TABULACION Y ANALISIS

Para la tabulación de los datos que se obtuvieron, se utilizó programas de computación; Word y Excel, la información obtenida fue procesada en el Programa SPSS 15.00 versión Evaluación.



3.6.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

AREA DE ENFERMERIA				
VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.	0-6 años.	Años cumplidos.	Númérica
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, del ser humano.	Sexo	Femenino o masculino	Si - No Si- No
Procedencia	Lugar de nacimiento u origen de una persona	Cantones	Santa Isabel Pucará San Fernando Girón Cuenca Gualaceo Sigsig Guachapala Sevilla de Oro Oña Paute Nabón El Pan Mendez Macas	SI-NO SI-NO SI-NO SI-NO SI-NO SI-NO SI-NO SI-NO SI-NO SI-NO SI-NO SI-NO SI-NO SI-NO SI-NO
Motivo de consulta	Razón o causa por la cual una persona acude hasta un centro de salud para buscar solución a su problema.	Motivo de consulta	Ficha clínica	Nominal
Retraso del desarrollo	Personas que poseen un coeficiente de desarrollo inferior para el de su edad cronológica.	Retraso del desarrollo	Leve (76.-89) Moderado(51-75) Grave (26-50) Profundo (Menos de 26).	SI-NO SI-NO SI-NO SI-NO
Enfermedades prenatales	Alteración del estado de salud en el periodo comprendido desde la concepción hasta el parto	Enfermedades prenatales	Presencia de enfermedades	Si - No



VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Parto	Proceso fisiológico que pone fin al embarazo determinando que el feto salga al exterior.	Parto	Parto de Término Parto Pretérmino Parto Postérmino Parto Eutócico Parto Distócico Parto por Cesarea Parto Espontáneo Parto Inducido-estimulado	Si - No Si - No Si- No Si-No Si-No Si-No Si-No Si-No
Consumo de sustancias tóxicas	Pertenciente o relativo a un veneno o toxina.	Tipos de sustancias tóxicas	Alcohol Tabaco Drogas Medicamentos	Si-No Si-No Si-No Si-No
Apgar al nacimiento	Evalúa rápidamente la condición física de los recién nacidos después del parto y para determinar la necesidad inmediata de cualquier tratamiento adicional o emergencia médica.	Respuestas neurológicas	Apgar 1' Apgar 5'	Numérica
Sufrimiento fetal	Se trata de una disminución del aporte de oxígeno que el futuro bebé recibe durante el parto, llegando esta disminución a ocasionar daños que son irreparables en los tejidos cerebrales.	Sufrimiento fetal	Sufrimiento fetal	SI NO
Vacunación	Inocular a una persona o animal un virus o principio orgánico convenientemente preparado, para preservarlos de una enfermedad determinada	Tipos de vacunas	BCG PENTA1-VOP1 PENTA2-VOP2 PENTA3-VOP3 SRP, Anti sarampión, SR PENTAr - VOPr	SI-NO SI-NO SI-NO SI-NO SI-NO
Nivel de instrucción madre	La instrucción es una variedad discursiva que prepara al receptor para incrementar sus capacidades en el futuro	Nivel de instrucción.	Primaria Secundaria Superior	SI-NO SI-NO SI-NO



VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Estado nutricional de la madre	Estado nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes	Estado nutricional de la madre	Sobrepeso Normal Desnutrición	SI-NO SI-NO SI-NO
Paridad	Hace referencia al número de partos anteriores al actual	Paridad	Nulípara Múltipara Primípara	SI-NO SI-NO SI-NO
Edad de la madre	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.	Edad	Años cumplidos	Numérica
Abortos	Su significado básico es la acción y efecto de abortar, es decir, el fracaso por interrupción o malogramiento de un proceso o actividad.	Aborto	Número de abortos	Numérica
Embarazo gemelar o múltiple	Es cuando crecen dos fetos en un mismo embarazo o múltiples.	Embarazo gemelar o múltiple	Embarazo gemelar Múltiple	SI-NO SI-NO
Sangrados durante el embarazo	Sangrados que se producen en periodos fuera de la menstruación.	Sangrado	Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre	SI-NO SI-NO SI-NO
AREA DE NUTRICION				
VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Tiempo de lactancia	Tiempo en el cual el niño/a se alimenta de leche materna	Tiempo	Meses	Numérica
Diagnostico nutricional	El diagnóstico resulta de la evaluación antropométrica y la evaluación alimentaria que son datos que nos sirven para determinar con mayor precisión el estado nutricional de una persona.	Diagnostico nutricional	Sobrepeso Obesidad I Obesidad II Normal Desnutrición leve Desnutrición moderada Desnutrición grave	SI-NO SI-NO SI-NO SI-NO SI-NO SI-NO SI-NO
Tiempo de Alimentación láctea exclusiva	Alimentación en base a leche materna o ya sea de formula.	Tiempo	Mes	Numérica



VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Consumo de suplemento dietético	Se consumen por vía oral y contienen un "ingrediente alimenticio" destinado a complementar la alimentación	Consumo de suplemento dietético	Consumo	SI-NO
Alergias alimentarias	Son aquellas reacciones anómalas del organismo secundarias a la ingesta, contacto o inhalación de alimentos con una causa inmunológica comprobada.	Alergias a diferentes alimentos	Presencia de alergia	SI-NO
Frecuencia de consumo de alimentos en el día	Número de veces que una persona consume alimentos durante las 24 horas	Frecuencia de consumo de alimentos	Veces por día	Numérica
Tipos de alimentos que consume el niño(a)	Tipos de alimentos que una persona consume.	Tipos de alimentos	Lácteos Leche y derivados Carnes: Blancas-rojas Huevos Legumbres Hortalizas Verduras Frutas Cereales Grasas Azúcares	SI-NO SI-NO SI-NO SI-NO SI-NO SI-NO SI-NO SI-NO SI-NO SI-NO
AREA DE ESTIMULACION TEMPRANA				
Badyg A test	Permite medir una serie de factores intelectuales, diferencia dos factores de grupo y un super factor de inteligencia general, desde los tres años con once meses hasta los siete años con seis meses.	Badyg A test	Muy bajo Bajo Medio bajo Medio Medio alto Alto Muy alto	SI-NO SI-NO
Test de brunet lezzine(baby test)	Escala de desarrollo psicomotor de la primera infancia. Se obtienen 5 puntuaciones: Control postural, lenguaje, sociabilidad, coordinación visomotora y una puntuación global. Edad de aplicación: de 1 a 30 meses.	Control postural, lenguaje, sociabilidad, coordinación visomotora y una puntuación global.	Desarrollo psicomotor expresado en meses	Numérico



VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Guía portage	Comprende 5 áreas de desarrollo más una sección sobre cómo estimular al bebé. Las áreas son: socialización, autoayuda, cognición, lenguaje y desarrollo motriz. Edad de aplicación: de 0 a 6 años.	Guía portage	socialización, autoayuda, cognición, lenguaje Desarrollo motriz.	Numérico
AREA DE TERAPIA FISICA				
VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Test de Reflejos primitivos	Este test analiza los reflejos que se presentan en cierta edad, los mismos que al presentarse a edades que no corresponden, nos indican retraso, para posteriormente evaluarlos en años	Reflejos primitivos	Números de años de retraso	Numérica
Acortamiento de miembros	Disminución del tamaño de los miembros.	Acortamiento de los miembros	Miembro superior Miembro inferior	SI-NO SI-NO
Deformación de miembros	Alteración ósea, muscular que ocurre en miembros superiores e inferiores.	Deformación del Tórax	Superiores Inferiores Tipo de deformación	SI-NO SI-NO SI-NO
Deformación del Tórax	Consisten en una ausencia o deformidad ósea y cartilaginosa con alteraciones musculoesqueléticas asociadas.	Deformación del Tórax	Deformación del Tórax	SI-NO
Abducción de las caderas	Limitación de la abducción de cadera, que puede ser uni o bilateral, hace plantear el diagnóstico presuntivo de displasia de cadera.	Abducción de las caderas	Simétrico Asimétrico Limitado bilateralmente	SI-NO SI-NO SI-NO
Escoliosis	Es la deformidad de la columna vertebral caracterizada por una curvatura mayor de 10° en el plano frontal o coronal.	Escoliosis	Escoliosis	SI-NO
Cifosis	Se define la cifosis como una curvatura de la columna de 45 grados.	Deformación	Deformación	SI NO



VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Hiperlordosis	Es el aumento de la concavidad posterior de la columna vertebral, habitualmente en la zona lumbar aunque también puede darse en la cervical.	Deformación	Deformación	SI-NO
Desnivel de los hombros	Ubicación de los hombros a una altura anormal en relación con el dorso	Altura de los hombros	Simétrico Asimétrico	SI-NO SI-NO
AREA DE PSICOLOGIA				
VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Test de Goodenough-Harris	Test del dibujo de la figura humana	Test de Goodenough-Harris	Aplicación del Test de Goodenough-Harris	SI-NO
Test de Terman Merrill	Proporciona una medida de la inteligencia	Test de Terman Merrill	Aplicación del Test de Terman Merrill	SI-NO
Test de Raven Escala Especial	Se trata de un test no verbal en el que el sujeto describe piezas faltantes de una serie de laminas pre-impresas, para deducir la faltante en la matriz	Test de Raven Escala Especial	Aplicación del Test de Raven Escala Especial	SI-NO
Escala de Conners	Es una prueba para detectar o corroborar si un niño/a muestra rasgos de hiperactividad	Escala de Conners	Aplicación de la Escala de Conners	SI-NO
Escala de Desarrollo de Secadas	Es un instrumento para uso de padres y educadores, que permite diagnosticar el estado de desarrollo en que se encuentran los niños/as en el momento de la exploración, así como describir los procesos y secuencias temporales de las principales áreas del desarrollo.	Escala de Desarrollo de Secadas	Aplicación de la Escala de Desarrollo de Secadas	SI-NO
Escala de Indicadores Emocionales (D.H.F)	Son un conjunto de pruebas visomotoras destinadas a evaluar el estado emocional del niño/a	Escala de Indicadores Emocionales (D.H.F)	Aplicación de la Escala de Indicadores Emocionales	SI-NO



VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Test de Goodar	Es una prueba para determinar el coeficiente intelectual en los niños y niñas.	Test de Goodar	Aplicación del test de Goodar	SI-NO
Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil (CUMANIN)	Permite evaluar, de forma sencilla y eficaz, diversas áreas que son de gran importancia para detectar posibles dificultades de desarrollo en unas edades que por coincidir con el inicio de la etapa escolar son esenciales en la evolución de los niños/as: Psicomotricidad, Lenguaje, Atención, Estructuración espacial, Visopercepción, Memoria, Estructuración rítmico-temporal y Lateralidad.	Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil (CUMANIN)	Aplicación del Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil (CUMANIN)	Si –No
AREA DE TERAPIA DEL LENGUAJE				
VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Balbuceo	Etapa prelingüística de la evolución del lenguaje, resultante de las manifestaciones laringo-faríngeo-buco-palatinas que el niño/a parece articular en un estado de ánimo placentero, sintiendo agrado al oírlos, por lo que las repite incansablemente como si fuese un juego.	Edad de balbuceo	Tiempo en Meses	Numérica
Vocalización	Articulación correcta y clara de los sonidos de un idioma.	vocalización	Tiempo en Meses	Numérica
Silabeo	Pronunciación lenta y pausada de las palabras, de forma que se distingan sus sílabas.	Silabeo	Tiempo en Meses	Numérica
Juego bocal	Desarrollo de la motricidad bocal	Juego bocal	Tiempo en Meses	Numérica



Pronunciación	Acción que consiste en pronunciar o emitir sonidos articulados	Pronunciación	Tiempo en Meses	Numérica
Nominación de objetos por el niño/a	Acción en la que el niño/a comienza a nombrar objetos de forma clara	Nominación de objetos.	Tiempo en Meses	Numérica
Combinación de palabras por el niño/a	Uso combinado de dos o más palabras por el niño/a	Combinación de las palabras	Tiempo en Meses	Numérica
Oraciones completas por el niño/a	Articulación del vocablo completo de las palabras contenidas en una oración	Oraciones completas dichas por el niño/a	Tiempo en Meses	Numérica

3.7 PROCEDIMIENTOS

3.7.1 SUPERVISION

Para la realización de esta tesis, se recibió la supervisión del Dr. Julio Jaramillo Oyervide, docente de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.

3.7.2 AUTORIZACION

Para ésta investigación se requirió la autorización de la Directora del CEDIUC, Lía Pesantez.

3.7.3 MANEJO BIOETICO DE LOS DATOS

En la presente investigación se consideraron los siguientes puntos:

- Los datos fueron procesados con absoluta veracidad y pueden ser auditados en cualquier momento por instancias universitarias.
- Se guardó absoluta confidencialidad de los datos y no fueron alterados por ningún motivo.
- Los resultados del estudio fueron socializados para beneficio del CEDIUC, de la facultad y la sociedad. En ellos no constó ninguna referencia que haga pensar en un niño/a en particular.



CAPITULO IV

4. RESULTADOS

4.1 CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO

En el CEDIUC, según el área de enfermería han ingresado 270 niños desde enero de 2008 hasta junio de 2009, los mismos que han sido registrados mediante los formulario de dicha área de los cuales se recolectó los datos para este estudio.

El acceso al universo requirió la revisión de fichas clínicas en el área de enfermería, fonoaudiología, psicología, nutrición, terapia física y estimulación temprana del CEDIUC, durante dos meses. Durante la recolección de los datos nos percatamos que algunos de las fichas clínicas de los niños/as de este centro, no constaban con datos completos.



4.2 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

AREA DE ENFERMERIA

Cuadro # 1

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Enfermería del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, según fecha de ingreso. Cuenca.

Fechas de ingreso	Frecuencia	Porcentaje
Formularios sin fecha de ingreso	3	1,1
Enero-Junio 2008	121	44,8
Julio-Diciembre 2008	45	16,7
Enero-Junio 2009	101	37,4
Total	270	100,0

Fuente: Formulario de enfermería

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: De los 270 pacientes, se observa que la mayor frecuencia se encuentra en el periodo de Enero-Junio del 2008 con 121 niños que corresponde al 44.8%, encontrándose la menor frecuencia en el periodo comprendido entre Julio-Diciembre del 2008 con 45 niños, que corresponde al 16.7%. Se observa también que existen 3 formularios que no contienen los datos en estudio que corresponde al 1.1%.



Cuadro #2

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Enfermería del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 –junio 2009, según edad de ingreso al área. Cuenca.

Edad en meses	Frecuencia	Porcentaje
Formularios sin edad	3	1,1
1-12	37	13,7
13-24	45	16,7
25-36	62	23,0
37-48	40	14,8
49-60	56	20,7
61-72	23	8,5
73-84	3	1,1
97-108	1	0,4
Total	270	100,0

Fuente: Formulario de enfermería

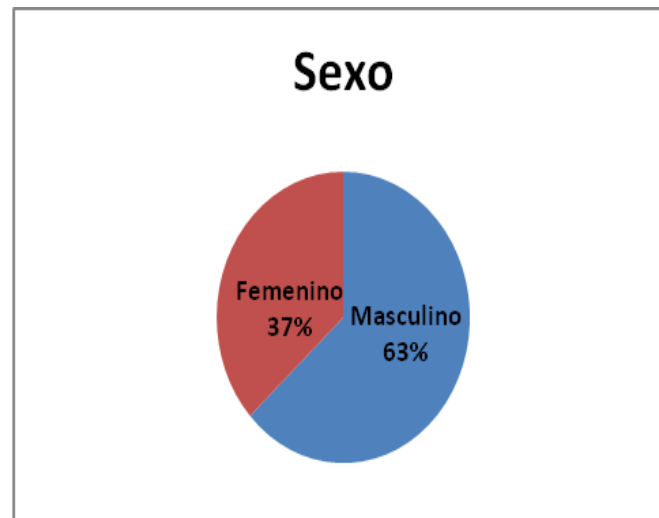
Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: El rango de edad que posee mayor frecuencia se encuentra entre 25-36 meses con 62 niños que corresponde al 23%, el rango de edad menos frecuente es el comprendido entre 97-108 meses con un niño que corresponde al 0.4%. Se observan 3 fichas que no presenta edad correspondiendo al 1.1%.



Gráfico # 1

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Enfermería del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, según sexo. Cuenca.



Fuente: Formularios

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: En cuanto al sexo la mayor frecuencia la presenta el sexo masculino con 170 casos que corresponde al 63%, continuándose luego el sexo femenino con 99 casos que corresponde al 36.7%.



Cuadro # 3

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Enfermería del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, según procedencia. Cuenca.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Azogues	9	3,3
Biblian	2	,7
Bolívar	1	,4
Chordeleg	2	,7
Cuenca	230	85,2
Girón	1	,4
Guachapala	2	,7
Nabon	3	1,1
Paute	1	,4
San Fernando	1	,4
Sigsig	3	1,1
Formularios sin procedencia	15	5,6
Total	270	100,0

Fuente: Formulario de enfermería

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: En la presente tabla se observa que la mayor frecuencia en cuanto a la procedencia se encuentra en Cuenca con 230 niños que corresponde al 85,2%, siendo menos frecuente los niños procedentes de Bolívar, Girón, Paute, San Fernando con 1 caso respectivamente que corresponde al 0.4%. Se observan 15 fichas sin procedencia que representa un porcentaje del 5.6%.



Cuadro # 4

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Enfermería del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, según talla en centímetros. Cuenca.

Talla en cm	Frecuencia	Porcentaje
Formularios sin datos de talla	168	62,2
40-50	1	,4
51-60	4	1,5
61-70	12	4,4
71-80	13	4,8
81-90	24	8,9
91-100	28	10,4
101-110	17	6,3
111-120	3	1,1
Total	270	100,0

Fuente: Formulario de enfermería

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: La mayor frecuencia se encuentra en el rango comprendido entre 91-100 cm que corresponde a 28 niños, que da un porcentaje de 10.4%, en cuanto a la menor frecuencia corresponde al rango comprendido entre 40-50 cm con un caso que corresponde a 0.4%. Se observa que 168 fichas no presenta la talla correspondiendo al 62.2%.



Cuadro # 5

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Enfermería del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas enero, 2008 – junio 2009, según peso en kilogramos (Kg). Cuenca.

Peso en Kg	Frecuencia	Porcentaje
Formularios sin peso	171	63,3
5-10	26	9,6
11-15	45	16,7
16-20	20	7,4
21-25	2	0,7
26-30	3	1,1
31-35	2	0,7
36-40	1	0,4
Total	270	100,0

Fuente: Formularios de enfermería

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: Se observa que la mayor frecuencia se encuentra en el rango de edad comprendido entre 11-15kg con 45 niños que corresponde al 16.7%, mientras que la menor frecuencia se encuentra en el rango de edad comprendido entre 36-40 kg con un niño que corresponde al 0.4%. Se observa que 171 fichas se encuentran sin la variable peso correspondiendo al 63.3%.



CUADRO # 6

Distribución de los niños/as atendidos en el área de enfermería del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, según motivo de consulta. Cuenca.

Motivos de consulta	Frecuencia	Porcentaje
Formulario sin consulta	47	17,4
Problemas de lenguaje	140	51,9
Terapia física	12	4,4
Valoración por Psicología	19	7,0
Valoración por Nutrición	4	1,5
Valoración por Estimulación temprana	24	8,9
Valoración por Pediatría	24	8,9
Total	270	100,0

Fuente: Formularios de enfermería

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: Los problemas de lenguaje son los motivos de consulta más frecuentes en el área de enfermería, presentando 140 niños que corresponden al 51.9%, mientras que el motivo de consulta menos frecuente se presenta en la valoración por nutrición, siendo su frecuencia 4 niños que corresponde al 1.5%. Se observa también que 47 fichas no presentan motivo de consulta correspondiendo de esta manera al 17.4 %.



Cuadro # 7

Distribución según edad de la madre durante el embarazo en el área de Enfermería del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009. Cuenca.

Edad de la madre durante el embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Formularios sin edad de la madre	2	0,7
10-15	9	3,3
16-20	47	17,4
21-25	96	35,6
26-30	75	27,8
31-35	22	8,1
36-40	12	4,4
41-45	4	1,5
46-50	3	1,1
Total	270	100,0

Fuente: Formularios

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: El rango de edad más frecuente de madres durante el embarazo está comprendido entre 21-25 años, con una frecuencia de 96 madres, que corresponde al 35.6%, el grupo de edad con menos frecuencia se encuentra dentro del rango de 46-50 años con 3 madres que corresponde al 1.1%. Se observa que existen madres adolescentes como se puede ver en el rango de edad de 10-15 años con 9 casos que corresponden al 3.3%. Observándose fichas sin edad de la madre en un número de 2 que corresponden al 0.7%.



Cuadro # 8

Distribución de las madres según la paridad en el área de Enfermería del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009. Cuenca

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Formularios de paridad	34	12,6
Primípara	84	31,1
Múltipara	152	56,3
Total	270	100,0

Fuente:

Formularios

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: Se observa que la mayoría de madres son múltiparas con una frecuencia de 152 que corresponde al 56.3%, siendo menos frecuente las primíparas con 84 madres correspondiendo al 31.1%. Existen 34 fichas sin la variable paridad correspondiendo al 12.6%.

Cuadro # 9

Distribución de las madres según nivel de instrucción en el área de Enfermería del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009. Cuenca.

Nivel de instrucción de la madre	Frecuencia	Porcentaje
Formularios sin datos de instrucción	154	57,0
Primaria	40	14,8
Secundaria	41	15,2
Superior	33	12,2
Analfabeta	2	0,7
Total	270	100,0

Fuente: Formularios de enfermería

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M



Interpretación: Se observa que 154 fichas no poseen la variable instrucción correspondiendo al 57%. -Observandose que la frecuencia de madres que tienen educación secundaria es de 41 que corresponde al 15.2%, y la menor frecuencia es de 2 madres que no poseen ningún nivel de instrucción correspondiendo al 0.7%.

Cuadro # 10

Distribución de las madres según el estado nutricional en el área de Enfermería del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – Junio 2009. Cuenca.

Estado nutricional de la madre	Frecuencia	Porcentaje
Formularios sin datos de estado nutricional	152	56,3
Obesidad	3	1,1
Normal	106	39,3
Desnutrición	9	3,3
Total	270	100,0

Fuente: Formularios de enfermería

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: Se observa que las madres presentan un estado nutricional normal con 106 madres que corresponde al 39.3%, en menor frecuencia se encuentra la obesidad donde se encuentran 3 madres que corresponde al porcentaje del 1.1%. Sin datos se encuentran 152 fichas que corresponde al 56.3%



Cuadro # 11

Distribución de la madres según exposición al alcohol durante el embarazo en el área de Enfermería del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009. Cuenca.

Exposición al alcohol en el embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Formularios sin datos	146	54,1
Si	2	0,7
No	122	45,2
Total	270	100,0

Fuente: Formularios de enfermería
Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: En el presente cuadro se observa que 122 madres (45.2%) no ingirieron alcohol durante el embarazo, observándose que 2 madres ingirieron alcohol durante su embarazo correspondiendo al 0.7%. En el cuadro se observa que 146 (54.1%) formularios no presentaron la variable exposición al alcohol durante el embarazo.

Cuadro # 12

Distribución de las madres según exposición al tabaco durante el embarazo en el área de enfermería del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009.Cuenca

Exposición al tabaco durante el embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Formularios sin datos	146	54,1
Si	1	0,4
No	123	45,6
Total	270	100,0

Fuente: Formularios de enfermería.
Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: Se observa que 123 madres que corresponden al 45.6% no presentaron exposición al tabaco durante el embarazo, presentando solo una



madre exposición al tabaco durante el embarazo que corresponde al 0.4%. Indicar que 146 fichas no contaban con la variable exposición al tabaco durante el embarazo correspondiendo al 54.1%

Cuadro # 13

Distribución de las madres según exposición a drogas durante el embarazo en el área de Enfermería del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009. Cuenca.

Exposición a drogas durante el embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Formularios sin datos	147	54,4
No	123	45,6
Si	0	0
Total	270	100,0

Fuente: Formularios de enfermería

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: En el presente cuadro se observa que 147 fichas no contenían la variable en estudio significando un porcentaje del 54.4%, observándose que ninguna madre se expuso a drogas, siendo la frecuencia de 123 madres que no se expusieron correspondiendo al 45.6%

Cuadro # 14

Distribución de las madres según exposición a medicación durante el embarazo en el área de Enfermería del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009. Cuenca

Exposición a medicación durante el embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Formularios sin datos	146	54,1
No	124	45,9
Si	0	0
Total	270	100,0

Fuente: Formularios de enfermería

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M



Interpretación: En el presente cuadro se observa que ninguna madre se expuso a medicación durante el embarazo, en dicho cuadro se observa que 146 fichas no presentaron la variable en estudio correspondiendo al 54.1%.

Cuadro # 15

Distribución de las madres según enfermedad durante el embarazo en el área de Enfermería del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas enero 2008 – junio 2009. Cuenca.

Enfermedades durante el embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Formularios sin datos	156	57,8
Si	49	18,1
No	65	24,1
Total	270	100,0

Fuente: Formularios de enfermería

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: En el presente análisis se logra observar que 65 (24.1%) madres no presentaron ninguna enfermedad durante el embarazo, por el contrario las madres que presentaron enfermedades durante el embarazo corresponden a un número de 49 correspondiendo al 18.1%. Fichas sin datos se encontraron 156 que corresponde al 57.8%.

Cuadro # 16

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Enfermería del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, según si presentaron o no sufrimiento fetal. Cuenca.

Sufrimiento fetal	Frecuencia	Porcentaje
Formularios sin datos	187	69,3
Si	8	3,0
No	75	27,8
Total	270	100,0



Fuente: Formularios de enfermería
Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: Se observa que existen 187 fichas que no presentaron datos, que corresponde a 69.3%, también se observa que 75 niños/as no presentaron sufrimiento fetal durante su gestación, que corresponden al 27.8%, y en menor frecuencia, 8 niños que corresponden al 3.0%.

Cuadro # 17

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Enfermería del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 –junio 2009, según parto pre-término, a término y pos-término. Cuenca.

Tipo de parto	Total	
	Frecuencia	Porcentaje
Parto pre-término	15	5.6%
Parto a término	39	14.4%
Parto postérmino	6	2,20%
Total	60	22 ,2%

Fuente: Formularios sin datos
Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: En la presente tabla se observa que, observándose una clara prevalencia del tipo de parto a término con 39 pacientes que corresponde al 14.4%, luego se continúa en frecuencia el parto pre-término con 15 niños, que corresponde al 5.6%, y por último se presenta el parto pos-término con 6 niños que corresponde al 2.2%.



Cuadro # 18

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Enfermería del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, según parto eutócico. Cuenca.

Parto eutócico	Frecuencia	Porcentaje
Formularios sin parto eutócico	155	57,4
Si	40	14,8
No	75	27,8
Total	270	100,0

Fuente: Formularios de enfermería
Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: De un total de 270 (100%) casos se observa que 40 madres tuvieron parto a término correspondiendo al 14.8%, 75 madres tuvieron otro tipo de parto correspondiendo al 27.8%, y 155 fichas no contenían ningún dato en estudio correspondiendo al 57.4%.

Cuadro # 19

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Enfermería del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, según parto distócico. Cuenca.

Parto distócico	Frecuencia	Porcentaje
Formularios sin parto distócico	155	57,4
Si	15	5,6
No	100	37,0
Total	270	100,0

Fuente: Formularios de enfermería
Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: De un total de 270 casos (100%) se observa que tuvieron parto distócico 15 madres correspondiendo al 5.6%, y 100 madres presentaron otro tipo de parto, correspondiendo al 37%. Indicándose que 155 fichas no contenía el dato en estudio, correspondiendo al 57.4%.



Cuadro # 20

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Enfermería del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 –junio 2009, según parto por cesárea. Cuenca.

Parto por cesárea	Frecuencia	Porcentaje
Formularios sin parto por cesárea	155	57,4
Si	35	13,0
No	80	29,6
Total	270	100,0

Fuente: Formularios de enfermería

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: De un total de 270 (100%) fichas, se observa que 155 fichas (57.4%) no presentaron datos. Observándose que 35 (13%) madres tuvieron parto por cesárea, y 80 (29.6%) tuvieron otro tipo de parto.



Cuadro # 21

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Enfermería del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, según apgar al primer minuto, y a los cinco minutos de nacido. Cuenca.

PUNTUACION APGAR	Frecuencia de Apgar al primer minuto	Frecuencia de Apgar a los cinco minutos
Formularios sin APGAR	188	188
3	1	00
4	1	00
5	1	00
6	1	3
7	30	29
8	25	00
9	23	40
10	00	10
Total	270	270

Fuente: Formularios de enfermería

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: Se observa que la puntuación del APGAR al primer minuto presenta una menor frecuencia en pacientes con un APGAR de 3,4,5, y 6 con un caso respectivamente que corresponde al 0.4%, presentándose la mayor frecuencia en niños con un APGAR de 7 con 30 casos que corresponde al 11.1%. En cuanto al APGAR a los cinco minutos de nacido, se observa que el mínimo valor de APGAR es 6, que se presenta en 3 pacientes correspondiendo al 1.1%, siendo la mayor frecuencia en niños con un APGAR de 9, con 40 casos que corresponde al 14.8%.



Cuadro # 22

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Enfermería del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, según el peso en gramos del recién nacido. Cuenca.

Peso en gramos del recién nacido	Frecuencia	Porcentaje
Formularios sin datos "peso"	174	64,4
500-1000	1	0,4
1001-1500	1	0,4
1501-2000	7	2,6
2001-2500	9	3,3
2501-3000	35	13,0
3001-3500	35	13,0
3501-4000	7	2,6
4001-4500	1	0,4
Total	270	100,0

Fuente:

Formularios de enfermería

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: La menor frecuencia de peso se presenta en niños con talla comprendida entre 500-1000, 1001-1500 y 4001-4500 gr, con un caso cada uno que corresponde al 0,4% respectivamente, siendo más frecuentes los niños con un peso al momento de su nacimiento de 2501-3000 y 3001-3500 gr, con 35 niños cada rango de edad respectivamente que corresponde al 13%.



Cuadro # 23

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Enfermería del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 –junio 2009, según la talla en centímetros del recién nacido. Cuenca.

Talla en centímetros	Frecuencia	Porcentaje
Formularios sin datos	268	99,3
49	1	0,4
50	1	0,4
Total	270	100,0

Fuente: Formularios de enfermería

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: De los 270 casos que corresponde al 100%, solo se evaluaron a 2 (0.8%) niños, el primero posee 49 cm y el segundo posee 50cm en lo que respecta a talla.



Cuadro # 24

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Enfermería del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, según edad en meses y sexo. Cuenca.

Edad meses	Masculino	Femenino	Total
1-12.	16	21	37
			13,70%
13-24	27	18	45
			16,7
25-36	42	20	62
			23,00%
37-48	24	16	40
			15,30%
49-60	37	18	55
			20,30%
61-72	19	4	23
			8,50%
73-84	2	1	3
			1,10%
97-108	1	0	1
			0,30%
Total	168	98	266
			100,00%

Fuente: Formularios de enfermería

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: De un total de 266 fichas, se analiza que el sexo masculino es el más frecuente con 168 niños con respecto al sexo femenino que cuenta con 98 niñas, existiendo mayor frecuencia de varones en el rango comprendido entre 25-36 meses con 42 niños, y en cuanto al sexo femenino la mayor frecuencia se observa en el rango comprendido entre 1-12 meses con 21 casos.

La asociación de estas variables no presentan significancia estadística con un valor de p: 0.4



Cuadro # 25

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Enfermería del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, según motivo de consulta y sexo. Cuenca

Motivos de consulta	Masculino	Femenino	Total	
Problemas de lenguaje	89	50	140	51,90%
Terapia física	7	5	12	4,40%
Valoración por Psicología	15	4	19	7,00%
Valoración por Nutrición	1	3	4	1,50%
Valoración por Estimulación temprana	14	10	24	8,90%
Valoración pediátrica	16	8	24	8,90%
Total	170	99	269	100,00%

Fuente: Formularios de enfermería

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: De 269 fichas analizadas, se observa que el motivo de consulta mas frecuente en niños y niñas es Problemas del lenguaje con 89 casos para el sexo masculino y 50 casos para el femenino.

La asociación de estas variables no presenta significancia estadística con un valor de p: 0.9



Cuadro # 26

Distribución de las madres de los niños/as atendidos en el área de Enfermería del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, según motivo de consulta y edad en meses. Cuenca.

Edad en meses	Problemas de lenguaje	Terapia física	Valoración por Psicología	Valoración por Nutrición	Valoración por Estimulación temprana	Valoración pediátrica	Total	
1-12	6	4	1	1	9	8	37	16,80%
13-24	21	3	5	0	7	2	45	20,40%
25-36	35	2	4	2	3	5	62	28,10%
37-48	26	1	0	0	1	5	40	18,80%
49-60	39	2	5	1	1	3	56	25,40%
61-72	9	0	4	0	2	1	23	10,40%
73-84	1	0	0	0	0	0	3	1,30%
85-96	0	0	0	0	1	0	1	0,40%
Total	137	12	19	4	24	24	220	100,00%

Fuente: Formularios de enfermería
Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: De 220 fichas analizadas, se observa que el motivo de consulta más frecuente es Problemas de Lenguaje con 137 niños/as que corresponden al 62.2%, siendo más frecuente entre 49-60 meses de edad con 39 niños. Y el área con menos frecuencia corresponde a Nutrición en donde han acudido 4 niños/as.

La asociación de estas variables si presentan significancia estadística con un valor de p: 0.00



AREA ESTIMULACION TEMPRANA

Cuadro # 27

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Estimulación temprana del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, según sexo. Cuenca.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Formularios sin sexo	14	9,9
Masculino	86	60,6
Femenino	42	29,6
Total	142	100,0

Fuente: Formularios de estimulación temprana

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: De un total de 142 niños que representan el 100%, 86 (60,6%) pertenecen al sexo masculino y 42 (29,6%) al sexo femenino. Observándose la existencia de 14 (9.9) fichas sin datos con respecto al sexo.



Cuadro # 28

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Estimulación temprana del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, según primera y segunda evaluación de la edad en meses. Cuenca.

Edad en meses	Frecuencia	
	Primera evaluación	Segunda evaluación
1-12	20	6
13-24	32	13
25-36	31	12
37-48	19	10
49-60	25	12
61-72	12	7
73-84	1	2
Total	140	62

Fuente: Formularios de estimulación temprana

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: El rango más frecuente tanto en la primera como en la segunda evaluación corresponde entre 13-24 meses con 32 casos en la primera evaluación, y 13 casos en la segunda evaluación, se observa que la menor frecuencia se encuentra esta entre 73-84 meses con 1 caso en la primera evaluación y 2 casos en la segunda evaluación.



Cuadro # 29

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Estimulación temprana del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, según fecha de ingreso. Cuenca.

Fecha de ingreso	Frecuencia	Porcentaje
Formularios sin datos	22	15,5
Enero-Junio 2008	60	42,3
Julio-Diciembre 2008	12	8,5
Enero-Julio 2009	48	33,8
Total	142	100,0

Fuente: Formularios de estimulación temprana

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: la mayor frecuencia de ingresos corresponde al periodo Enero-Julio del 2008 con 60 casos que corresponde al 42,3% y la menor frecuencia entre Julio-diciembre del 2008 con 12 casos que corresponde al 8.5%.



Cuadro # 30

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Estimulación temprana del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero2008 – junio 2009, según resultado de test de primera evaluación. Cuenca.

Tests	Primera evaluación (107 niños evaluados)		Segunda evaluación (71 niños evaluados)	
	Ningún mes de retraso	Meses de retraso	Ningún mes de retraso	Meses de retraso
Brunet lezzine baby test	0	76	13	18
Brunet lezzine forma rápida	0	20	9	30
Guía portage	0	3	0	0
Badyg A test	0	3	0	1
Guía Argentina	4	1	0	0
Total	4	103	22	49

Fuente: Formularios de estimulación temprana

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: De 142 niños atendidos en el área de estimulación temprana, con respecto a la primera evaluación se aplicaron test a 107 niños de los cuales 4 no presentaron ningún mes de retraso y 103 presentaron meses de retraso en el desarrollo. Durante la segunda evaluación se aplicaron test a 71 niños de los cuales 22 no presentaron ningún mes de retraso y 49 presentaron meses de retraso en el desarrollo.



Cuadro # 31

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Estimulación temprana del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, por edad en meses y presencia de meses de retraso según tests aplicados. Cuenca.

Edad en meses	Brunet lezzine baby test	Brunet lezzine forma rápida	Guía portage	Badyg A test	Guía Argentina
1-12	14	0	0	0	0
13-24	24	0	0	0	0
25-36	13	5	0	0	1
37-48	1	5	0	0	0
49-60	2	3	2	0	0
61-72	1	6	1	3	0
73-84	0	1	0	0	0
Total	55 (39.4%)	20 (14.1%)	3 (2.1%)	3 (2.2%)	1 (0.7%)

Fuente: Formularios de estimulación temprana

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: Se observa el análisis de los test utilizados con respecto a los grupos de edad, en los cuales se observa que el test más utilizado es brunet lezzine baby test con el cual 55 (39.4%) niños presentaron meses de retraso en el desarrollo, en el cual el grupo que presentó mayor frecuencia está comprendido en el rango de 13-24 meses con 24 niños.

La asociación de estas variables en la primera evaluación no presenta significancia estadística con un valor de p: 0.16

La asociación de estas variables en la segunda evaluación si presenta significancia estadística con un valor de p: 0.00



Cuadro # 32

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Estimulación temprana del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas Enero 2008 – Junio 2009, según meses de retraso y sexo, Cuenca.

Test	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Brunet lezzine baby test	28	19.8%	23	16.2%	51	(36%)
Brunet lezzine forma rápida test	14	(9.9%)	4	(2.8%)	18	(12.7%)
Guía portage	2	(1.4%)	1	(0.7%)	3	(2.1%)
Badyg A test	3	(2.1%)	0	0%	3	2.1%
Guía Argentina	1	(0.7%)	0	0%	1	(0.7%)

Fuente: Formularios de estimulación temprana

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: En el análisis del sexo con respecto a los meses de retraso se observa que el sexo masculino presenta mayor frecuencia en cuanto a meses de retraso con respecto al sexo femenino, siendo más frecuente en los varones evaluados con el test de brunet lezzine baby test con 28 niños que corresponde al 19.8%.

En cuanto al sexo femenino el test que más se utilizó para evaluar fue brunet lezzine baby test, con una frecuencia de 23 niñas que corresponde al 16.2%

La asociación de estas variables no presenta significancia estadística con un valor de p: 0.7



Cuadro # 33

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Fonoaudiología del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, según Edad en Meses. Cuenca.

Edad en Meses	Frecuencia	Porcentaje
6 a 12 meses	4	3,5
13 a 18 meses	5	4,4
19 a 24 meses	11	9,7
25 a 30 meses	19	16,8
31 a 36 meses	6	5,3
37 a 42 meses	8	7,1
43 a 48 meses	9	8,0
49 a 54 meses	18	15,9
55 a 60 meses	15	13,3
61 a 66 meses	6	5,3
67 a 72 meses	9	8,0
Formularios sin datos	3	2,7
Total	113	100,0

Fuente: Formularios.

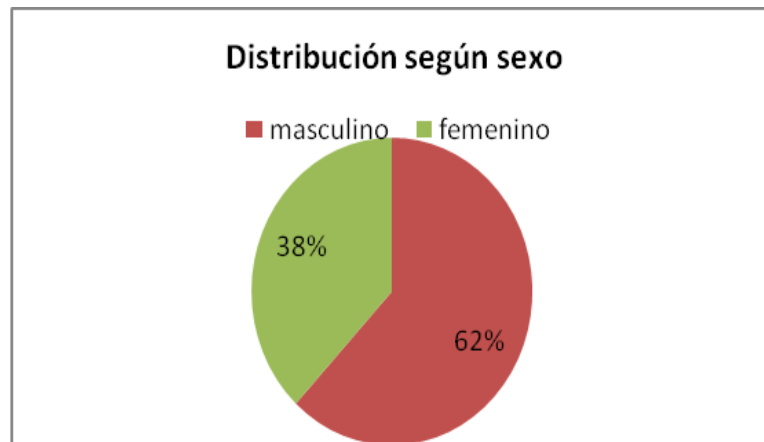
Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M.

Interpretación: De 113 de fichas analizadas en el área de lenguaje, encontramos que la edad de mayor frecuencia entre los niños/as, va desde los 25 a 30 meses con 19 formularios que corresponden al 16.8%; con relación a los de menor frecuencia que van desde 6 a 12 meses con 4 formularios que corresponden a 3.5% respectivamente.



Gráfico # 2

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Fonoaudiología del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, según Sexo. Cuenca.



Fuente: Formularios.

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M.

Interpretación: El sexo masculino es mayor con respecto al sexo femenino en un porcentaje de 61,9% en relación al 38,1% respectivamente.



Cuadro # 34

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Fonoaudiología del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, según Motivo de Consulta. Cuenca.

Motivo de consulta	Frecuencia	Porcentaje
problema del lenguaje	59	52,2
no pronuncia bien las palabras	27	23,9
no hace frases	9	8,0
Valoración	7	6,2
Otro motivo de consulta	11	9,7
Total	113	100,0

Fuente: Formularios.

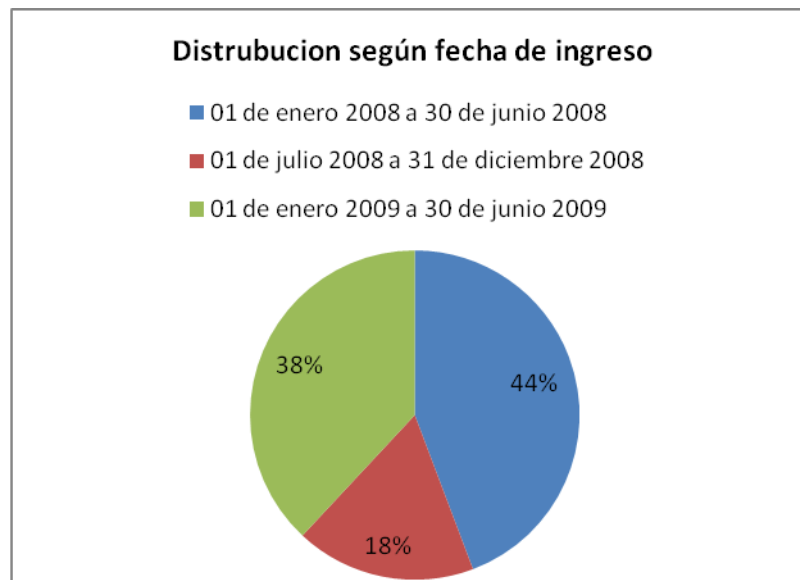
Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M.

Interpretación: De 113 fichas analizadas en el área de lenguaje, el motivo de consulta más frecuente entre los niños/as, es Problema del lenguaje con un número de 59 formularios que corresponde al 52,2%; en relación al motivo de consulta menos frecuente que es, valoración con un número de 7 formularios, correspondo al 6,2% de los motivos de consulta atendidos en el periodo enero2008 - julio2009.



Gráfico # 3

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Fonoaudiología del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, 2008 – 2009, según Fecha de ingreso. Cuenca.



Fuente: Formularios.

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: Encontramos que las fechas de mayor afluencia de niños/as en el Departamento de Fonoaudiología, se encuentran entre 01 de enero del 2008 al 30 de junio del mismo año con un 44,2% y del 01 de enero del 2009 al 30 de junio del mismo año con un 38,1%, en relación al periodo de menor afluencia que es entre 01 de julio del 2008 al 31 de diciembre del mismo año con un 17,7% respectivamente.



Cuadro # 35

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Fonoaudiología del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, según Edad de Balbuceo en meses. Cuenca.

Edad de balbuceo en meses	Frecuencia	Porcentaje
2 a 3	16	14,2
4 a 5	42	37,2
6 a 7	10	8,8
8 a 9	3	2,7
10 a 11	11	9,7
12 a 13	7	6,2
Formularios donde no se sabe cuando	13	11,5
Formularios sin datos	11	9,7
Total	113	100,0

Fuente: Formularios.

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M.

Interpretación: De 113 fichas analizadas en el área de fonoaudiología, la edad de balbuceo más frecuente que se encuentran los niños/as, está entre los 4 a 5 meses con un total de 42 formularios, correspondiendo al 37.2%; con relación a la edad menos frecuente que se encuentra entre los 8 a 9 meses con un total de 3 formularios, correspondiendo al 2.7% respectivamente.



Cuadro # 36

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Fonoaudiología del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, según Edad de Vocalización en meses. Cuenca.

Edad de vocalización en meses	Frecuencia	Porcentaje
2 a 3	5	4,4
4 a 5	7	6,2
6 a 7	19	16,8
8 a 9	18	15,9
10 a 12	21	18,6
13 a 18	7	6,2
19 a 24	2	1,8
Formularios donde no se sabe cuando	22	19,5
Formularios sin datos	12	10,6
Total	113	100,0

Fuente: Formularios.

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M.

Interpretación: De 113 fichas analizadas en el área fonoaudiología, encontramos que en 22 de los formularios que corresponden al 19,5% en el que la madre no se sabe cuándo fue la edad de vocalización; la edad de vocalización más frecuente que se encuentran los niños/as, está entre los 10 a 12 meses con un total de 21 formularios, correspondiendo al 18.6%; con relación a la edad menos frecuente que se encuentra entre los 19 a 24 meses con un total de 2 formularios correspondiendo al 1,8% respectivamente.



Tabla # 37

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Fonoaudiología del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, según Edad de Silabeo en meses. Cuenca.

Edad de silabeo en meses	Frecuencia	Porcentaje
4 a 5	3	2,7
6 a 7	5	4,4
8 a 12	57	50,4
13 a 18	16	14,2
19 a 24	3	2,7
Formularios donde no se sabe cuando	15	13,3
Formularios sin datos	14	12,4
Total	113	100,0

Fuente: Formularios.

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M.

Interpretación: De 113 fichas analizadas del área de fonoaudiología, encontramos que la edad de silabeo más frecuente entre los niños/as, se encuentra entre los 8 a 12 meses con 57 formularios, correspondiendo al 50.4%; con relación a la edad de silabeo menos frecuente que se encuentra entre los 4 a 5 meses y 19 a 24 meses con 3 formularios, correspondiendo al 2,7% respectivamente.



Cuadro # 38

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Fonoaudiología del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, según Edad de Comienzo de Juego Bocal en meses. Cuenca.

Edad de comienzo de juego bocal	Frecuencia	Porcentaje
3 a 4	2	1,8
5 a 6	6	5,3
7 a 8	8	7,1
9 a 10	34	30,1
11 a 18	19	16,8
19 a 24	3	2,7
25 a 30	2	1,8
37 a 42	4	3,5
Formularios donde no se sabe cuando	21	18,6
Formularios sin datos	14	12,4
Total	113	100,0

Fuente: Formularios.

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M.

Interpretación: De 113 fichas analizadas del área de fonoaudiología, la edad de comienzo de juego bocal más frecuente entre los niños/as, se encuentra entre los 9 a 10 meses con 34 formularios correspondiendo al 30.1%; con relación a las de menor frecuencia que se encuentran entre los 3 a 4 meses y 25 a 30 meses con 2 formularios, correspondiendo al 1,8% respectivamente.



Cuadro # 39

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Fonoaudiología del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, según Edad de Pronunciación de las Primeras Palabras. Cuenca.

Edad de pronunciación de las primeras palabras	Frecuencia	Porcentaje
8 a 12	21	18,6
13 a 18	52	46,0
19 a 24	3	2,7
25 a 30	8	7,1
31 a 36	2	1,8
37 a 42	4	3,5
Formularios donde no se sabe cuando	11	9,7
Formularios sin datos	12	10,6
Total	113	100,0

Fuente: Formularios.

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M.

Interpretación: De 113 fichas analizadas del área de fonoaudiología encontramos que la edad de pronunciación de las primeras palabras más frecuente entre los niños/as, se encuentra entre los 13 a 18 meses con 52 formularios que corresponden al 46%; con relación a la de menor frecuencia se encuentran entre los 31 a 36 meses con 2 formularios que corresponden al 1,8%.



Cuadro # 40

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Fonoaudiología del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, según Edad de Combinación de Palabras. Cuenca.

Edad combinación de palabras	Frecuencia	Porcentaje
12 a 18	7	6,2
19 a 24	4	3,5
25 a 30	29	25,7
37 a 42	12	10,6
43 a 48	5	4,4
Formularios donde no se sabe cuando	21	18,6
Formularios sin datos	35	31,0
Total	113	100,0

Fuente: Formularios.

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M.

Interpretación: De 113 fichas analizadas del área de fonoaudiología, encontramos que en 35 de los formularios que corresponden al 31%, están sin datos en esta variable. La edad de combinación de las palabras más frecuente entre los niños/as, se encuentra entre los 25 a 30 meses con un 29 formularios, correspondiendo al 25.7%; con relación a los de menor frecuencia que se encuentran entre los 19 a 24 meses con 4 formularios que corresponden al 3,5%.



Cuadro # 41

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Fonoaudiología del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, según Edad de Comienzo de Decir Oraciones Cortas. Cuenca.

Edad de comienzo de decir oraciones cortas	Frecuencia	Porcentaje
12 a 18	8	7,1
19 a 24	1	0,9
25 a 30	12	10,6
31 a 36	7	6,2
37 a 42	14	12,4
43 a 48	7	6,2
Formularios donde no se sabe cuando	24	21,2
Formularios sin datos	40	35,4
Total	113	100,0

Fuente: Formularios.

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M.

Interpretación: De 113 fichas analizadas del área de fonoaudiología, encontramos que en 40 de los formularios que corresponden al 35,4% no se encuentran datos; a demás que en 24 de los formularios que corresponden al 21,2% en el que no se sabe cuando comenzó a decir oraciones cortas. La edad más frecuente de comienzo de decir oraciones cortas entre los niños/as, se encuentra entre los 37 a 42 meses con 14 formularios, correspondiendo al 12.4%; con relación a la de menor frecuencia que se encuentran entre los 19 a 24 meses con 1 formulario, correspondiendo al 0,9%.



Cuadro # 42

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Fonoaudiología del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, según Diagnóstico Fonoaudiológico. Cuenca.

Diagnóstico Fonoaudiológico	Frecuencia	Porcentaje
Retraso en el desarrollo del lenguaje	58	51,3
Dislalia	31	27,4
Disfemia	2	1,8
Dislalia y disfemia	2	1,8
RDL y disfemia	1	0,9
RDL y dislalia	5	4,4
Otro diagnóstico	1	0,9
sin diagnóstico	13	11,5
Total	113	100,0

Fuente: Formularios.

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M.

Interpretación: De 113 fichas analizadas del área de fonoaudiología, encontramos que el diagnóstico que se presenta con mayor frecuencia entre los niños/as, es el Retraso en el Desarrollo del Lenguaje con un 51.3% que corresponde a 58 formularios; le sigue la Dislalia con un 27,4% correspondiendo a 31 formularios; con relación al diagnóstico menos frecuente que es RDL y Disfemia, con 1 formulario que corresponde al 0.9%.



Cuadro # 43

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Fonoaudiología del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, según Motivo de consulta y Sexo. Cuenca.

Motivo de consulta	Sexo		Total
	masculino	femenino	
Problema del lenguaje	38	21	59
no pronuncia bien las palabras	14	13	27
no hace frases	7	2	9
valoración	5	2	7
Otro motivo de consulta	6	5	11
Total	70	43	113

Fuente: Formularios.

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: Con relación al motivo de consulta por sexo; el motivo de consulta más frecuente entre los niños y niñas fue Problemas del lenguaje con 38 casos para el sexo masculino y 21 para el femenino, y el motivo de consulta menos frecuente fue la valoración para el sexo masculino con 5 casos y, no hace frases y valoración para el sexo femenino con 2 casos respectivamente.

La asociación de estas variables no presentan significancia estadística con un valor de $p: 0.5$



Cuadro # 44

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Fonoaudiología del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, según Diagnóstico y Sexo. Cuenca.

Diagnóstico	Sexo		Total
	masculino	femenino	
Retraso en el desarrollo del lenguaje	33	25	58
Dislalia	23	8	31
Disfemia	1	1	2
Dislalia y disfemia	2	0	2
RDL y disfemia	0	1	1
RDL y dislalia	3	2	5
Otro diagnóstico	0	1	1
sin diagnóstico	8	5	13
Total	70	43	113

Fuente: Formularios.

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: El diagnóstico más frecuente en niños y niñas fue Retraso en el Desarrollo del lenguaje, con 33 casos en el sexo masculino y 25 casos en el femenino, y el diagnóstico menos frecuente en los niños y niñas fue Disfemia con 1 caso respectivamente; a demás de 1 caso de RDL mas Disfemia entre las niñas.

La asociación de estas variables no presentan significancia estadística con un valor de p: 0.4



Cuadro # 45

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Fonoaudiología del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, según Edad en meses y Sexo. Cuenca.

Edad en Meses	Sexo		Total
	masculino	femenino	masculino
6 a 12	1	3	4
13 a 18	1	4	5
19 a 24	8	3	11
25 a 30	10	9	19
31 a 36	6	0	6
37 a 42	5	3	8
43 a 48	6	3	9
49 a 54	11	7	18
55 a 60	10	5	15
61 a 66	5	1	6
67 a 72	6	3	9
no datos	1	2	3
Total	70	43	113

Fuente: Formularios.

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: De acuerdo con la edad y sexo, la edad más frecuente de los niños y niñas atendidos, está entre los 49 a 54 meses con 11 casos para los niños y 7 para las niñas; y la edad menos frecuente para los niños está entre los 6 a 12 meses y 13 a 18 meses con 1 caso, y para las niñas de 61 a 66 meses también con 1 caso, respectivamente.

La asociación de estas variables no presentan significancia estadística con un valor de $p: 0.2$



AREA DE PSICOLOGIA

Cuadro # 46

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Psicología del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, según Edad en Meses. Cuenca.

Edad en meses	Frecuencia	Porcentaje
0a 6	6	3,5
7 a 12	13	7,6
13 a 18	7	4,1
19 a 24	19	11,1
25 a 30	15	8,8
31 a 36	19	11,1
37 a 42	11	6,4
43 a 48	16	9,4
49 a 54	23	13,5
55 a 60	17	9,9
61 a 66	16	9,4
67 a 72	9	5,3
Total	171	100,0

Fuente: Formularios.

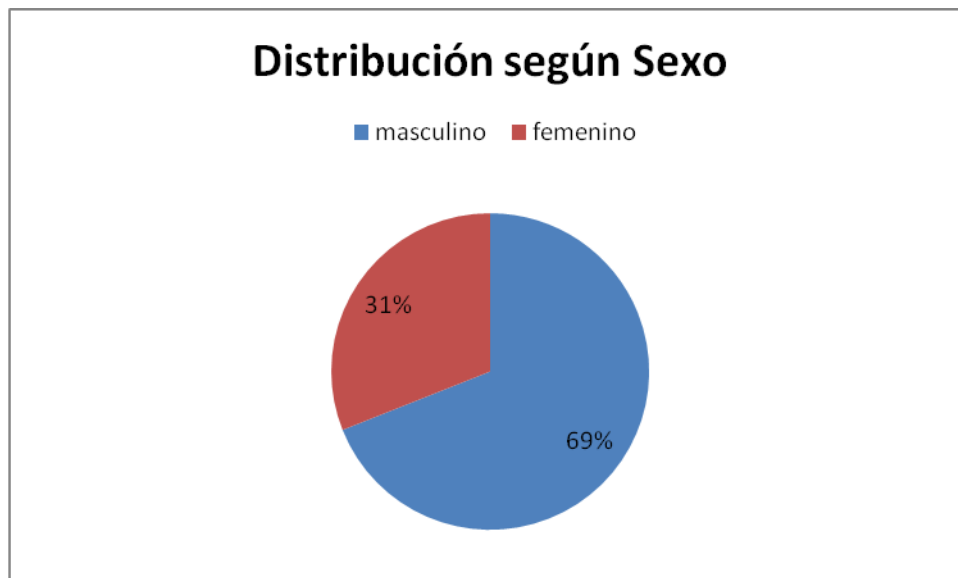
Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M.

Interpretación: De 171 de fichas analizadas en el área de psicología, encontramos que la edad de mayor frecuencia entre los niños y niñas, va desde los 49 a 54 meses con 23 formularios que corresponden al 13.5%,les sigue los que se encuentran entre los 19 a 24 meses y 31 a 36 meses, con 19 formularios que corresponde a 11.1%; y la edad de menor frecuencia entre los niños/as va desde 0 a 6 meses con un numero de 6 formularios que corresponden a 3.5% respectivamente en esta variable.



Gráfico # 4

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Psicología del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, según Sexo. Cuenca.



Fuente: Formularios.

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: El sexo masculino es mayor con respecto al sexo femenino en un porcentaje de 69% en relación al 31% respectivamente.



Cuadro # 47

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Psicología del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas 2008 – 2009, según Motivo de Consulta. Cuenca.

Motivo de Consulta	Frecuencia	Porcentaje
Agresividad	11	6,4
Aislado	1	0,6
bajo peso	1	0,6
Froteurismo	1	0,6
Hiperactividad	7	4,1
Miedo	1	0,6
no datos	4	2,3
PCI	1	0,6
problema motor	20	11,7
problemas del lenguaje	90	52,6
Sd Down	2	1,2
Sordera	1	0,6
Valoración	31	18,1
Total	171	100,0

Fuente: Formularios.

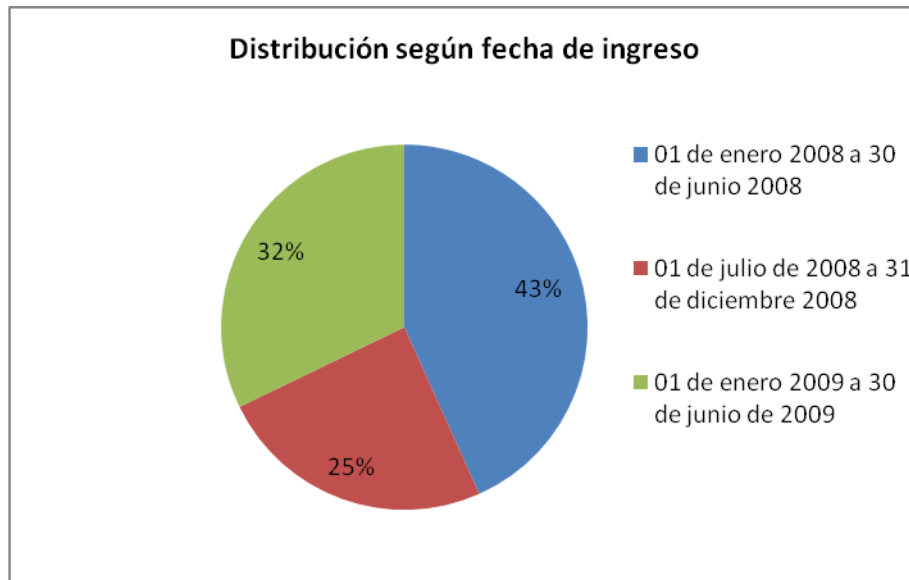
Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: De 171 fichas analizadas en el área de psicología, el motivo de consulta más frecuente entre los niños/as, es problemas del lenguaje con 90 formularios, que corresponde al 52,6% de los motivos de consulta, le sigue la valoración con 31 formularios, que corresponden a 18,1%; y los motivos de consulta menos frecuentes son: aislado, bajo peso, froteurismo, miedo, sordera con 1 formulario, correspondiendo al 0,6% respectivamente.



Gráfico # 5

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Psicología del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas 2008 – 2009, según Fecha de ingreso. Cuenca.



Fuente: Formularios.

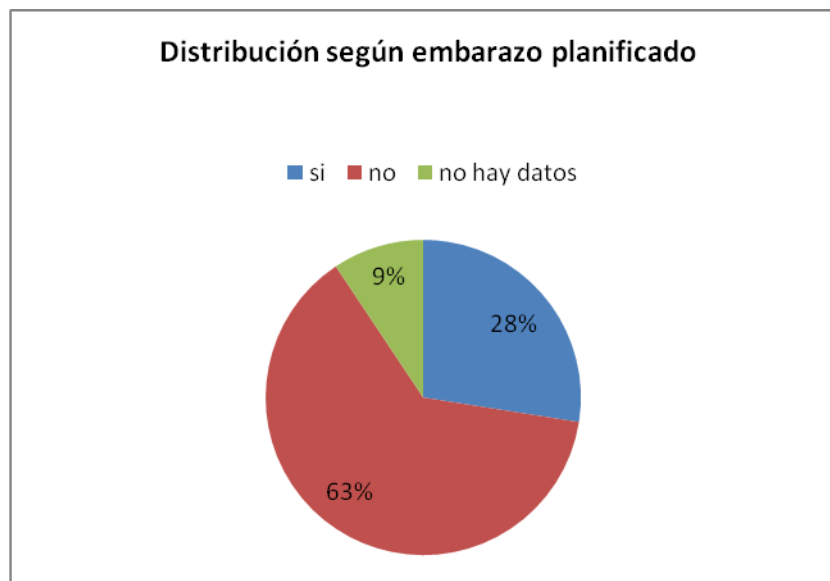
Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: Encontramos que las fechas de mayor afluencia de niños/as en el Departamento de Psicología se encuentran entre 01 de enero del 2008 al 30 de junio del mismo año con un 43,3% y del 01 de enero del 2009 al 30 de junio del mismo año con un 32,2%, en relación a los de menor afluencia que son entre 01 de julio del 2008 al 31 de diciembre del mismo año con un 24,6% respectivamente.



Gráfico # 6

Distribución de las madres según Embarazo planificado de los niños/as atendidos en el área de Psicología del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009. Cuenca.



Fuente: Formularios.

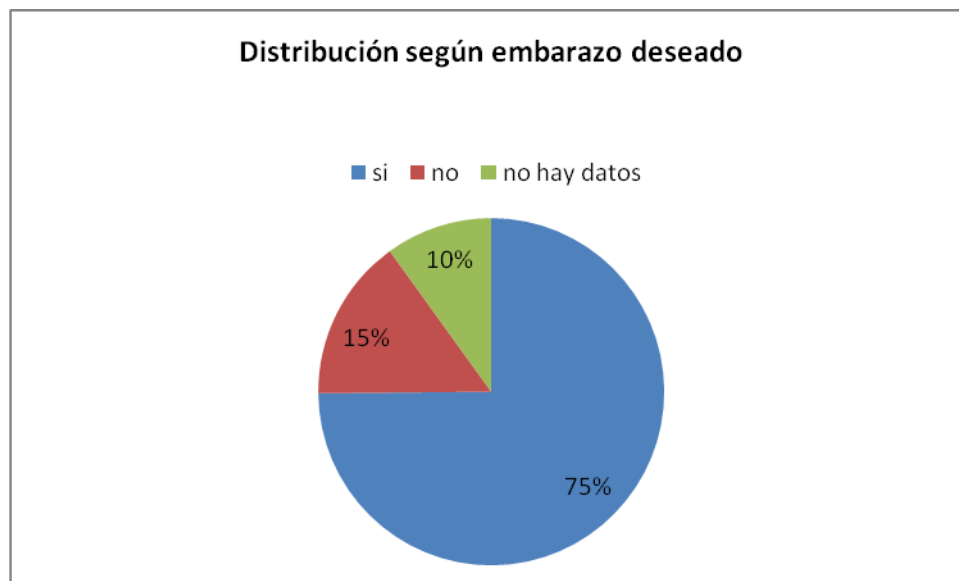
Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: Según la historia personal, el 63,2% de los niños/as son no planificados por los padres, con relación al 27,5% que si lo son.



Gráfico # 7

Distribución de las madres según Embarazo deseado de los niños/as atendidos en el área de Psicología del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009. Cuenca.



Fuente: Formularios.

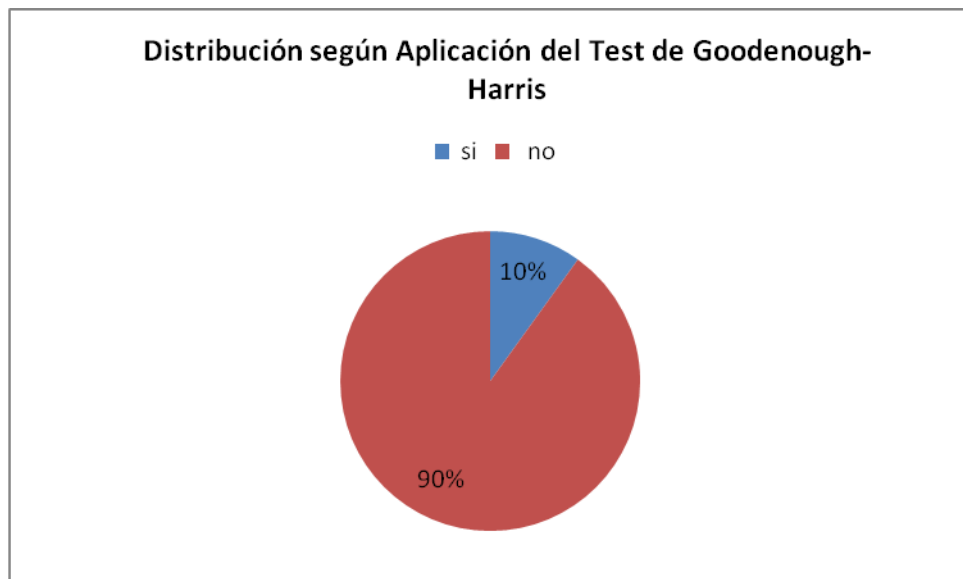
Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: Según la historia personal, el 74,9% de los niños/as son deseados por los padres, con relación al 15,2% que no lo son.



Gráfico # 8

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Psicología del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, según Aplicación del Test de Goodenough-Harris. Cuenca.



Fuente: Formularios.

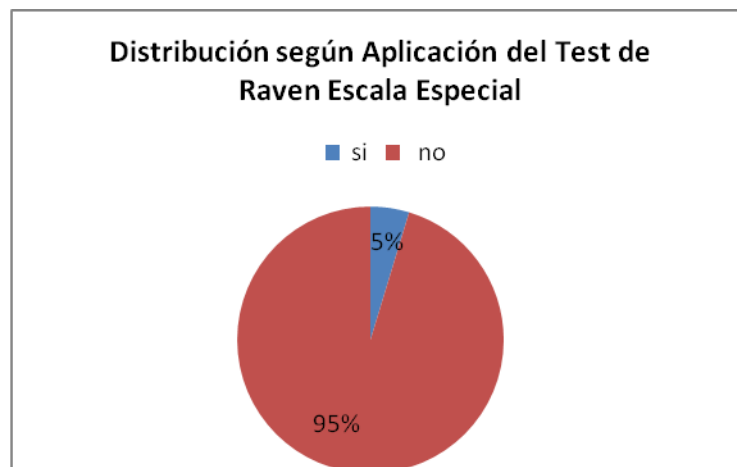
Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: Del total de fichas clínicas analizadas observamos que no se aplica el test de Goodenough-Harris en un 90,1% con relación al 9,9% en el que si se lo aplica.



Gráfico # 9

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Psicología del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, según Aplicación del Test de Raven Escala Especial. Cuenca.



Fuente: Formularios.

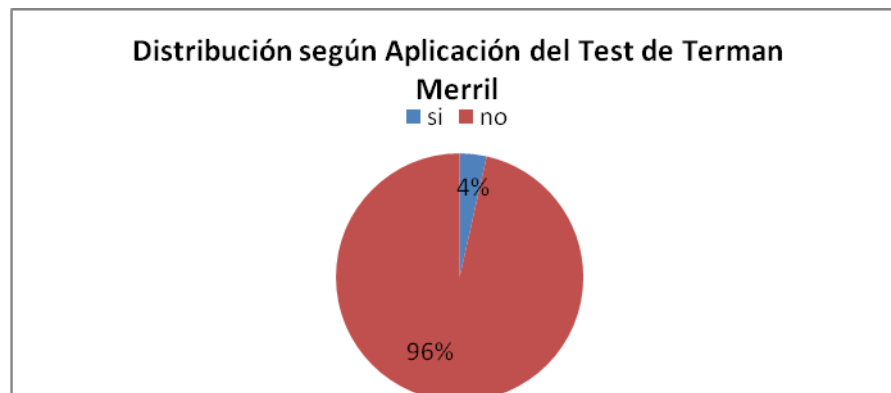
Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: Del total de fichas clínicas analizadas, observamos que no se aplica el test de Raven Escala Especial en un 95,3% con relación al 4,7% en el que si se lo aplica.



Gráfico # 10

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Psicología del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, 2008 – 2009, según Aplicación del Test de Terman Merrill. Cuenca.



Fuente: Formularios.

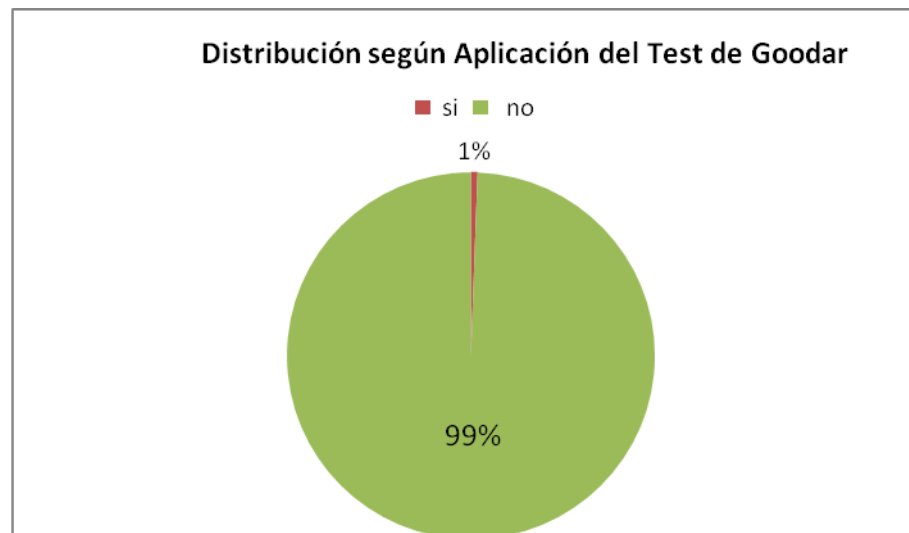
Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: Del total de fichas clínicas analizadas, observamos que no se aplica el test de Terman Merrill en un 96,4% con relación al 3,4% en el que si se lo aplica.



Gráfico # 11

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Psicología del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas 2008 – 2009, según Aplicación del Test de Escala de Goodar. Cuenca.



Fuente: Formularios.

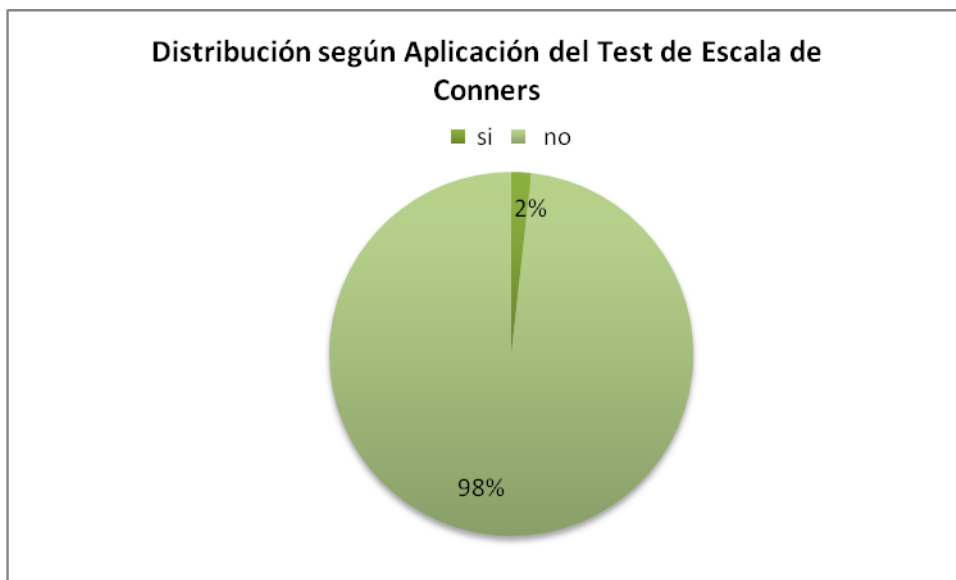
Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: Del total de fichas clínicas analizadas, observamos que no se aplica el test Goodar en un 99,4% con relación al 0,6% en el que si se lo aplica.



Gráfico # 12

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Psicología del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, según Aplicación del Test de Escala de Conners. Cuenca.



Fuente: Formularios.

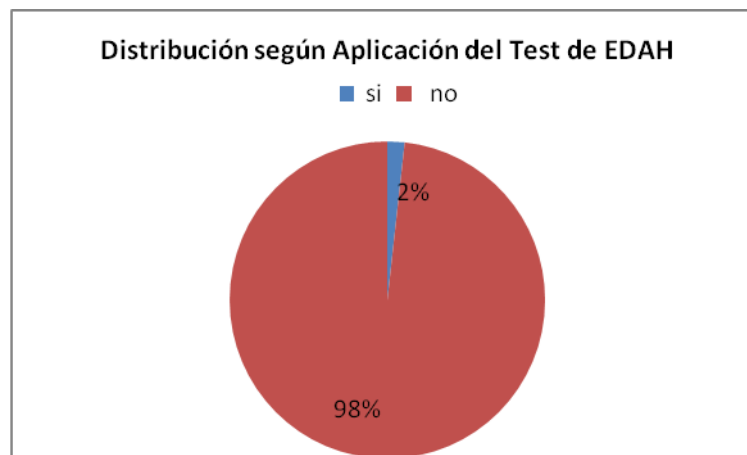
Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: Del total de fichas clínicas analizadas, observamos que no se aplica el test Escala de Conners en un 98,3% con relación al 1,7% en el que si se lo aplica.



Gráfico # 13

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Psicología del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, según Aplicación del Test de EDAH (Déficit de Atención por Hiperactividad). Cuenca.



Fuente: Formularios.

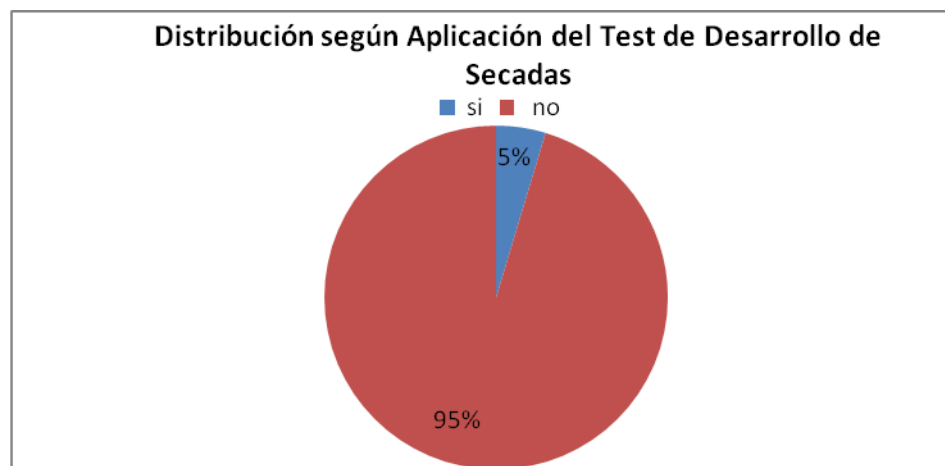
Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: Del total de fichas clínicas analizadas, observamos que no se aplica el test de EDAH en un 98,3% con relación al 1,7% en el que si se lo aplica.



Gráfico # 14

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Psicología del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, según Aplicación del Test de Escala de Desarrollo de Secadas. Cuenca.



Fuente: Formularios.

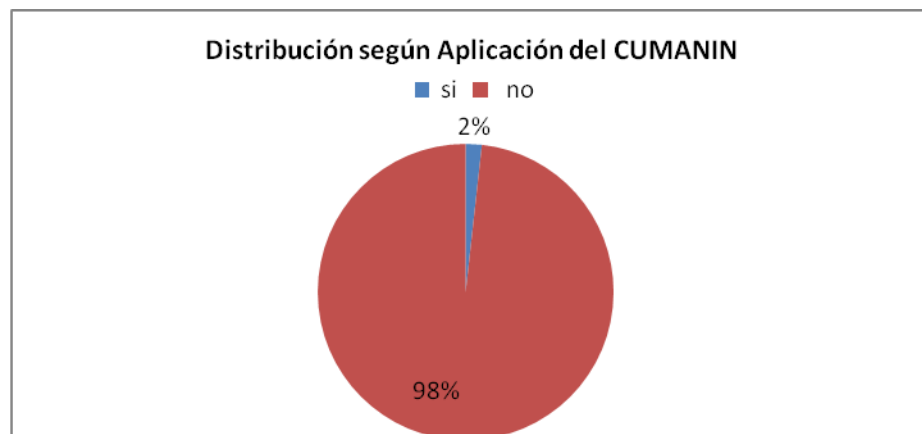
Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: Del total de fichas clínicas analizadas, observamos que no se aplica el test de Desarrollo de Secadas en un 95,3% con relación al 4,7% en el que si se lo aplica.



Gráfico # 15

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Psicología del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, según Aplicación del Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil (CUMANIN). Cuenca.



Fuente: Formularios.

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: Del total de fichas clínicas analizadas, observamos que no se aplica el test de CUMANIN en un 98,3% con relación al 1,7% en el que si se lo aplica.



Cuadro # 48

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Psicología del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, según Diagnóstico. Cuenca.

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Sobreprotección	10	5,8
Hiperactividad	1	0,6
Agresividad	7	4,1
Sin diagnóstico	52	30,4
Sin dificultad psicológica	17	9,9
Familia disfuncional	41	24,0
Familia funcional	28	16,4
F. disfuncional + agresivo/a	3	1,8
F. funcional+ agresivo/a	1	0,6
F. funcional+ sobreprotección	5	2,9
F. disfuncional+ sobreprotección	6	3,5
Total	171	100,0

Fuente: Formularios.

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: De 171 de fichas analizadas del área de psicología, encontramos que 52 de los formularios que corresponden al 30,4% no tienen diagnóstico. El diagnóstico que se presenta con mayor frecuencia entre los niños/as, es La Familia Disfuncional con un total de 41 formularios que corresponden al 24%; con relación a los diagnósticos de menor frecuencia encontramos la Hiperactividad y F. funcional + Agresividad con un total de 1 formulario que corresponden al 0,6% respectivamente.



Cuadro # 49

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Psicología del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, según Diagnóstico y Sexo. Cuenca.

Diagnostico	Sexo		Total
	masculin o	femenino	masculino
Sobreprotección	5	5	10
Hiperactividad	0	1	1
Agresividad	5	2	7
Sin diagnóstico	36	16	52
Sin dificultad psicológica	12	5	17
Familia disfuncional	30	11	41
Familia funcional	22	6	28
F. disfuncional + agresivo	1	2	3
F. funcional+ agresivo	1	0	1
F. funcional+ sobreprotección	3	2	5
F. disfuncional+ sobreprotección	3	3	6
Total	118	53	171

Fuente: Formularios.
Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M.

Interpretación: Con relación al diagnostico por sexo, encontramos que 36 niños y 16 niñas no tuvieron diagnóstico; el diagnostico más frecuente en niños y niñas fue Familia disfuncional con 30 casos en el sexo masculino y 11 casos en el femenino, y el diagnostico menos frecuente en los niños fue familia funcional + agresividad con 1 caso y en las niñas fue la hiperactividad también con 1 caso.



La asociación de estas variables no presentan significancia estadística con un valor de p: 0.5

Cuadro # 50

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Psicología del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, según Motivo de consulta y Sexo. Cuenca.

Motivo de Consulta	Sexo		Total
	masculin o	femenino	
Agresividad	8	3	11
Aislado	1	0	1
Bajo peso	0	1	1
Froteurismo	0	1	1
Hiperactividad	6	1	7
Miedo	1	0	1
Formularios sin datos del motivo de consulta	2	2	4
PCI	1	0	1
Problema motor	14	6	20
Problemas del lenguaje	64	26	90
Sd Down	0	2	2
sordera	1	0	1
valoración	20	11	31
Total	118	53	171

Fuente: Formularios.

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M.

Interpretación: Con relación al motivo de consulta por sexo; el motivo de consulta más frecuente entre los niños y niñas fue Problemas del lenguaje con 64 casos para el sexo masculino y 26 para el femenino y el motivo de consulta menos frecuente para el sexo masculino fue el motivo aislado,



miedo, PCI y sordera con 1 caso respectivamente, y bajo peso, froteurismo, hiperactividad para el sexo femenino con 1 caso respectivamente.

La asociación de estas variables no presentan significancia estadística con un valor de p: 0.3

Cuadro # 51

Distribución de los niños/as atendidos en el área de Psicología del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas, enero 2008 – junio 2009, según Edad y Sexo. Cuenca.

Edad	Sexo		Total
	masculino	femenino	
0a 6	3	3	6
7 a 12	8	5	13
13 a 18	2	5	7
19 a 24	12	7	19
25 a 30	11	4	15
31 a 36	14	5	19
37 a 42	6	5	11
43 a 48	13	3	16
49 a 54	17	6	23
55 a 60	12	5	17
61 a 66	14	2	16
67 a 72	6	3	9
Total	118	53	171

Fuente: Formularios.

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M.

Interpretación: De acuerdo con la edad y sexo, la edad más frecuente de los niños atendidos está entre los 49 a 54 meses con 17 casos y las niñas entre 19 a 24 meses con 7 casos; y la edad menos frecuente para los niños está entre los 0 a 6 meses con 3 casos y para las niñas de 61 a 66 meses con 2 casos respectivamente.

La asociación de estas variables no presentan significancia estadística con un valor de p: 0.3



AREA DE NUTRICION

Cuadro # 52

Distribución de los niños/as atendidos en el área de nutrición del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas Enero 2008-Junio 2009, según edad en meses. Cuenca

Edad	Frecuencia	Porcentaje
1-12	17	17.3
13-24	13	13.3
25-36	23	23.5
37-48	11	11.2
49-60	9	9.2
61-72	18	18.4
73-84	5	5.1
85-96	2	2.0
Total	98	100.0

Fuente: Formularios de Nutrición

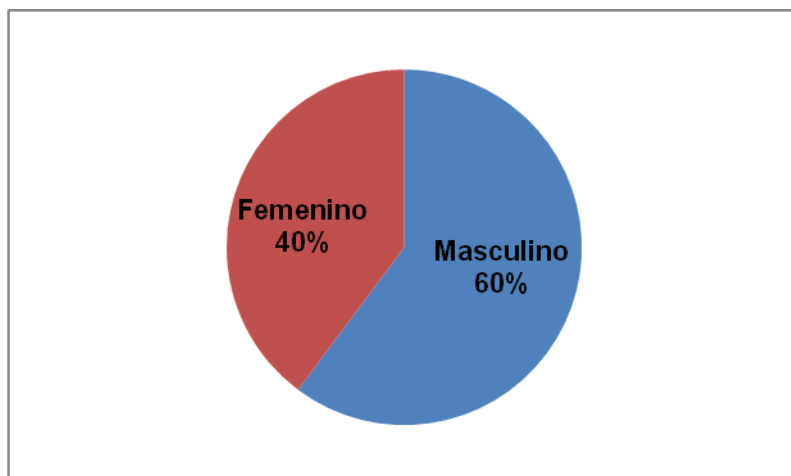
Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M.

Interpretación: De un total de 98 formularios, 23 están en una edad entre 25-36 meses (23,5%); 18 casos en una edad entre 61-72 meses (18,4%); 17 casos en una edad entre 1-12 meses (17,3%); y tan solo 2 casos entre una edad de 85-96 meses (2,0%).



Grafico # 17

Distribución de los niños/as atendidos en el área de nutrición del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas Enero 2008-Junio 2009, según sexo. Cuenca



Fuente: Formularios de Nutrición
Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M.

Interpretación: La mayor frecuencia corresponden a 59 de sexo masculino (60.2%); 39 son de sexo femenino (39.8%).



Cuadro # 53

Distribución de los niños/as atendidos en el área de nutrición del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas Enero 2008-Junio 2009, según diagnostico nutricional. Cuenca

Diagnostico Nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Formularios sin diagnostico	2	2.0
Desnutrición leve	23	23.5
Desnutrición moderada	14	14.3
Desnutrición grave	14	14.3
Normal	42	42.9
Sobrepeso	2	2.0
Obesidad I	1	1.0
Total	98	100.0

Fuente: Formularios de Nutrición

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M.

Interpretación: De un total de 98 formularios, 42 están en un estado nutricional normal (42,9%); 14 casos en desnutrición moderada (14,3%); y 14 casos en una desnutrición severa (14,3%).

Cuadro # 54

Distribución de los niños/as atendidos en el área de nutrición del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas Enero 2008-Junio 2009, según frecuencia de consumo de alimentos. Cuenca

Frecuencia de consumo de alimento	Frecuencia	Porcentaje
Formularios sin frecuencia	22	22.1
1-2 veces/d	7	7.1
3-4 veces/d	27	27.6
5-6veces/d	32	32.7
7-8veces/d	9	9.2
9-10veces/d	1	1.0
Total	98	100.0

Fuente: Formularios de Nutrición

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M.

Interpretación: De un total de 98 formularios, 32 están alimentándose con un frecuencia de 5-6veces/d (32,7%); 27 de 3-4 veces/d (27,6%).



Cuadro # 55

Distribución de los niños/as atendidos en el área de nutrición del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas Enero 2008-Junio 2009, según tiempo de lactancia. Cuenca

Tiempo de lactancia	Frecuencia	Porcentaje
No lactó	19	19.4
1-5	21	21.4
6-10	47	48.0
11-15	6	6.1
21- 25	2	2.0
Formularios sin tiempo de lactancia	3	3.1
Total	98	100.0

Fuente: Formularios de Nutrición

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M.

Interpretación: De un total de 98 formularios, 47 recibieron seno materno en un tiempo entre 6-10 meses (48%); 21 casos en los que lactaron por un periodo de 1-5 meses (21.4%); 19 casos en los que no lactaron (19.4%).



Cuadro # 56

Distribución de los niños/as atendidos en el área de nutrición del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas Enero 2008-Junio 2009, según edad y diagnostico nutricional. Cuenca

Edad	Diagnostico nutricional							Total
	Formulario sin diagnostico	Desnutrición leve	Desnutrición moderada	Desnutrición grave	Normal	Sobrepeso	Obesidad I	
1--12	0	4	3	2	8	0	0	17
13-24	0	5	1	3	4	0	0	13
25-36	0	3	4	4	12	0	0	23
37-48	0	1	1	2	6	1	0	11
49-60	0	4	1	1	3	0	0	9
61-72	2	6	2	2	6	0	0	18
73-84	0	0	0	0	3	1	1	5
85-96	0	0	2	0	0	0	0	2
Total	2	23	14	14	42	2	1	98

Fuente: Formularios de Nutrición

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M.

Interpretación: De un total de 98 formularios, 42 están en un estado nutricional normal, de estos, 12 son de una edad entre 25-36 meses; 23 casos tienen un desnutrición leve, de estos, 6 son de una edad entre 61-72 meses; 14 tienen desnutrición moderada; 14 casos tienen desnutrición grave.

La asociación de estas variables si presenta significancia estadística con un valor de p: 0.014



Cuadro # 57

Distribución de los niños/as atendidos en el área de nutrición del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas Enero 2008-Junio 2009, según diagnostico nutricional y sexo. Cuenca

Diagnostico nutricional	Sexo		
	Masculino	Femenino	Total
Formularios sin datos	2	0	2
Desnutrición leve	15	8	23
Desnutrición moderada	7	7	14
Desnutrición grave	5	9	14
Normal	28	14	42
Sobrepeso	1	1	2
Obesidad I	1	0	1
Total	59	39	98

Fuente: Formularios de Nutrición

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M.

Interpretación: De un total de 98 formularios, 42 están en un estado nutricional normal, 28 de los cuales son de sexo masculino y 14 de sexo femenino; 23 casos tienen desnutrición leve, 15 de los cuales son de sexo masculino y 8 de sexo femenino; 14 casos encontrados de desnutrición severa, de los cuales 9 son de sexo femenino y 5 de sexo masculino.

La asociación de estas variables no presenta significancia estadística con un valor de p: 0.306



Cuadro # 58

Distribución de los niños/as atendidos en el área de nutrición del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas Enero 2008-Junio 2009, según frecuencia de de consumo de alimentos/día y peso en Kg. Cuenca

Frecuencia de consumo	Peso							Total
	Formularios sin datos	1--10	11--15	16-20	26-30	31-35	36-40	
No se alimenta	0	1	4	1	0	0	0	6
1-2 veces/d	0	2	3	1	0	1	0	7
3-4 veces/d	1	7	12	2	1	3	1	27
5-6veces/d	1	7	17	4	1	1	1	32
7-8veces/d	0	1	2	4	1	0	1	9
9-10veces/d	0	1	0	0	0	0	0	1
Formularios sin datos	1	3	10	0	1	1	0	16
Total	3	22	48	12	4	6	3	98

Fuente: Formularios de Nutrición

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M.

Interpretación: De un total de 98 formularios, 48 están en un peso entre 11-15 Kg, de los cuales 17 consumen alimentos 5-6 veces/d, 12 consumen alimentos 3-4 veces/d. Existen 22 niños/as que tienen un peso entre 5-10Kg, 7 consumen alimentos 5-6 veces/d, 7 consumen alimentos 3-4 veces/d. Existen 3 casos sin datos.

La asociación de estas variables no presenta significancia estadística con un valor de p: 0.564



AREA DE TERAPIA FISICA

Cuadro # 59

Distribución de los niños/as atendidos en el área de terapia física del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas Enero 2008-Junio 2009, según edad en meses. Cuenca

Edad	Frecuencia	Porcentaje
1-12	6	12.5
13-24	11	22.9
25-36	6	12.5
37-48	4	8.3
49-60	5	10.4
61-72	2	4.1
73-84	3	6.25
85-96	3	6.25
97-108	8	16.6
Total	48	100

Fuente: Formularios de Terapia física

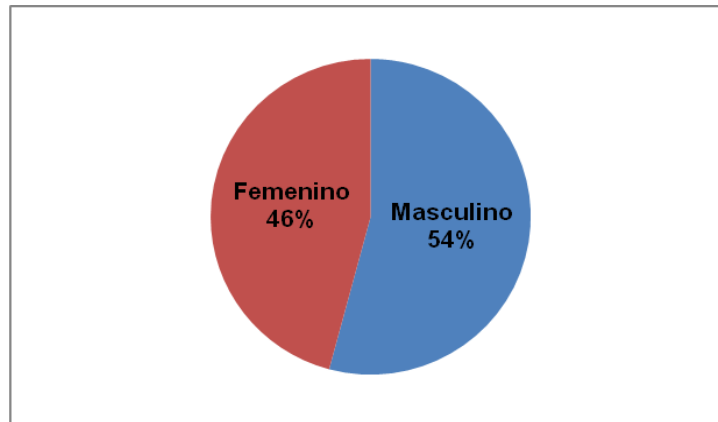
Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M.

Interpretación: De un total de 48 formularios, 11 están en una edad entre 13-24 meses (22,9%); 8 casos en una edad entre 97-108 meses (16,6%); 6 casos en una edad entre 1-12 meses (12,5%); 6 representan una edad entre 25-36 meses (12,5%).



Grafico # 18

Distribución de los niños/as atendidos en el área de terapia física del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas Enero 2008-Junio 2009, según sexo. Cuenca



Fuente: Formularios de Terapia física
Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M.

Interpretación: De un total de 48 formularios, 26 representan al sexo masculino (54,1%); del sexo femenino existen 22 casos (45,8%).



Cuadro # 60

Distribución de los niños/as atendidos en el área de terapia física del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas Enero 2008-Junio 2009, según motivo de consulta. Cuenca

Motivo de consulta	Frecuencia	Porcentaje
Formularios sin motivo de consulta	2	4.2
Alteración de la marcha	10	20.8
Alteración del lenguaje	5	10.4
No gatea	3	6.3
Alteración motriz	9	18.8
No se sienta	6	12.5
No sostiene la cabeza	3	6.3
Hidrocefalia	1	2.1
Valoración	9	18.8
Total	48	100.0

Fuente: Formularios de Terapia física
Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M.

Interpretación: De un total de 48 formularios, 10 representan alteración de la marcha como motivo de consulta (20,8%); 9 por alteración motriz (18,8%) y 9 por valoración (18,8%); y un solo caso de hidrocefalia (2,1%)

Cuadro # 61

Distribución de los niños/as atendidos en el área de terapia física del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas Enero 2008-Junio 2009, según retraso de desarrollo psicomotor en meses. Cuenca

Retraso de desarrollo psicomotor	Frecuencia	Porcentaje
Formularios retraso de desarrollo	22	45.8
5-10	11	22.9
11-15	9	18.8
16-20	1	2.1
21-25	5	10.4
Total	48	100.0

Fuente: Formularios de Terapia física
Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M.



Interpretación: De un total de 48 formularios, 22 no existen datos (45,8%); 11 representan retraso de desarrollo psicomotor entre 5-10 meses (22,9%); 9 indican un retraso entre 11-15 meses (9%); seguido de 5 casos de retraso que está entre 21-25 meses (10,4%); y por ultimo 1 solo caso que representa un retraso entre 16-20 meses (2,1%).

Cuadro# 62

Distribución de los niños/as atendidos en el área de terapia física del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas Enero 2008-Junio 2009, según diagnostico. Cuenca

Diagnostico	Frecuencia	Porcentaje
Formularios sin diagnostico	1	2.1
Retraso desarrollo psicomotor	29	60.4
PCI espástico	6	12.5
Pies planos	4	8.3
Lordosis	1	2.1
Escoliosis	1	2.1
Deformidad musculo esquelética	1	2.1
Desarrollo psicomotor normal	2	4.2
Síndrome de Down	1	2.1
Daño piramidal	2	4.2
Total	48	100.0

Fuente: Formularios de Terapia física

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M.

Interpretación: De un total de 48 formularios, 29 representan un diagnostico de retraso de desarrollo psicomotor (60,4%); 6 casos indican PCI espástico (12,5%); 4 casos demuestran la existencia de pies planos (8,3%).



Cuadro # 63

Distribución de los niños/as atendidos en el área de terapia física del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas Enero 2008-Junio 2009, según deformación de extremidades. Cuenca

Deformación de extremidades	Frecuencia	Porcentaje
Sin alteración	35	72.9
Superiores	3	6.3
Inferiores	10	20.8
Total	48	100.0

Fuente: Formularios de Terapia física

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M

Interpretación: De un total de 48 formularios, 35 casos representan sin alteración de miembros (72,9%); 10 casos tienen una deformidad de extremidades (20,8%); y tan solo 3 casos tienen deformidad de extremidades superiores (6,3%).

Cuadro # 64

Distribución de los niños/as atendidos en el área de terapia física del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas Enero 2008-Junio 2009, según tipo de deformación de extremidades. Cuenca

Tipo de deformación	Frecuencia	Porcentaje
Sin alteración	34	70.8
Pie equino	2	4.2
Genu varum	1	2.1
Pies planos	4	8.3
Asimetría de codos	1	2.1
Miembros espásticos	2	4.2
Hemimegalia	1	2.1
Acortamiento del tendón de Aquiles	1	2.1
Hallus valgus	2	4.2
Total	48	100.0

Fuente: Formularios de Terapia física

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M.

Interpretación: De un total de 48 formularios, 34 casos no representan alteración de miembros (70,8%); 4 casos tienen pies planos (8,3%).



Cuadro # 65

Distribución de los niños/as atendidos en el área de terapia física del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas Enero 2008-Junio 2009, según diagnósticos y edad en meses. Cuenca

Diagnósticos	1--12	13-24	25-36	37-48	49-60	61-72	73-84	85-96	97-108	Total
Formularios sin diagnostico	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Retraso desarrollo psicomotor	5	5	3	2	1	1	2	3	7	29
PCI espástico	1	2	1	0	1	0	0	0	1	6
Pies planos	0	0	1	1	2	0	0	0	0	4
Lordosis	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Escoliosis	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Deformidad musculo esquelética	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Desarrollo psicomotor normal	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2
Sd de Down	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Daño piramidal	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
Total	6	11	6	4	5	2	3	3	8	48

Fuente: Formularios de Terapia Física

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M.

Interpretación: De un total de 48 formularios, de los cuales 29 tienen retraso en el desarrollo psicomotor, de estos, 7 tienen una edad entre 97-108 meses; 5 tienen una edad entre 1-12 meses, 5 tienen una edad entre 13-24 meses.

La asociación de estas variables no presenta significancia estadística con un valor de p: 0.0858



Cuadro # 66

Distribución de los niños/as atendidos en el área de terapia física del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas Enero 2008-Junio 2009, según diagnósticos y sexo. Cuenca

Diagnósticos	Sexo		
	Masculino	Femenino	Total
Formularios sin datos	1	0	1
Retraso desarrollo psicomotor	16	13	29
PCI espástico	4	2	6
Pies planos	2	2	4
Lordosis	1	0	1
Escoliosis	0	1	1
Deformidad musculo esquelética	0	1	1
Desarrollo psicomotor normal	0	2	2
Síndrome de Down	1	0	1
Daño piramidal	1	1	2
Total	26	22	48

Fuente: Formularios de Terapia física

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M.

Interpretación: De un total de 48 formularios, de los cuales 29 tienen retraso en el desarrollo psicomotor, de estos 16 tienen son de sexo masculino, 13 son de sexo femenino. Existen 6 casos PCI espástico, 4 de los cuales son de sexo masculino, 2 son de sexo femenino.

La asociación de estas variables no presenta significancia estadística con un valor de $p: 0.564$



Cuadro # 67

Distribución de los niños/as atendidos en el área de terapia física del CEDIUC de la Facultad de Ciencias Médicas Enero 2008-Junio 2009, según motivo de consulta y sexo. Cuenca

Motivo de consulta	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
Formularios sin datos	1	1	2
Alteración de la marcha	5	5	10
Alteración del lenguaje	4	1	5
No gatea	2	1	3
Alteración motriz	5	9	14
No se sienta	4	6	10
No sostiene la cabeza	1	3	4
Hidrocefalia	1	1	2
Valoración	3	9	12
Total	26	22	48

Fuente: Formularios de Terapia física

Elaboración: Carlos G, Luis J, Álvaro M.

Interpretación: De un total de 48 formularios, de los cuales 14 tienen como motivo de consulta la alteración motriz, de estos 9 corresponden al sexo femenino, y 5 al sexo masculino; 12 motivos de consulta para valoración, de los cuales 9 corresponden al sexo femenino, 3 al sexo masculino; 10 tienen como motivo de consulta la alteración de la marcha, de los cuales 5 son mujeres y 5 varones.

La asociación de estas variables no presenta significancia estadística con un valor de $p: 0.763$



CAPITULO V

DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó a través del análisis de las fichas clínicas de las áreas del CEDIUC, cuya información se recolectó en formularios elaborados para cada una de las áreas, en las cuales se obtuvieron los siguientes resultados: en enfermería se analizaron un total de 270 ingresos, los que se distribuyeron en las distintas áreas, de los cuales en el departamento de fonoaudiología se atendieron a 113 niños/as, en el área de psicología se atendieron a 171 niños/as, en estimulación temprana se evaluaron a 142 niños/as, en el área de nutrición fueron atendidos 48 niños/as, y por último en el área de terapia física fueron atendidos 98 niños/as.

La suma de los niños atendidos en las diferentes áreas, supera el total de 270 ingresos registrados por enfermería, por el hecho de que varios niños/as podrían haber sido atendidos en más de un área.

Por otra parte, la información obtenida por el personal del CEDIUC no es completa, ya que podría deberse a que los niños/as no asistieron a sus terapias respectivas; pudieron haber sido retirados por sus representantes o por ingreso incompleto de los datos en las fichas clínicas por el personal de cada departamento, debido a que parte de la información se encuentra ingresada en el sistema computarizado y otra parte se encuentra en las carpetas de los departamentos.

Hemos observado además, que la mayor afluencia de niños/as en el CEDIUC se presenta en los primeros seis meses de cada año, lo que podría deberse a que se continúa con el tratamiento por el siguiente año ya que se reabre la ficha clínica de los niños/as que necesiten continuarlo, constando como un nuevo ingreso, o que se da mayor número de altas al final de cada año.



Un estudio, PRUNAPE (Prueba Nacional de Pesquisa de Trastornos del Desarrollo) en Argentina, 96 niños se evaluaron por un equipo multidisciplinario; los diagnósticos fueron: normal, trastorno generalizado del desarrollo; trastornos del lenguaje o comunicación; parálisis cerebral; lo que comparado con nuestro estudio concuerda ya que en los niños/as del CEDIUC estos diagnósticos son los que predominan.

De 600 niños chilenos sanos (324 hombres y 276 mujeres), entre 1 y 15 años. En la cual 22% de los niños presentaron pie plano flexible, la distribución por edad mostró un gran predominio en menores de 3 años; lo que comparado con nuestro estudio en el área de terapia física el pie plano predomina en la edad entre 40-60 meses.

En Chile se evaluó 222 niños hasta los 6 años en Junio del 2005 hasta Junio del 2006. Se investigó el retraso en el desarrollo psicomotor y se presentaron las siguientes incidencias: 0-2 meses de vida 16,37%, 3-5 meses 0%, 6-11 meses 5,45%, 12-17 meses 8,1%, de 18-23 meses 26,9%, de 24-47 meses 5,45% y finalmente de 48-71 meses 38,02% del total de pacientes. Lo que se concluye en relación con nuestro estudio la edad de retraso de desarrollo psicomotor esta en mayor frecuencia entre 97 a 108 meses.



CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

Nuestro estudio se realizó en base a la recolección de datos de las diferentes áreas de CEDIUC a partir de las fichas clínicas con la aplicación de formularios por área. En asociación de los resultados se concluye lo siguiente:

- De los 270 niños/as atendidos en el área de enfermería encontramos el rango de edad más frecuente entre 25-36 meses con un 23%; y en cuanto al sexo acuden con mayor frecuencia los niños con 63% en comparación de las niñas en un 36,7%.
- El periodo de más concurrencia se observa entre los meses de enero-junio en el 2008 de 44,8% y en el 2009 37,4%; y en cuanto a la procedencia son más frecuentes de la ciudad de Cuenca con un 85,2%.
- Según los motivos de consulta los niños/as acuden por problemas de lenguaje que corresponde al 51,9%, a diferencia de la valoración del estado nutricional que corresponde al 1,5%.
- En el área de Fonoaudiología de 113 fichas analizadas, encontramos que el diagnóstico que se presenta con mayor frecuencia entre los niños/as, es el Retraso en el Desarrollo del Lenguaje con un 51.3% que corresponde a 58 formularios; le sigue la Dislalia con un 27,4% correspondiendo a 31 formularios.
- En el área de Estimulación Temprana de 142 fichas analizadas el diagnóstico que se presenta es Retraso en el Desarrollo y el test más aplicado es el Brunet Lezzine Baby Test en 76 casos correspondiendo a un 71,02%.



- Según Brunet Lezzine Baby Test, indica que el rango de edad con mayor afección está entre 13-24 meses con 24 niños, y en cuanto al sexo es el masculino con un 19,8%.
- De 171 de fichas analizadas del área de Psicología, encontramos que 52 de los formularios que corresponden al 30,4% no tienen diagnóstico. El diagnóstico que se presenta con mayor frecuencia entre los niños/as, es La Familia Disfuncional con un total de 41 formularios que corresponden al 24%.
- De un total de 98 casos en el área de Nutrición, 42 están en un estado nutricional Normal (42,9%); 14 casos en Desnutrición moderada (14,3%); y 14 casos en una desnutrición Severa (14,3%).
- En el área de Nutrición de un total de 98 formularios, el diagnóstico más frecuente en 42 están en un Estado Nutricional Normal, 28 de los cuales son de sexo masculino y 14 de sexo femenino. Encontramos 14 casos con diagnóstico de Desnutrición Severa, de los cuales 9 son de sexo femenino y 5 de sexo masculino.
- En el área de terapia física de un total de 48 formularios, 29 representan un diagnóstico de Retraso de Desarrollo Psicomotor que corresponde a un 60,4%.

6.2. RECOMENDACIONES

- Recomendamos que para futuras investigaciones las fichas clínicas de cada departamento deban ser llenadas completamente con el fin de no dejar datos vacíos en la información de los niños/as atendidos en el CEDIUC.
- Organizar de las fichas clínicas por departamento en el sistema de cómputo de cada área.



Universidad de Cuenca

- Realizar actividades en conjunto con otros centros de la provincia del Azuay que se han enumerado en esta investigación para crear un sistema de referencia- contra referencia.
- Realizar actividades que promuevan la información a los padres de familia sobre los trastornos del desarrollo en sus niños/as para así evitar el impacto que representan algunas enfermedades sobre todo las graves.
- Regular el número de personal en los diferentes departamentos del CEDIUC e incluyendo a los especialistas, para mejorar el diagnóstico y la atención en dicho centro.
- Realizar un estudio similar a este, en conjunto con otros departamentos de la provincia del Azuay y tener mayor información sobre los trastornos del desarrollo en los niños/as.



CAPITULO VII

BIBLIOGRAFIA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) University of Virginia Health System. La Salud Mental de Niños y Adolescentes, los Trastornos del Desarrollo. Julio del 2009. Disponible en http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/peds_mentalhealth_sp/ddhub.cfm
- (2) FOSTER Jorge, EL NIÑO CON PROBLEMAS DE CONDUCTA Y/O APRENDIZAJE ESCOLAR Pontificia universidad católica de la universidad de chile. Disponible en <http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualPed/ProbCond.html> (MANUAL DE PEDIATRIA)
- (3) KLEINKUECHT. Marcela. Retraso simple del lenguaje. Julio 2009. Disponible en <http://www.psicopedagogia.com/articulos/?articulo=370>.
- (4) HINCAPIE, Liliana. PROPIEDADES LINGÜÍSTICAS DE LOS TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE. Bogotá. Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342007000100004&lng=en&nrm=iso. Julio 2010.
- (5) SCHONHAUTB Luisa. Problemas auditivos en preescolares, según estudio audiológico y percepción de educadores. Diciembre 2005. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062006000300003&lng=es. doi: 10.4067/S0370-41062006000300003.
- (6) MONTIEL-NAVA, Cecilia, MONTIEL-BARBERO, Isabel y PENA, Joaquín A. Presentación clínica del trastorno por déficit de atención-hiperactividad como función del género. *Invest. clín*, dic. 2007, vol.48, no.4, p.459-468. ISSN 0535-5133).
- (7) URZÚA ALFONSO. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Niños Escolarizados. Agosto 2009. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062009000400004&lng=es. doi: 10.4067/S0370-41062009000400004



- (8) MARTÍNEZ. José William. Agresividad en los escolares y su relación con las normas familiares. Septiembre 2008. Disponible en www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502008000300007&lng=en.
- (9) PEREZ. A. Verdú. Unidad de Neurología Pediátrica del hospital Virgen de la Salud-Toledo. Retraso del desarrollo psicomotor. 2008. Disponible en: www.arsxxi.com/.../NeurologiaSuplementos/.../119030800020008.pdf
- (10) PRUNAPE: pesquisa de trastornos del desarrollo psicomotor en el primer nivel de atención, *Revista scielo. Sociedad Argentina de pediatría.*, 2009 Disponible en: www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci...pid.
- (11) Arica -Chile. Efectos de un Programa de Mejoramiento de la Postura, 2009. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022009000100004&lng=es&nrm=iso,
- (12) BAAR, A; IBAÑEZ, A; GANA N. Revista chilena de pediatría. Pie plano flexible, Santiago- Chile, Agosto 2006. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062006000400003&script=sci_arttext
- (13) Revista pediátrica electrónica, Alteración del desarrollo psicomotor experiencia en la atención primaria, Universidad de Chile, 2006, disponible en: www.revistapediatria.cl/vol3num2/resumen4.htm (Accezado 12 de julio del 2010)
- (14) Revista Pediátrica en Atención Primaria v.11 n.41, Importancia de la vigilancia del desarrollo psicomotor por el pediatra de Atención Primaria, Madri, 2009. Disponible en: scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext
- (15) Universidad de Chile, Intervención temprana en prematuros, 2004, Disponible en: www.revistaterapiaocupacional.cl/.../0,1371,SCID=14188%26ISID=498,00.html.



- (16) Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, Desarrollo Alejado de Niños Nacidos Prematuros, Argentina, 2008, Disponible: redalyc.uaemex.mx/pdf/912/91211281004.pdf
- (17) ANALES DE OTORRINOLARINGOLOGIA MEXICANA Volumen 47, Núm. 3, Estudio comparativo del desarrollo psicomotor en niños de gesta I y III de 3 años de edad, de nivel socioeconómico bajo, con hermanos y sin hermanos, México. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/anaotomex/aom-2002/aom023f.pdf
- (18) Revista Cubana de Medicina General Integral, Retardo en el neurodesarrollo en niños de la Habana Vieja Cuba, 2008, disponible en: scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864...script=sci_arttext
- (19) PATIÑO SANCHEZ “Camino a la inclusión- Educando con amor” 1ª edición. Cuenca. 2010
- (20) Libro Blanco de la Atención Temprana, trastornos del desarrollo, disponible en <http://www.docstoc.com/docs/5461427/Libro-Blanco-de-la-Atenci%C3%B3n-Temprana>.
- (21) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Revisado 15 de junio 2010, Disponible en: http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/development/es/index.html
- (22) FOSTER Jorge, EL NIÑO CON PROBLEMAS DE CONDUCTA Y/O APRENDIZAJE ESCOLAR Pontificia universidad católica de la universidad de chile, Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualPed/ProbCond.html>.
- (23) Universidad de Virginia. Síndrome de Turner. Charlottesville, VA 22908,2008. Disponible en: www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/peds_genetics_sp/turner.cfm - 26k -
- (24) - National Síndrome down society. Síndrome de down. New York. 2007, disponible en: www.nacersano.org/centro/9388_9974.asp - 108k -



- (25) ROSENBLUM Laurie B., MPH. Síndrome de Klinefelter. 2007. Disponible: Healthlibrary.epnet.com/getcontent.aspx?Token=0d429707-b7e1-4147-9947abca6797a602&chunkid... - 18k –
- (26) C. Robert. Evaluación de la audición en los niños(as). Revista KidsHealth. 2006, disponible en: new.medigraphic.com/cgi-
- (27) VALENCIA Juan Pedro. Agresividad infantil. 2007. Disponible en: www.todopapas.com/gen_content.php?nro=353
- (28) Autismo-Revista Wikipedia. 2009-, revisado 3 de marzo 2010. Disponible en: es.wikipedia.org/wiki/Autismo - 109k –
- (29) Retraso en el desarrollo, LOGOPEDI AREVISTA, disponible en <http://www.apepalen.cyl.com/diversidad/diver/logope/retleng.htm>, revisado 25 de junio 2010
- (30) KLEINKUECHT Marcela *et al.* Retraso simple del lenguaje. Psicopedagogía.com, (revista-on-line), viernes 10 de julio 2009, <http://www.psicopedagogia.com/articulos/?articulo=370>. (retraso simple del lenguaje)
- (31) SORIA Arturo, Dislalias. Fonema logopedia, (revista-on-line), viernes 10 de julio 2009, <http://www.apepalen.cyl.com/diversidad/diver/logope/habla/dislalias.htm>
- (32) ALTUNA Diana, Dislalias. Educación Inicial.com, (revista-on-line), viernes 10 de julio 2009, <http://www.educacioninicial.com/ei/contenidos/00/2150/2155.ASP> (portal de la educación inicial)
- (33) CUEVAS Macías Isabel, Gabinete Logopédico y Pedagógico 2005, revisado 20 de junio 2010, disponible en (<http://www.logopedia-granada.com/dislalia.htm>)
- (34) Psicología para la Educación para Padres y Profesionales. Revisado 20 de enero 2010. Disponible en: <http://www.psicopedagogia.com/disfemia>



(35) DE GOYA Francisco, Disfemias Tartamudez, Gabinete Psicopedagógico Logopedia.Madrid. revisado 03 de marzo 2010. Disponible en: <http://www.centro-ide.com/disfemia/disfemia.asp>

(36) Trastornos vinculados a factores psicológicos, DISFEMIA, Guía de detección y encuadre. Revisado 4 de febrero 2010. Disponible en <http://www.aidex.es/lenguaje/taller1/disfemia.htm>

(37) PEQUELIA, SOBREPROTECCION revisado 5 de enero 2010 Disponible en: <http://pequelia.es/16368/sobreproteccion-infantil/>

(38)Trastornos de la personalidad, Revista electrónica, 1 de junio de 2007, revisado 16 de febrero 2010. Disponible en: <http://www.bebesymas.com/salud-infantil/trastornos-de-personalidad-en-los-ninos-como-consecuencia-de-la-permisividad-y-la-sobreproteccion.>

(39) CILAG Janssen S.A. 2001-2010. Trastornohiperactividad, Última actualización: 20 julio 2010 revisado 12 de junio 2010, Disponible en: http://www.trastornohiperactividad.com/bgdisplay.jhtml?itemname=info_what_is

(40)MEDLINE. Trastornos de hiperactividad, Página actualizada 01 julio 2010 revisado 16 de enero 2010 disponible en : <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001551.htm>

(41) Martí Cholbi Gloria, LA AGRESIVIDAD INFANTIL, revisado 12 de junio 2010, disponible en: http://www.psicologoescolar.com/ARTICULOS/PAGINAS_DE_ARTICULOS/denia_gloria_marti_agresividad_infantil.htm

(42)Psicología para la educación para padres y profesionales, pagina virtual. Revisado 20 de enero 2010. Disponible en: <http://www.psicopedagogia.com/articulos/?articulo=392>



- (43) Pagina virtual.Disponible en:
http://www.aibarra.org/Neonatologia/capitulo23/Profesionales/Desarrollo_psicomotor/default.htm Año: 01/08/2007).
- (44) International Journal of Morphology. Prevalencia de Alteraciones Posturales en niños de Arica -Chile. Efectos de un Programa de Mejoramiento de la Postura, 2009. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022009000100004&lng=es&nrm=iso
- (45) ARCE. Carlos. Defectos posturales de miembros inferiores (Sitio en Internet). Lima-Perú. Disponible en <http://www.arcesw.com/dpmi.htm>. Enero 2005
- (46) HERNÁNDEZ. R; HERNÁNDEZ. H. Alteraciones ortopédicas frecuentes Disponible en <http://74.125.47.132/search?q=cache:LIqYCi4CQRUJ:vallejojames.googlepages.com/AlteracionesOrtopdicasFrecuentes.doc+Alteraciones+Ortop%C3%A9dicas+en+ninos&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=ec>
- (47) AVENDAÑO. H. Centro Médico Quilicura. Disponible en <http://www.raymedic.cl/revista/3/pie-plano>. 2008
- (48) El pie plano. Enero 2009. Disponible en http://www.tuotromedico.com/temas/pie_plano.htm
- (49) American College of Foot and Ankle Surgeons. El pie y el tobillo. Febrero 2005. Disponible en <http://www.footphysicians.com/espanol/pie-plano-pedi%C3%A1trico.htm>
- (50) Para padres>La salud general>Trastornos ortopédicos más frecuentes en la infancia. Abril 2008. Disponible en http://kidshealth.org/parent/en_espanol/general/common_ortho_esp.html
- (51) DIAZ.T.Genu Valgum.. Marzo 2006. Disponible en http://www.abcpediatrica.com/index.php?option=com_content&task=view&id=2557&Itemid=26



- (52) BARRERA. Pedro. Disponible en:
http://www.pediatraldia.cl/rodillas_hacia_adentro.htm Año 2007
- (53) STEVENS.Peterr, Genu Valgun Pediatrics. University of Utah School of Medicine. Jul 19, 2007.Disponible en
<http://emedicine.medscape.com/article/1259772-overview>
- (54) MEDLINE PLUS. ENCICLOPEDIA MEDICA EN ESPAÑOL. Mayo 2009. Disponible en <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001585.htm>
- (55) Centro Caren, Paralisis Cerebral Infantil. Revisado 15 de febrero 2010. Disponible en: <http://www.neurorehabilitacion.com/hidrocefalia.htm#.2009>
- (56) Centro Caren, revisado 15 de febrero 2010 Disponible en:
[:http://74.125.47.132/search?q=cache:zGoIWwXZ62YJ:www.aeped.es/protocolos/neurologia/36pci.pdf+paralisis+cerebral+infantil&cd=3&hl=es&ct=clnk&gl=ec](http://74.125.47.132/search?q=cache:zGoIWwXZ62YJ:www.aeped.es/protocolos/neurologia/36pci.pdf+paralisis+cerebral+infantil&cd=3&hl=es&ct=clnk&gl=ec)
- (57) FamilyDoctor.org Health information for the wole family. Enero 2006. Disponible en
<http://familydoctor.org/online/famdoces/home/children/parents/special/bone/107.html>
- (58) University of Virginia. Los Trastornos de la Columna Vertebral, el Hombro y la Pelvis. Disponible en
http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult_spine_sp/kyphosis.cfm
- (59) Natación terapéutica de Venezuela. Junio 5 de 2009. Disponible en
<http://www.natacionterapeutica venezuela.com.ve/modules.php?name=Rehabilitacion&file=patolg/lordosis>.
- (60) CLINICA BERSANT. Medicina integrativa del 2009. Disponible en
<http://www.bersant.cl/bibliotecas/patologias/hiperlordosis.html> CLINICA BERSANT medicina integrativa año 2009



CAPITULO VIII 8 ANEXOS

UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESTUDIO DESCRIPTIVO – RETROSPECTIVO SOBRE RETRASO EN EL DESARROLLO EN NIÑOS DEL CEDIUC PERIODO ENERO 2008- JUNIO 2009, CUENCA.

AREA DE ENFERMERIA:

1. **Formulario #**
2. **Numero de historia clínica**
3. **Datos generales de el/la paciente.**
4. **Edad:.....**
5. **Sexo: masculino Femenino**
6. **Procedencia:_____**
7. **Datos antropométricos.**
 - 8.1. Talla:.....
 - 8.2. Peso:.....
 - 8.3. IMC:.....
8. **Motivo de consulta:**
9. **Riesgo de embarazo**
 - 9.1. Edad de la madre en el embarazo:
 - 9.2. Paridad:
 - 9.2.1. Primipara
 - 9.2.2. Multipara
 - 9.3. Instrucción de la madre:
 - 9.3.1. Primaria
 - 9.3.2. Secundaria
 - 9.3.3. Superior
 - 9.3.4. Analfabeta
 - 9.4. Estado nutricional:
 - 9.4.1. Obesidad
 - 9.4.2. Normal
 - 9.4.3. Desnutrición
 - 9.5. Exposición a sustancias tóxicas:
 - 9.5.1. Alcohol SI NO



Universidad de Cuenca

9.5.2. Tabaco SI NO

9.5.3. Drogas SI NO

9.5.4. Medicación SI NO

10.10.5. Exposición a pesticidas

9.3. Semanas de gestación:

9.7. Embarazo:

9.7.1. Unico

9.7.2. Gemelar

9.7.3. Múltiple

9.8. Número de abortos:

9.9. Sangrados vaginales: SI NO

9.10. Enfermedades durante el embarazo: SI NO

10) Periodo natal

10.1. Tipo de parto:

10.1.1. Parto a término

10.1.2. Parto Pre-término

10.1.3. Parto Pos-término

10.1.4. Parto Eutócico

10.1.5. Parto Distócico

10.1.6. Parto por Cesárea

10.1.7. Parto Espontaneo

10.1.8. Parto inducido o estimulado

11.2. Apgar: minuto 1..... minuto 5.....

11.3. Peso:

11.4. Talla:

11.5. Sufrimiento fetal: S - NO

11) Vacunación:

BCG

PENTA 1 VOP1

PENTA 2 VOP2

PENTA 3 VOP3

Srp, Anti-sarampión, SR

PENTA -VOPr

Responsable:

Fecha:



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESTUDIO DESCRIPTIVO - RETROSPECTIVO DEL RETRASO EN EL
DESARROLLO EN NIÑOS DEL CEDIUC DE LA CIUDAD DE CUENCA
PERIODO 2008-2009

AREA DE LENGUAJE

- 1. Formulario #.....
2. Numero de historia clínica:
3. Edad:
4. Sexo: Masculino [] Femenino []
5. Motivo de consulta:
.....

DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO

- 1. Edad de balbuceo.....
2. Edad de vocalización.....
3. Edad de silabeo.....
4. Edad del comienzo de juego bocal.....
5. Edad de pronunciación de las primeras palabras.....
6. Edad de combinación de palabras (mamá va ó mira perro).....
7. Edad del comienzo de decir oraciones cortas.....
8. DIAGNOSTICO:

Responsable:

Fecha:



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESTUDIO DESCRIPTIVO – RETROSPECTIVO SOBRE RETRASO EN EL
DESARROLLO EN NIÑOS DEL CEDIUC PERIODO ENERO 2008- JUNIO 2009,
CUENCA.

AREA DE ESTIMULACION TEMPRANA:

- 6. Formulario #.....
7. Numero de historia clínica.....
8. Sexo: Masculino.... Femenino
9. Motivo de consulta:
10. Primera evaluación:
5.1 Edad real..... 5.2 Fecha de evaluación:.....
5.3 Número de meses de retraso de desarrollo según test de estimulación temprana:
5.3.1. Test de brunet lezzine (baby): Meses
5.3.2. Test de brunet lezzine (forma rápida) Meses
5.3.3. Guía portage: %
5.3.4. Badyg A test:
5.3.4.1. Muy bajo []
5.3.4.2. Bajo []
5.3.4.3. Medio bajo []
5.3.4.4. Medio []
5.3.4.5. Medio alto []
5.3.4.6. Alto []
5.3.4.7. Muy alto []
5.4. Guía Argentina: Meses
11. Primera evaluación:
6.1 Edad real..... 6.2 Fecha de evaluación:.....
6.3 Número de meses de retraso de desarrollo según test de estimulación temprana:
6.3.1. Test de brunet lezzine (baby): Meses
6.3.2. Test de brunet lezzine (forma rápida)..... Meses
6.3.3. Guía portage: %
6.3.4. Badyg A test:
6.3.4.1. Muy bajo []
6.3.4.2. Bajo []
6.3.4.3. Medio bajo []
6.3.4.4. Medio []
6.3.4.5. Medio alto []
6.3.4.6. Alto []
6.3.4.7. Muy alto []
6.4. Guía Argentina: Meses

Responsable: Fecha:



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESTUDIO DESCRIPTIVO – RETROSPECTIVO SOBRE RETRASO EN EL
DESARROLLO EN NIÑOS DEL CEDIUC PERIODO ENERO 2008- JUNIO 2009,
CUENCA.

AREA DE NUTRICIÓN:

1. Formulario # _____
2. Numero de historia clínica: _____
3. Edad: Años: _____ Meses: _____
4. Sexo: Masculino: Femenino:
5. Datos antropométricos.
 - 8.1. Talla: _____
 - 8.2. Peso: _____
 - 8.3. IMC: _____
6. Indicadores: P/T T/E P/E
7. Diagnostico nutricional:
 - 7.1. Sobrepeso
 - 7.2. Obesidad I
 - 7.3. Obesidad II
 - 7.4. Normal
 - 7.5. Desnutrición leve
 - 7.6. Desnutrición moderada
 - 7.7. Desnutrición grave
8. Tiempo de lactancia
9. Tiempo de alimentación láctea exclusiva: Meses
10. Consumo de suplemento dietético: SI - NO
11. Alergias alimentarias: SI - NO
12. Frecuencia de consumo de alimentos en el día:

Responsable:

Fecha:



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESTUDIO DESCRIPTIVO - RETROSPECTIVO DEL RETRASO EN EL
DESARROLLO EN NIÑOS DEL CEDIUC DE LA CIUDAD DE CUENCA
2008-2009

AREA DE PSICOLOGIA

1. Formulario #.....
2. Numero de historia clínica:
3. Edad:
4. Sexo: Masculino Femenino
5. Motivo de consulta:
.....

Historia personal:

Embarazo Planificado: SI NO

Embarazo Deseado: SI NO

Pruebas Psicológicas:

1. Aplicación de test de Goodenough – Harris: SI NO
2. Aplicación de test de Raven escala especial: SI NO
3. Aplicación de test de Terman Merrill: SI NO
4. Aplicación de test de Goodar: SI NO
5. Escala de Connors (hiperactividad): SI NO
6. EDAH (déficit de atención por hiperactividad): SI NO
7. Escala de desarrollo de Secadas: SI NO
8. Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil (CUMANIN): SI NO
9. Escala de Indicadores Emocionales (D.H.F): SI NO
10. Diagnóstico.....

Responsable:

Fecha:



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESTUDIO DESCRIPTIVO - RETROSPECTIVO SOBRE RETRASO EN EL
DESARROLLO EN NIÑOS DEL CEDIUC PERIODO
ENERO 2008-JUNIO 2009, CUENCA

AREA DE TERAPIA FISICA:

13. Formulario # _____

14. Numero de historia clínica: _____

15. Datos generales de el/la paciente:

16. Edad: _____

17. Sexo: Masculino: Femenino:

18. Procedencia: _____

19. Datos antropométricos.

7.1. Talla: _____

7.2. Peso: _____

7.3. IMC: _____

20. Motivo de consulta: _____

21. Test de reflejos primitivos:

9.1 Años: _____

9.2 Numero de años de retraso: _____

10. Acortamiento de miembros:

SI NO

10.1 Superiores: derecho izquierdo

10.2 Inferiores: derecho izquierdo

Tipo de deformación _____

11. Deformación de miembros:

SI NO

11.1 Superiores: SI NO

11.2 Inferiores: SI NO

Tipo de deformación: _____

12. Deformación del tórax:



SI NO

Tipo de deformación_____

13. Abducción de las caderas:

13.1 Simétrico: SI NO

13.2 Asimétrico: SI NO

13.3 Limitado bilateralmente: SI NO

14. Escoliosis:

SI NO

15. Altura de los hombros:

15.1 Simétrico: SI NO

15.2 Asimétrico: SI NO

Responsable:

Fecha: