



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA

CARRERA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN SALUD

**Evaluación del Desarrollo Psicomotor en niños/as de los Centros Infantiles
“Angelitos, San Francisco y Huayna Cápac”, Cuenca, 2016.**

**Proyecto de investigación previa a la obtención del Título de
Licenciado(a) en Estimulación Temprana en Salud**

**AUTORES: Fabián Patricio Álvarez Cárdenas
C.I. 0105488274**

**Andrea Johanna Fajardo Coronel
C.I. 0105814578**

**DIRECTORA: Mgst. Blanca Cecilia Villalta Chungata
C.I. 0104644265**

**ASESORA: Dra. Tania Lorena Pesantez Díaz
C.I. 0102347655**

CUENCA – ECUADOR

2017



RESUMEN

Antecedentes:

El Desarrollo Psicomotor es fundamental para el desarrollo del niño/a durante su primera infancia, aquí se desarrollaran sus habilidades motoras, cognitivas, lenguaje y sociales, por lo que su evaluación correcta permite detectar algún retraso y así, aplicar una correcta intervención temprana lo más eficaz posible. (1)

Objetivo general: Evaluar el Desarrollo Psicomotor en niños/as de los Centros Infantiles “Angelitos, San Francisco y Huayna Cápac” Cuenca, 2016.

Metodología: Este es un estudio descriptivo, el método a utilizarse es el cuantitativo de corte transversal. La técnica utilizada fue la Observación y Evaluación directa a los niños/as motivo de estudio utilizando la escala de Desarrollo Psicomotor de la Primera Infancia Brunet-Lézine Versión Revisada en su forma Baby test. La información se recolectó mediante el software SPSS V18 las medidas estadísticas que se utilizaron en el desarrollo de la tabulación de datos fueron frecuencias, medidas de tendencia central, tablas y gráficos según las variables.

Conclusión: Nuestra investigación según el test Brunet-Lezine Versión Revisada determinó que el 5,5% presentan Retraso del Desarrollo Psicomotor Global, del cual el 3,3% son hombres. El mayor porcentaje de retraso se presenta en las mujeres en las 4 áreas, siendo las de mayor porcentaje Lenguaje y Social

Uso de los resultados: Los resultados serán publicados en la biblioteca de la Universidad de Cuenca para conocimientos de profesionales en Estimulación Temprana, estudiantes y carreras afines, así como público en general.

Palabras claves: DESARROLLO PSICOMOTOR, TEST BRUNET-LEZINE VERSION REVISADA



ABSTRACT

Background:

The Psychomotor Development is fundamental to the development of the child during his/her early childhood, their motor skills, cognitive, language and social skills will be developed, so that a correct assessment of the Psychomotor Development allows the detection of retardation in order to apply a correct early intervention as effectively as possible. (1)

General Objective: To assess the Psychomotor Development in children from the kindergarten institutes: "Angelitos, San Francisco, and Huayna Capac" Cuenca, 2016.

Methodology: This is a descriptive study; the method to be used is the quantitative cross-sectional study. The technique was the direct Observation and Assessment of children, who were part of the study, using the scale of the Psychomotor Development of the Early Childhood Brunet Lezine Revised Version in its Baby test way. The information was collected using the software SPSS V18, the statistical measures, which were used in the development of the tabulation of data, were frequencies, measures of central tendency, graphics and charts according to the variables.

Conclusion: Our research, according to Lezine Brunet test revised version, determined that the 5,5% displayed a Global Psychomotor Development Retardation, of which 3,3% are men. The highest percentage of retardation occurs in the women in the 4 areas, having the highest percentage the ones of Language and Social.

Results' usage: The results will be published in the University of Cuenca's library for the knowledge of professionals in Early Stimulation, students and related careers, as well as general public.

Key words: PSYCHOMOTOR DEVELOPMENT, BRUNET-LEZINE TEST REVISED VERSION.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
DEDICATORIA	11
AGRADECIMIENTO	12
CAPÍTULO I	13
1. MARCO REFERENCIAL	13
1.1. INTRODUCCIÓN:.....	13
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.3. JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS.....	14
1.4. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....	15
1.4.1. OBJETIVO GENERAL:.....	15
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	15
CAPÍTULO II	16
MARCO TEÓRICO	16
UNIDAD I	16
2.1.1. GENERALIDADES:	16
2.1.2. CARACTERÍSTICAS PSICOMOTRICES EN NIÑOS DE 17 A 30 MESES.....	20
A. Teoría del desarrollo psicomotor de Jean Piaget:.....	20
B. Teoría del desarrollo psicomotor de Arnold Gesell:	22
C. Teoría del desarrollo psicomotor de Julián Ajuriaguerra:	23
D. Teoría del desarrollo psicomotor de Sigmund Freud	24
E. Teoría del desarrollo psicomotor de Vygotsky:	25
F. Teoría del desarrollo de Emmie Pickler	27
G. Teoría del desarrollo psicomotor de Jerome. S. Bruner	27
UNIDAD II	29
2. ALTERACIONES O PROBLEMAS EN EL DESARROLLO	29
2.1 GENERALIDADES:	29



2.2.1. PRINCIPALES ALTERACIONES O PROBLEMAS EN EL DESARROLLO	29
A. TRASTORNO EN EL DESARROLLO MOTRIZ.	29
B. TRASTORNO EN EL DESARROLLO COGNITIVO	30
C. TRASTORNO EN EL DESARROLLO SENSORIAL.	30
D. TRASTORNO EN EL DESARROLLO DEL LENGUAJE.	31
E. TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO.....	31
F. TRASTORNO DE LA CONDUCTA.	32
G. TRASTORNOS EMOCIONALES.	32
H. TRASTORNO EN EL DESARROLLO DE LA EXPRESIÓN SOMÁTICA.	33
I. RETRASO EVOLUTIVO.....	33
2.2.2. ALTERACIONES O PROBLEMAS EN EL DESARROLLO	34
SEGÚN EL DSM 5	34
2.2.2 .1 TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO	34
2.2.3 IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LOS PROBLEMAS DEL DESARROLLO.....	36
UNIDAD III	38
2.3. ESCALA DE DESARROLLO PSICOMOTOR DE LA PRIMERA INFANCIA REVISADA	38
2.3.1. GENERALIDADES:	38
2.3.2. ÁREAS DE ESTUDIO:	39
2.3.3. TIPOS:.....	40
2.3.4. APLICACIÓN:.....	42
2.3.5. RESULTADOS:	44
CAPÍTULO III	45
3. OBJETIVOS:.....	45
3.1. OBJETIVO GENERAL:.....	45
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	45
CAPITULO IV	45
MARCO METODOLÓGICO	45
4. DISEÑO METODOLOGICO:	45
4.1 TIPO DE ESTUDIO:	45



4.2 AREA DE ESTUDIO:	45
4.3 UNIVERSO:	46
4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:	46
4.5. VARIABLES:.....	46
4.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:.....	47
4.7. METODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:.....	48
4.9 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS	49
4.10 ASPECTOS ÉTICOS	49
CAPÍTULO V	50
5. ANALISIS DE RESULTADOS	50
CAPÍTULO VI	59
6.1 DISCUSIÓN:	59
6.2 CONCLUSIONES:.....	60
6.3 RECOMENDACIONES.....	61
CAPÍTULO VII	62
7.1 MATERIAL DE REFERENCIA.....	62
7.2 BIBLIOGRAFÍA.....	65
CAPÍTULO VIII	72
8.1 ANEXOS	72



DERECHOS DE AUTOR

Yo, Fabián Patricio Álvarez Cárdenas, autor de la tesis “**Evaluación del Desarrollo Psicomotor en niños/as de los Centros Infantiles “Angelitos, San Francisco y Huayna Cápac”, Cuenca, 2016**” reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal C) de su reglamento de Propiedad intelectual, de publicar este trabajo en cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención del título de licenciado en Estimulación Temprana en Salud. El uso que a la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicara afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 25 de abril del 2017

Fabián Patricio Álvarez Cárdenas

C. I. 0105488274



DERECHOS DE AUTOR

Yo, Andrea Johanna Fajardo Coronel, autora de la tesis **“Evaluación del Desarrollo Psicomotor en niñas de los Centros Infantiles “Angelitos, San Francisco y Huayna Cápac”, Cuenca, 2016”** reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal C) de su reglamento de Propiedad intelectual, de publicar este trabajo en cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención del título de licenciada en Estimulación Temprana en Salud. El uso que a la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicara afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 25 de abril del 2017

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Andrea F.', written over a horizontal line.

Andrea Johanna Fajardo Coronel

C. I. 0105814578



RESPONSABILIDAD

Yo, Fabián Patricio Álvarez Cárdenas, autora de la tesis **“Evaluación del Desarrollo Psicomotor en niños/as de los Centros Infantiles “Angelitos, San Francisco y Huayna Cápac”, Cuenca, 2016”** certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 25 de abril del 2017

Fabián Patricio Álvarez Cárdenas

C. I. 0105488274



RESPONSABILIDAD

Yo, Andrea Johanna Fajardo Coronel, autora de la tesis **“Evaluación del Desarrollo Psicomotor en niños/as de los Centros Infantiles “Angelitos, San Francisco y Huayna Cápac”, Cuenca, 2016”** certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 25 de abril del 2017

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Andrea Fajardo Coronel', written over a horizontal line.

Andrea Johanna Fajardo Coronel

C. I. 0105814578



DEDICATORIA

Este trabajo va a dedicado a mis padres, hermanos y sobrinos.

Fabián.

Este trabajo dedico a mis padres,
que sin la comprensión y apoyo de
ellos no lo hubiera logrado.

A Dios que fue mi más grande apoyo
en los momentos difíciles.

A la persona que siempre estuvo a
mi lado para ayudarme y darme los
mejores consejos.

Andrea.



AGRADECIMIENTO

Nuestros más sinceros agradecimientos a la Lcda. Cecilia Villalta Chungata y Dra. Tania Pesantez Díaz, por sus valiosas y acertadas sugerencias, correcciones y aportes durante el desarrollo de este trabajo de investigativo, por su generosidad y colaboración al brindarnos esta oportunidad, de recurrir a su capacidad, experiencia, y amistad, fundamentales para la realización y finalización de este trabajo investigativo.

A las Directoras de los Centros Iniciales: “*Angelitos*”, Lcda. Lorena Núñez del Arco, “*Huayna Cápac*”, Lcda. Florcita y “*San Francisco*”, Lcda. Doris Gutiérrez; por el apoyo y apertura, en cada uno de sus centros iniciales que tan acertadamente dirigen.

Y también a todas las personas que de forma directa e indirectamente participaron, pues no alcanzaríamos a nombrarlos a todos ellos o ellas, y que gracias a su colaboración nos ayudaron a la realización y culminación de este trabajo con gran agrado.

Fabián P. Álvarez Cárdenas.

Andrea J. Fajardo Coronel.



CAPÍTULO I

1. MARCO REFERENCIAL

1.1. INTRODUCCIÓN:

El Test Brunet-Lézine permite evaluar las diferentes áreas de desarrollo de los niños de 2 a 30 meses y de 3 a 6 años, conocer los hitos del desarrollo evolutivo psicomotor durante la primera infancia; la determinación de la edad de desarrollo respecto a la edad real y el cociente de desarrollo. Si bien se ha utilizado en nuestro país de manera particular en nuestra ciudad desde hace aproximadamente 20 años sin embargo, al enfrentarnos a una nueva versión, surge la necesidad de realizar su análisis, pues evoca cambios sustanciales, en las destrezas, sistema de calificación, interpretación de resultados; es decir protocolos de manejo distintos .

Teniendo en cuenta que el adecuado desarrollo psicomotor de un niño menor de cinco años es la base primordial para futuros aprendizajes, resulta fundamental ejecutar esta investigación que permita facilitar la lectura e interpretación del mismo.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El retraso en el desarrollo psicomotor es uno de los problemas más frecuentes que afecta a la población infantil estas pueden ser causados por lesiones intraútero, infecciones graves o traumatismos, las cuales encasillaremos como adquiridas, sin embargo tenemos también los errores congénitos del metabolismo, y alteraciones genéticas, siendo responsables de retrasos graves en el desarrollo psicomotor como cognitivos y/o motores. (2)

Estudios realizados por la UNICEF en el 2005 en 17 países, se reveló que el promedio de Retraso del Desarrollo Psicomotor es del 23% en niños/as, existiendo variaciones entre países, desde 2% en Uzbekistán al 35% en Djibouti. (3)



A nivel de nuestro país el promedio de Retraso del Desarrollo psicomotor es de 11,4% (4)

Un estudio realizado en CDIs (Centros de Desarrollo Infantil) Urbanos de la Ciudad de Cuenca en el año 2009, se observó que el 11% de niños/as en edades comprendidas de 0 a 5 años tuvieron Retraso en Desarrollo Psicomotor, de estos el 6% sin discapacidad y 5% con discapacidad. (3)

En el Centro de desarrollo Infantil de la Universidad de Cuenca (CEDIUC) se realizó un estudio con 284 niños y niñas, y se pudo observar que el 25% presentaron un retraso del Desarrollo Psicomotor. (5)

Con estos antecedentes resulta importante aplicar escalas para determinar los parámetros de desarrollo, existiendo muchos por ejemplo Bailey, Battelle, TEPSI, Nelson Ortiz, etc.; pero en nuestro estudio utilizaremos la escala Brunet-Lezine la cual se empezó a aplicar 1951 y la última actualización se realizó en 1997.

1.3. JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS.

Teniendo en cuenta la frecuencia y la importancia de un diagnóstico temprano de los retrasos de desarrollo psicomotor, es vital, una intervención temprana, para poder disminuir consecuencias futuras como son trastornos de lenguaje cognitivas, motores y sociales, por lo que una determinación exacta de la edad o coeficiente de desarrollo será de mucha utilidad, para el cuidado y tratamiento oportuno de los niños/as.

Los profesionales en Estimulación Temprana deben estar siempre a la vanguardia, de todas las actualizaciones que se realicen en cada test, de aquí radica la importancia de realizar este estudio para evaluar el desarrollo psicomotor de la primera infancia por medio de la versión revisada de la escala Brunet-Lézine.



Los resultados serán públicos y podrán ser examinados en la biblioteca de la Universidad de Cuenca para conocimientos de profesionales en Estimulación Temprana, estudiantes y carreras afines, así como público en general.

1.4. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.

1.4.1. OBJETIVO GENERAL:

Evaluar el Desarrollo Psicomotor en niños/as de los Centros Infantiles “Angelitos, San Francisco y Huayna Cápac” Cuenca, 2016.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- A. Caracterizar la población motivo de estudio según sexo y edad.
- B. Determinar el Coeficiente de Desarrollo psicomotor en las diferentes áreas.
- C. Relacionar el Coeficiente de Desarrollo psicomotor con sexo.



CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO UNIDAD I

2.1. DESARROLLO PSICOMOTOR:

Los primeros años de vida del ser humano son vitales, ya que inciden en el desarrollo global en el niño, el mismo que tiene sus inicios desde que son bebés, al comenzar a relacionarse y aprender de su alrededor, de cada experiencia de vida obtienen progresivamente un aprendizaje significativo, este proceso de desarrollo comprende actividades continuas de exploración y selección a través del ensayo-error inicialmente, y posteriormente, de planificación progresiva e intencional, por ejemplo actividad que no interioriza el niño, no aprende. El desarrollo de habilidades motrices depende en gran medida en factores biológicos y maduración neurológica, pasando por diferentes fases como: automatismo, receptiva, experimentación y adquisición de conocimientos. A sí mismo el desarrollo psicomotor de los niños no solo depende del aspecto fisiológico, es una globalidad de lo físico-psico-social, para lograr su óptimo desarrollo. (6)

2.1.1. GENERALIDADES:

Existen dos tipos de desarrollo que tiene un niño como son:

- Un desarrollo meramente músculo-esquelético, y;
- El desarrollo cognitivo-psicológico.

Estos aspectos pueden verse diferenciados entre niños, ya sea por factores ambientales, genéticos o de su carácter, pero, la secuencia del desarrollo son las mismas en todos. Este desarrollo sigue ciertas leyes a las que está regido, entre las cuales tenemos:

- céfalo-caudal;
- próximo-distal, y;
- general-específico,



Por lo tanto hay niños que adquieren de una manera más temprana ciertos hitos de desarrollo y otros de una manera más tardía, pero siempre siguen el mismo orden de desarrollo cronológico y adecuado a las leyes de desarrollo. (7)

2.1.1.1 Evolución del desarrollo psicomotor:

Depende fundamentalmente del desarrollo neurológico del niño, lo cual para que se establezca una maduración sigue ciertas leyes: (7)

- Céfalo-caudal: El desarrollo avanza de la cabeza a los pies. Esta ley está caracterizada por la adquisición del control cefálico, tronco y miembros superiores e inferiores en ese orden, antes de la coordinación de manos y dedos;
- Próximo-distal: Se desarrolla primero lo que se encuentra más cercano al eje del cuerpo. Lo último que el niño desarrolla es la destreza al utilizar sus dedos, teniendo en cuenta, que es lo más lejano a su eje, su adquisición empieza en el tronco, hombros, codos, manos y dedos, sucesivamente, y;
- General-específico: Los movimientos van desde lo amplio a movimientos más coordinados y específicos. Al inicio las reacciones del niño se aplican como una globalidad (cuerpo), a medida que su desarrollo se ve incrementado y progresando, sus reacciones y actividades se van individualizando con diferentes partes del cuerpo y con una mayor autonomía (tronco, hombros, codos, manos, dedos), por ejemplo: puede tomar cosas pequeñas con sus dedos sin la intervención de brazos y manos.



2.1.1.2 Áreas de desarrollo psicomotor

Según la Guía Portage, que evalúa conductas de 0 a 6 años, existen 5 áreas de desarrollo. (8)

- “Socialización: Interrelaciones que va formando el niño con el medio que le rodea, tales como miembros de la familia o comunidad, etc.

Destrezas adquiridas por el niño para el comportamiento adecuado en la vida e interacción con los demás.

- Lenguaje: Es un sistema de comunicación del niño y forma parte de las funciones psicopedagógicas más significativas del ser humano.
- Autoayuda: Son las conductas y actividades que contribuyen a promover y conservar la salud física del niño. Son las destrezas que brindan autonomía al niño como miembro de la comunidad, en tareas como: vestirse, alimentarse, bañarse, usar el baño, etc. las cuales hace automáticamente, para atenderse a sí mismo.
- Cognición: Conocimiento y facultad de procesar información en las habilidades mentales del infante, las cuales tienen la finalidad de encontrar solución a un problema en la vida cotidiana del niño y también entendemos por cognición: el desarrollo de inteligencia-aprendizaje.
- Desarrollo motriz: Refiere principalmente, a los movimientos coordinados de los grandes y pequeños músculos del cuerpo. En la guía no se ve diferenciada el área entre motricidad gruesa y fina.
 - Motriz gruesa: Refiere al dominio del cuerpo, adquirido progresivamente por el niño en extremidades y tronco, con el mismo que establece equilibrio, fuerza y velocidad en sus movimientos.



- Motriz fina: Es el dominio en actividades finas y precisas que adquiere el niño, en cuanto a destrezas con manos y dedos, como son: precisión, coordinación y coordinación ojo-mano. (8)

Según la Guía Argentina, que evalúa a niños de 0 a 36 meses, consta de 6 áreas:
(9)

- “Autoasistencia: Son aquellas conductas que realiza el niño y que atribuyen a su cuidado personal y autonomía, para formar parte de los miembros de la comunidad.
- Social: Son interacciones que va desarrollando el niño para relacionarse de una manera correcta con los demás miembros de su entorno y la sociedad.
- Lenguaje: Refiere a sonidos o palabras que el niño utiliza para hacerse entender con los demás, también se considera la comunicación gestual que se da antes de la oral.
- Conocimiento: Son aquellas reacciones que presenta el niño ante los estímulos del medio que le rodea; y nuevos aprendizajes adquiridos para resolver los problemas que puedan suscitarse dentro de su desarrollo.
- Motricidad gruesa: Son todas las acciones que el niño va adquiriendo para lograr una correcta movilidad y agilidad dentro del medio en el que se desenvuelve.
- Motricidad fina: Son aquellas acciones finas que demuestra el dominio de sus manos y dedos para destrezas implicadas en la vida cotidiana, inmediata con la coordinación ojo-mano.”



Según el Brunet-Lezine (versión anterior), este evalúa de 1 a 30 meses y 36 meses a 6 años, consiste en 4 áreas. (10)

- “Área de control postural y motricidad;
- área de coordinación óculo-motriz y conducta adaptativa respecto a los objetos;
- área de lenguaje; y,
- área de sociabilidad o relaciones sociales y personales;”

2.1.2. CARACTERÍSTICAS PSICOMOTRICES EN NIÑOS DE 17 A 30 MESES

Existen varias teorías, las cuales han sido aceptadas y asumidas por los conocedores de la materia, acerca del desarrollo psicomotor del niño, a continuación, se explicará brevemente algunas de ellas:

A. Teoría del desarrollo psicomotor de Jean Piaget: Para Piaget es imposible separar los aspectos biológicos de los que hacen referencia al desarrollo cognitivo del niño, explica que el aprendizaje es un proceso de construcción constante de nuevos significados y la interacción con el ambiente.

Esta manera de desarrollarse es el llamado enfoque constructivista, en el cual cada persona es responsable de su propio aprendizaje, toda persona se desarrolla a su propio ritmo acorde a factores biológicos, orgánicos y genéticos.

Basando su investigación en el aspecto genético, describe diferentes estadios propios de los niños, desde su nacimiento donde estará predominando lo reflejo, hasta la adultez con procesos consientes y regulados por su comportamiento; pasando por un proceso de maduración inconsciente, acrecentando cada vez nuevos aprendizajes a los ya adquiridos con anterioridad.



Piaget desarrolló 4 etapas de desarrollo, las cuales son: (9)

1. **Etapas sensorio motriz.-** (el niño activo), que comprende de 0 a 1 y medio años aproximadamente. La misma que se caracteriza porque los niños aprenden la conducta propositiva orientando a medios y fines, también la permanencia de los objetos. Por ejemplo: un bebé que tiene un sonajero en su mano, lo mueve, lo analiza y aprende, comprende que el sonajero al moverse produce un sonido;
2. **Etapas pre operacional.-** (el niño intuitivo), que comprende de 2 a 7 años aproximadamente. Caracterizada, porque el niño ya puede usar símbolos y palabras para pensar soluciones intuitivas de los problemas, pero el pensamiento está limitado por la rigidez, la centralización y el egocentrismo. En esta etapa se da el lenguaje, el juego simbólico, la representación de objetos ausentes con palabras, pero es incapaz de realizar operaciones lógicamente pensadas y planeadas. Por ejemplo: puede nombrar un objeto ausente, dibujar algo que ya conoce de forma intuitiva, o representar mediante su juego una escena antes vista;
3. **Etapas operacional concreta.-** (el niño práctico), que comprende de 7 a 11 años aproximadamente. Se caracteriza, porque el niño aprende las operaciones lógicas de seriación, clasificación y de conservación. El pensamiento está ligado a los fenómenos y objetos del mundo real. El pensamiento del niño es más flexible y menos rígido, puede producir operaciones lógicas en su mente y reproducir el resultado mediante el lenguaje, encuentra diferentes formas de solucionar problemas, su pensamiento es menos centrado y egocéntrico. Por ejemplo: si le pedimos a un niño que ordene 5 palos en forma ascendente de acuerdo a su tamaño, podrá hacerlo con facilidad, y;



4. **Etapas de las operaciones formales.**- (el niño reflexivo), que comprende de 11 años en adelante. Esta etapa es caracterizada, porque el niño aprende sistemas abstractos del pensamiento, que le permiten usar la lógica proporcional, el razonamiento científico y el razonamiento proporcional. El niño es capaz de realizar operaciones coherentes, de forma lógica formal como las matemáticas, en esta etapa el pensamiento hace la transición de lo real a lo posible. Por ejemplo, $15 + 8 = 10 + 13$.

B. Teoría del desarrollo psicomotor de Arnold Gesell: El desarrollo se da en función al grado de evolución de la madurez. Existe una relación entre el desarrollo y la personalidad sobre la conducta, si no existe una madurez adecuada, el ambiente no puede regular y estimular correctamente. La teoría de Gesell considera que el aprendizaje depende de los aspectos biológico y fisiológico del desarrollo y no a la inversa. “Para aprender hay que madurar, para madurar hay que crecer”. (9)

Arnold Gesell propone algunas conductas:

- **Conducta adaptativa.**- Está dedicada a las adaptaciones sensorio-motrices ante objetos y situaciones. Por ejemplo: la coordinación de movimientos oculares y manuales para alcanzar y manipular objetos. Comprende los siguientes asuntos: la utilización adecuada de la motricidad en problemas prácticos, coordinación óculo-manual para la manipulación de objetos y capacidad de adaptación ante problemas sencillos;
- **Conducta social.**- Son las reacciones personales del niño en el medio en el que se desarrolla. Por ejemplo: el control de la micción y de la defecación son exigencias culturales del medio, pero su adquisición depende primordialmente de



la madurez neuromotriz. Compuesto de factores intrínsecos del crecimiento y conductas sociales, esta conducta es precursora de la inteligencia;

- **Conducta motriz.-** Este campo hace referencia a todo lo neurológico, capacidad motora del niño y madurez. Está compuesta por movimientos corporales y coordinaciones motrices fina y gruesa, y;
- **Conducta verbal.-** En este campo incluye todas las formas de lenguaje y comunicación visible y audible. Está compuesta de comunicación visible, audible, y lenguaje articulado.

C. Teoría del desarrollo psicomotor de Julián Ajuriaguerra: Esta teoría fue elaborada como medio de modificación de conducta, a través de la utilización del movimiento del cuerpo. Lo más importante es la función tónica del cuerpo como medio de comunicación. Siendo evidente la necesidad de una madurez neurológica en cada una de las etapas de su desarrollo. (9)

Las cuales se detallan a continuación:

- **La organización del esqueleto motor.-** Donde se organiza la tonicidad de fondo y la propioceptividad, desapareciendo las reacciones primarias;
- **La organización del plano motor.-** Donde los reflejos seden espacio a una motricidad voluntaria. Además se caracteriza por el perfeccionamiento desde una perspectiva espaciotemporal de la motricidad, y;
- **La automatización.-** Donde la coordinación de los movimientos son más eficientes y se adaptan a las condiciones del medio.



D. Teoría del desarrollo psicomotor de Sigmund Freud: Según el cual, el desarrollo y la motricidad da importancia a lo corporal y la personalidad. Siendo el desarrollo psicológico considerado como una necesidad importante que debe ser satisfecha en cada una de sus etapas o por lo contrario puede producirse ciertas psicopatologías, ahora bien, los rasgos de personalidad y el carácter de la persona (fijaciones) dependen en gran medida de la cantidad de frustración y angustia que se experimente. (9)

El desarrollo humano se puede secuenciar en diferentes estadios, siendo los siguientes:

- Oral (0-18 meses). Está relacionada a la etapa de la lactancia, todo su placer se ve relacionado a la zona de la boca, por ejemplo, le interesa llevar todo a su boca como medio de exploración y le causa placer al hacerlo. Si se extiende esta etapa después de su edad de finalización se puede dar una fijación, llamada fijación oral, estos individuos en su futuro pueden ser dependientes de otros, seguidores, crédulos y perpetuos, tienen problemas como: alimentación, se comen las uñas, alcoholismo, cigarrillo.
- Anal (18 meses – 3 años). Todo el interés del niño se basa en el control y autocontrol de esfínteres, comienza a tener autonomía en sus actos. En esta etapa pueden darse problemas de estreñimiento, ya que el niño siente placer conteniendo y expulsando sus heces. La fijación en esta etapa se puede conducir a personalidades retentivas anales, esta fijación depende sobretodo de cómo fueron sus padres, muy estrictos obsesivos con la limpieza y el orden o muy descuidados y desorganizados.
- Fálica (3 - 5 – 7 años). El placer en esta etapa se centra en el falo, los niños tienen orgullo de tenerlo y las niñas lo envidia. Comienza la etapa en que las niñas



se preguntan porque no tienen pene, niños y niñas comienzan a explorar su cuerpo. En esta etapa los niños experimentan un enamoramiento hacia su madre, ven a su padre como competidor y temen el ser castrado. En esta fase puede darse el complejo de Edipo. Lo normal es que se identifiquen con sus padres y se olviden de su madre. Cuando se da una fijación en esta etapa, se pueden producir desviaciones sexuales, puede tener identificaciones confusas y débiles.

- Latencia (7 – 12 años). Los impulsos sexuales se ven aletargados, adormecidos. En esta etapa los niños juegan con niños de su mismo sexo.
- Genital (10 o 12 – 20 años). En esta etapa el placer se ve reflejado otra vez en los genitales. Según Freud si el individuo progresó las anteriores etapas con éxito, se convertirá en un individuo heterosexual sano, el cual pueda entablar relaciones saludables con los miembros de la sociedad.

E. Teoría del desarrollo psicomotor de Vygotsky: Desarrollo psicomotor se encuentra determinado por los siguientes: la interacción social y el lenguaje. El contexto social tiene una gran influencia en el aprendizaje, por ejemplo si un niño es de un medio rural tiene diferente desarrollo con otro de un medio urbano, el medio rural aprende todo sobre el campo y su desarrollo motor será mayor, el medio urbano puede hacer que el niño sea más cognitivo y prefiere aspectos culturales. (9)

Para Vygotsky, el contexto social influye en el aprendizaje más que las actitudes y las creencias; tiene una profunda influencia en cómo se piensa y en lo que se piensa. El contexto forma parte del proceso de desarrollo y, en tanto tal, moldea los procesos cognitivos.

El contexto social debe ser considerado en diversos niveles: 1.- El nivel interactivo inmediato, constituido por el (los) individuos con quien (es) el niño interactúa en



esos momentos. 2.- El nivel estructural, constituido por las estructuras sociales que influyen en el niño, tales como la familia y la escuela. 3.- El nivel cultural o social general, constituido por la sociedad en general, como el lenguaje, el sistema numérico y la tecnología

Existen dos funciones mentales:

Son las funciones que pertenecen solo a seres humanos y nos diferencian del resto de los animales.

- Las de orden inferior (innatas) determinadas genéticamente, con las que nacemos, están limitadas a lo que podemos hacer. Nos limitan nuestro comportamiento a una reacción o respuesta al medio, la reacción es impulsiva.
- Las de orden superior (adquiridas culturalmente) a través de la interacción social. Son conductas deliberadas, mediadas e interiorizadas. Como son: lenguaje, atención, memoria, atención, creatividad, etc. Para Vygotsky “a mayor interacción social, mayor aprendizaje”.

Por ejemplo: Cuando un niño llora porque algo le duele, expresa dolor y esta expresión solamente es una función mental inferior, es una reacción al ambiente. Cuando el niño llora para llamar la atención ya es una forma de comunicación, pero esta comunicación sólo se da en la interacción con los demás; en ese momento, se trata ya de una función mental superior interpsicológica, pues sólo es posible como comunicación con los demás. En un segundo momento, el llanto se vuelve intencional y, entonces, el niño lo usa como instrumento para comunicarse. El niño, con base en la interacción, posee ya un instrumento para comunicarse; se trata ya de una función mental superior o las habilidad psicológica propia, personal, dentro de su mente, intrapsicológica.



F. Teoría del desarrollo de Emmie Pickler: Para este autor la libertad que se ofrezca al niño es lo más importante, si le proporcionamos todas las condiciones necesarias para su desarrollo, como: espacio necesario para moverse, ropa adecuada y cómoda, la ausencia del adulto que le imponga sus movimientos; por sus mismos impulsos experimentara nuevas posiciones y situaciones, por lo tanto, el niño aprende sin la intervención del adulto a rodar, sentarse, gatear, caminar, etc. Mientras más libre se sienta el niño, más actitud positiva e interés por explorar mostrará, la ayuda del adulto será siempre indirecta, adecuando el ambiente para su desarrollo. Cree que el desarrollo psicomotor se da de forma espontánea gracias a la maduración orgánica y nerviosa. Presenta condiciones que garantiza la libertad de movimientos:

- La seguridad y estabilidad que rodean al niño como: lugares y personas.
- El afecto sincero.
- La vestimenta cómoda y segura.
- El estado de salud y desarrollo.
- Los espacios y superficies adecuados para que el niño pueda moverse.

G. Teoría del desarrollo psicomotor de Jerome. S. Bruner: La consecución del aprendizaje en el niño se da mediante el movimiento, adaptados a sus intereses e intentos, los mismos que se ven ligados a otros factores de desarrollo como pueden ser la actividad viso motriz.

Señala que el desarrollo de las capacidades del niño comprende tres componentes esenciales:

- La intención, que implica la acción motriz, los mecanismos de percepción y de coordinación.
- El feed-back interno, donde intervienen las señales del sistema nervioso y
- El feed-back de la acción cuando se ejecuta ésta. Los patrones de acción, donde se desarrolla la organización de los diferentes movimientos.



La actividad física del infante debe ser aceptada, estimulada y valorada como una necesidad intrínseca y fundamental para su desarrollo.

En el transcurso del tiempo se han dado varias teorías enfocadas en diferente aspecto cada una, es por tales divergencias en el desarrollo psicomotor que se ha hecho difícil el realizar un solo modelo de enseñanza efectivo para el aprendizaje en el niño, existen diferentes puntos de vista en los cuales están centrados los actores, dando múltiples posibilidades de trabajo con los infantes. Cada actor muestra un enfoque principal en el que se desarrolla el niño, los mismos que han planteado teorías para su enseñanza, dando paso a diferentes teorías y pedagogías que muestran la manera correcta para concretar un desarrollo saludable en el mismo. Se ha dado coincidencias en algunos autores que se basaron en teorías de otros mejorándolas, por lo cual se pueden concretar teorías de desarrollo y métodos didácticos pedagógicos para el trabajo escolar como son: cognitiva, constructivista, etc. siendo la más utilizada en los últimos tiempos el método constructivista, el cual nos indica que el niño aprende a su ritmo y gracias a su interés innato por el aprendizaje y desarrollo.



UNIDAD II

2. ALTERACIONES O PROBLEMAS EN EL DESARROLLO

2.1 GENERALIDADES:

Como profesionales de la salud es importante que sepamos reconocer diferentes tipos de alteraciones o problemas del desarrollo, y dar una atención oportuna y adecuada al niño o niña que lo necesite.

Entre estos grupos destacamos:

2.2.1. PRINCIPALES ALTERACIONES O PROBLEMAS EN EL DESARROLLO

A. TRASTORNO EN EL DESARROLLO MOTRIZ.

Esta es una patología que se presenta a nivel de vías, centros o circuitos nerviosos, involucrados en la motricidad, incluyen diferentes formas y grados de trastornos motores. A continuación podemos a consideración las diferentes formas y grados de trastornos motrices como: (11)

- Parálisis cerebral,
- Espina bífida,
- Miopatías.

Y consideramos las disfunciones motrices menores como:

- Retardo motriz,
- Hipotonía o una hipertonía
- Dificultades en motricidad gruesa y fina



B. TRASTORNO EN EL DESARROLLO COGNITIVO.

Vamos a incluir en este trastorno los diferentes grados de discapacidad intelectual, además el funcionamiento intelectual límite y finalmente las disfunciones específicas que afectan el proceso cognitivo. Podemos incluir a: (11).

Déficit intelectual (en sus diferentes grados) y,
Dificultades específicas en el aprendizaje.

Este grupo se caracteriza por presentar dificultades en la adquisición y uso del lenguaje, capacidad de leer y escribir, habilidades matemáticas y de las funciones mentales superiores, estas dificultades están estrechamente relacionadas con el sistema nervioso central

C. TRASTORNO EN EL DESARROLLO SENSORIAL.

Aquí encontramos principalmente los déficits que afectan a los órganos encargados de la visión y de la audición, aquí están incluidos los diferentes grados de deficiencias visuales o auditivas. (11).

Diferentes grados de deficiencia visual:

Según el CIE 10 se clasifica en 4 niveles:

- Visión normal;
- Discapacidad visual moderada;
- Discapacidad visual grave, y;
- Ceguera.

Según la OMS, la discapacidad visual moderada y la discapacidad visual grave se reagrupan comúnmente bajo el término «baja visión»; la baja visión y la ceguera representan conjuntamente el total de casos de discapacidad visual.



Las deficiencias auditivas se clasifican en función del lugar en el que se localiza la lesión, entonces tenemos las siguientes:

- Sordera conductiva o de transmisión
- Sordera neurosensorial o de percepción
- Sordera Mixta. (12)

D. TRASTORNO EN EL DESARROLLO DEL LENGUAJE.

En relación a este trastorno son las que presentan dificultades en el desarrollo de las capacidades comunicativas y verbales; por lo tanto afectan la comprensión del lenguaje y capacidades expresivas o de articulación de los sonidos o palabras.

(11).

Entre ellas tenemos las más importantes:

- Trastorno del Lenguaje Expresivo.
- Trastorno Mixto del Lenguaje Receptivo-Expresivo
- Trastorno Fonológico (O De Articulación)
- Disemia Conocido Comúnmente como Tartamudez
- Trastorno de la Comunicación No Especificado.

E. TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO.

En relación con este trastorno presenta alteraciones simultáneas graves y generalizadas de muchas áreas del desarrollo. Hay que mencionar, que afecta tanto a niños y niñas. Como resultado afectan por ejemplo: Habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación o la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipadas. (11)

Los trastornos más representativos de este grupo tenemos:

- Espectro Autista.
- Trastorno de Rett.
- Trastorno Desintegrativo Infantil.



- Trastorno de Asperger.
- Trastorno Generalizado Del Desarrollo No Especificado.

F. TRASTORNO DE LA CONDUCTA.

El siguiente punto trata de los niños y niñas que tienen por características los comportamientos inapropiados, entre estos trastornos tenemos: (11)

- Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad
- Trastorno Disocial
- Trastorno Negativista Desafiante
- Trastorno de Comportamiento Perturbador No Especificado.

Cabe mencionar que estas conductas pueden llegar a ser peligrosas y a veces perturbadoras.

G. TRASTORNOS EMOCIONALES.

Acerca de estos trastornos los pacientes presentan manifestaciones de angustia, de inhibición, ansiedad, síntomas y trastornos del humor, etc. Finalmente esta condición causa dificultades de pensamientos, sentimientos, conducta funcional y relaciones personales (11).

Varios ejemplos de estos trastornos tenemos:

- Trastornos de Ansiedad
- Ansiedad Específica/Fobias
- Ansiedad Socio-evaluativa
- Ansiedad Generalizada
- Ansiedad Por Separación
- Trastorno Reactivo de la Vinculación
 - Mutismo Selectivo
 - Depresión Infantil
 - Trastorno Obsesivo-Compulsivo



H. TRASTORNO EN EL DESARROLLO DE LA EXPRESIÓN SOMÁTICA.

Se encuentran los niños y niñas que presentan patologías funcionales en la esfera oral alimentaria, respiratoria, del ciclo sueño-vigilia, en el control de esfínteres, etc. Varios ejemplos de estos trastornos tenemos: (11)

- Enuresis.
- Encopresis.
- Pesadillas.
- Terrores Nocturnos.
- Sonambulismo.
- Pica.
- Trastorno de Rumiación.
- Trastorno de La Ingestión Alimentaria.

Los o varios de estos síntomas no pueden ser explicados desde el punto de vista médico, así mismo, sus signos y síntomas no pertenecen a una enfermedad física y finalmente los tratamientos médicos no han tenido efecto alguno.

En conclusión este es un problema con características psicológicas, que orgánico aunque los síntomas son físicos (11).

I. RETRASO EVOLUTIVO.

En relación a este grupo podemos considerar a niños y del mismo modo a niñas que presentan un retraso del desarrollo psicomotor, no obstante ninguno de ellos encajan en ningún de los grupos anteriores. Dicho lo anterior constituyen a menudo un diagnóstico temporal, y que un futuro llegan a una normalidad y en pocos otros casos llegan a tener disfunciones o algún tipo de trastorno (11).

Con respecto a las alteraciones o trastornos del desarrollo, vale la pena decir que son de naturaleza y de origen variado, por lo tanto afecta todas las áreas del



desarrollo. Ante todo es necesario tener un diagnóstico temprano para amenorar o desaparecer estas dificultades.

2.2.2. ALTERACIONES O PROBLEMAS EN EL DESARROLLO SEGÚN EL DSM 5

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, abreviado **DSM**).

Contiene la clasificación de los trastornos mentales y proporciona diagnósticos, con el fin de que los clínicos e investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales. (13)

La última edición se publicó en el año 2013, esta es conocida como DSM-5.

2.2.2 .1 TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO

DISCAPACIDADES INTELECTUALES (13)

- Discapacidad Intelectual
- Retraso Global del Desarrollo
- Discapacidad intelectual no Especificada

TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (ENGLOBA A TODOS LOS TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO BAJO UN SOLO DIAGNÓSTICO) (13)

- Trastorno del Espectro Autista

TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN (13)

- Trastornos del Lenguaje



- Trastorno del Habla
- Trastorno de la Fluencia de Inicio en la infancia (Tartamudeo)
- Trastorno de la comunicación pragmática
- Trastorno de la comunicación No Especificado.

TRASTORNOS ESPECÍFICO DEL APRENDIZAJE (13)

- Trastornos Específico del Aprendizaje.

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (13)

- Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad
- Otro Trastorno Especifico por Déficit de Atención con Hiperactividad
- Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad No Especificado.

TRASTORNOS MOTORES (13)

- Trastornos del Desarrollo de la Coordinación
- Trastorno de Movimientos Estereotipados

TRASTORNOS DE TICS (INCLUIDOS EN LOS TRASTORNOS MOTORES) (13)

- Trastorno de la Tourette
- Trastorno de tics motores o vocales persistentes
- Trastorno tics transitorios
- Otro Trastorno Específico de Tics
- Trastorno de tics No Especificados.

Otros Trastornos del Neurodesarrollo (13)

- Otro Trastorno Especifico del Neurodesarrollo
- Trastorno de neurodesarrollo No Especificado



2.2.3 IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LOS PROBLEMAS DEL DESARROLLO.

Por lo que se refiere a los diferentes retrasos del desarrollo psicomotor, no existe un tratamiento específico. Sin embargo existen terapias que pueden atenuar los síntomas, la Fisioterapia, la Fonoaudiología y la Estimulación Temprana son unas de las terapias que ayudan disminuir los signos de un retraso psicomotor. Por lo tanto estos tratamientos optimizan y mejoran el pronóstico de estos niños y niñas, en consecuencia van a mejorar así la calidad vida el individuo, de las familias, y de la sociedad en donde se desenvuelve. (14)

Desde esta visión, podemos actuar en los siguientes niveles.

2.2.3.1. PREVENCIÓN

“Según la OMS define a la Prevención como: *La adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas.*” (14)

En esta podemos actuar en tres niveles de atención, como ejemplo tenemos:

- *Prevención Primaria:* En primera instancia esta basa en la intervención de los niños y niñas con riesgo biológico y/o social, mediante la disminución de factores de riesgo y así pues el incremento de los factores protectores, en el medio donde el niño se desenvuelve.(15)
- *Prevención Secundaria:* En segundo lugar esta intervención se basa en trabajar con niños y niñas que presenten un retraso del desarrollo psicomotor, mejorando su funcionamiento en las diferentes áreas del desarrollo y disminuyen su grado de retraso, así pues aumentan la calidad de vida (15)
- *Tratamiento Compensador:* Finalmente este llamado tratamiento actúa en niños y niñas con discapacidades que tengan un diagnóstico de un profesional



de salud. A causa de esto no podemos cambiar la patología, sin embargo podemos mejorar la calidad de vida del niño y su familia. (15)

2.2.3.2. DETECCIÓN

La detección temprana puede identificar enfermedades cuando estas recién empiezan, en los inicios de la enfermedad, o también cuando estas son más tratables, y también pueden ayudar a que la enfermedad no se desarrolle. (16)

2.2.3.3. DIAGNÓSTICO

Este es un proceso por el cual se va a identificar a una enfermedad, un síndrome o cualquier estado de salud o enfermedad, que está afectando a uno o varios individuos. (16)

Hoy en día el tratamiento recibe el nombre de Atención Temprana, que se define como *“el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños/as con trastornos en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar”* (2000). En pocas palabras Atención Temprana es el conjunto de intervenciones que se da a la niñez de 0 a 6 años que presenten o no trastornos en su desarrollo. (17)

En conclusión los problemas del desarrollo pueden presentarse en diferentes niveles del organismo, de la misma manera llegando a afectar la mente como es el caso de los Trastorno en el desarrollo de la expresión somática o como se ha dicho en otros casos que tienen un diagnostico temporal y que mejoran con el paso del tiempo, mediante un programa de intervención temprana. (17)



UNIDAD III

2.3. ESCALA DE DESARROLLO PSICOMOTOR DE LA PRIMERA INFANCIA REVISADA

2.3.1. GENERALIDADES:

La elaboración del test Brunet Lezine inicia en 1941 por la necesidad de tener un estudio que permite conocer el desarrollo del recién nacido, validado en Francia. Irene Lezine es la llamada para realizar el estudio, pero en esa época tuvo problemas en realizarlo con bebés menores de 2 años, su estudio fue influenciado con un importante trabajo de Gesell y Bühler.

“Lezine encontró importantes desacuerdos en las observaciones realizadas sobre el primer despertar de la inteligencia o las primeras etapas de adaptación postural. Presenta este ejemplo: del 65 al 85% de los niños/as de 4 meses observados por Gesell tocan el borde de la mesa cuando se les tiene sobre las rodillas, ¡este comportamiento estaba fijado por Bühler en los 7 meses!” (10)

Lezine trabajó en buscar frecuencias en las que se repiten comportamientos constituyendo una batería comprendida:

1. Test de locomoción y de control postural 54
2. Test verbales 44
3. Test de coordinación viso motriz que comprendían ejercicios de prensión, imitación de gestos, discriminación de formas y ejercicios gráficos 76
4. Pruebas de adaptación social basados en el conocimiento de los alimentos, los hábitos de limpieza, las reacciones con los adultos y los niños y los conocimientos prácticos usuales 55



Bühler fue quien comparo la edad de desarrollo con la edad cronológica, para sacar el coeficiente de desarrollo.

En 1946 Odette Brunet reemprende el trabajo de Lezine con una meta de profilaxis mental y diagnóstico precoz de "anormales", fue el quien pudo establecer el estudio con niños menores de 2 años, a partir de 1949 los padres de familia fueron implicados en el desarrollo de sus hijos, respondiendo preguntas sobre su desarrollo, desde entonces el test de Brunet-Lezine incluye 6 test y 4 preguntas. (10)

Este test fue modificado por las exigencias y nuevas necesidades del desarrollo de los niños/as, en la actualidad hay una nueva revisión, con la que emprendimos nuestra investigación.

2.3.2. ÁREAS DE ESTUDIO:

- **Área de control postural y motricidad:** comprende: movimientos corporales gruesos, finas, coordinaciones motrices, por ejemplo: sentarse, gatear, pararse, caminar;
- **Área de coordinación óculo-motriz (o conducta adaptativa respecto a los objetos):** se refiere a los comportamientos sensorio-motrices ante objetos y situaciones: coordinación de movimientos oculares, manuales con objetos, para en lo posterior utilizarlo en problemas prácticos;
- **Área de lenguaje:** "toda forma de comunicación sean gestos, movimientos posturales, vocalizaciones, palabras, frases u oraciones, imitación y comprensión de lo que expresan otras personas"; y, (18)



- **Área de sociabilidad (relaciones sociales y personales):** se refiere a las relaciones personales del niño el medio en el que vive; capacidad para alimentarse, higiene, independencia en el juego, colaboración y reacción adecuada a la enseñanza y convenciones sociales. (18)

2.3.3. TIPOS:

La escala de desarrollo psicomotor de Brunet-Lezine desde su creación ha sido modificada siguiendo las nuevas exigencias del desarrollo de los niños/as.

- El primero fue elaborado en 1949 distribuidos en 15 niveles: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 15, 18, 21, 24 y 30 meses de edad, cada nivel está repartido con 6 test y 4 preguntas, llamándolo Baby-test. Existiendo pruebas complementarias de 2 a 5 años que consta de 6 test cada nivel.
- Una segunda edición aparece en 1965 en el cual se modificaron las pruebas complementarias se propone 4 test por cada nivel en las edades de 3, 4 y 5 años y un complementario para 6 años, eliminando lo más posible el factor verbal.
- De la última modificación del test se dio la necesidad de una revisión, en la cual se suprimieron las preguntas que fueron reemplazadas por pruebas, otras pruebas se eliminaron y algunas subieron o bajaron de nivel.

La nueva versión revisada comienza su evaluación a los 2 meses, en los 3 primeros meses el test no revela por si solo una apreciación fidedigna necesitándose un examen neurológico. (10)



En el proceso de revisión se han conservado las características de base, a saber:

- Una situación de observación del niño estandarizada;
- Una aplicación simple y rápida;
- La utilización de un material que suscita el interés del niño;
- La reducción al máximo de la influencia del examinador gracias a una presentación bien organizada de las pruebas y de unos rigurosos principios de puntuación;
- El reparto de las pruebas en cuatro campos:

P: motor o postural, que es el estudio de los movimientos del niño en posición dorsal, ventral, sentada y de pie.

C: coordinación viso motora que es el estudio de la prensión y del comportamiento del niño con los objetos.

L: estudio del lenguaje en sus funciones de comprensión y de expresión.

S: relaciones sociales englobando la toma de conciencia de sí mismo, las relaciones con otros, las reacciones mímicas y la adaptación a las situaciones sociales.

- La presencia de 10 ítems por nivel de edad permitiendo el cálculo de edades de desarrollo y de cocientes de desarrollo.
- La nueva versión abarca las edades de 2 a 30 meses e incluye 150 ítems que se reparten en:
 - 98 exactamente idénticos tanto en instrucción y puntuación
 - 19 ítems de la versión antigua pero modificados, 8 de los cuales son preguntas transformadas en pruebas, 11 son ítems cuya instrucción o cuya puntuación se han modificado
 - 33 nuevos ítems

Se ha comparado el 40% de los ítems, situándose un mes antes de la versión original



2.3.4. APLICACIÓN:

a. Condiciones del examen:

Se necesita una mesa y sabana forrada par las pruebas que el niño debe estar tumbado.

b. Tiempos de aplicación:

El tiempo se sitúa entre 25 y 35 minutos y puede durar hasta 60 minutos.

c. Criterios de inicio y finalización:

De 1 a 6 meses se comienza con el niño tumbado, después de los 6 meses se comienza con las pruebas de manipulación y finaliza con las pruebas posturales.

d. Material:

Deben ser materiales resistentes, atractivos y sin peligro; sin embargo se debe tener en cuenta aquellos materiales que son pequeños o pueden ser peligrosos.

Lista de materiales

- Tablilla para encajar
- Campanilla
- Conjunto de 12 cubos de madera
- Cuchara de café
- Lapicero rojo
- Pastilla/caramelo
- Sonajero
- Espejo
- Balón grande de plástico
- Libros de dibujos
- Juguete de tirar
- Muñeca



- Silla pequeña
- Taza grande
- Aro
- Servilleta
- Frasco de vidrio
- Cepillo pequeño para el cabello
- Taza pequeña
- Dos láminas de dibujo
- Pelota pequeña
- Muñeca pequeña
- Coche
- Cuchara pequeña de niño
- Gafas
- Botón
- Caballo
- Reloj
- Cordero
- Lápiz azul

e. Elección de los ítems en función de la edad del niño:

El cálculo del coeficiente de desarrollo se comienza propiamente dicho a partir de la edad cronológica de 4 meses, esta elección está en función de la edad cronológica del niño. Debe cumplir todos los ítems de su edad o bajar hasta que los cumpla, y subir hasta q ya no cumpla ningún ítem.

f. Caso particular de los niños/as prematuros:

Para los niños/as prematuros el cálculo de la edad cronológica debe darse una corrección en función a la prematuridad hasta el año de edad.



Final de la gestación	Prematuridad
24 semanas	4 meses
25 semanas	3 meses 21 días
26 semanas	3 meses 14 días
27 semanas	3 meses 7 días
28 semanas	3 meses
29 semanas	2 meses 21 días
30 semanas	2 meses 14 días
31 semanas	2 meses 7 días
32 semanas	2 meses
33 semanas	1 mes 21 días
34 semanas	1 mes 14 días
35 semanas	1 mes 7 días
36 semanas	1 mes

2.3.5. RESULTADOS:

A la luz de las nuevas investigaciones, la escala Brunet Lézine tiene una nueva actualización, la versión revisada, en la cual se examinan importantes cambios tanto en las destrezas como en el sistema de calificación; se cuenta también con un gráfico que permite sistematizar la información cuantificando por área el porcentaje de cociente de desarrollo. Esta revisión ya no secciona los retrasos como leve, moderado, grave, severo, pues establece que el niño presenta un retraso del desarrollo psicomotor cuando su perfil de cociente de desarrollo se registra por debajo del percentil 70.

La nueva versión tiene una hoja donde se registran los resultados haciendo más fácil su calificación, cada nivel debe cumplir con 10 puntos, si tiene resultados positivos en niveles superiores se otorgara a los niveles inferiores hasta llenarlos.

El cociente de desarrollo se obtiene con una simple fórmula: edad de desarrollo / edad cronológica el resultado se multiplica por 100.



CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS:

3.1. OBJETIVO GENERAL:

Evaluar el Desarrollo Psicomotor en niños/as de los Centros Infantiles “Angelitos, San Francisco y Huayna Cápac” Cuenca, 2016.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- A. Caracterizar la población motivo de estudio según sexo y edad.
- B. Determinar el Coeficiente de Desarrollo psicomotor en las diferentes áreas.
- C. Relacionar el Coeficiente de Desarrollo psicomotor con sexo.

CAPITULO IV

MARCO METODOLÓGICO

4. DISEÑO METODOLOGICO:

4.1 TIPO DE ESTUDIO:

Estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal.

4.2 AREA DE ESTUDIO:

El estudio se realizó en los centros de desarrollo infantil:

- “Angelitos” ubicado en Aurelio Aguilar Y Agustín Cueva
- “Huayna Cápac” ubicado en AV. Del Paraíso S/N
- “San Francisco” ubicado en Miguel Ángel Estrella 2-39 Y Calle Larga



4.3 UNIVERSO:

- El universo son niños y niñas de 17 a 30 meses de edad de los Centros Infantiles “Angelitos, San Francisco y Huayna Cápac”.

4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

- Incluidos: niños y niñas de 17 a 30 meses y cuyos padres firmen el consentimiento informado.
- Excluidos: niños y niñas con patología establecida.

4.5. VARIABLES:

- Edad cronológica
- Edad de desarrollo
- Sexo
- Desarrollo Psicomotor



4.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

Nombre de la variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad cronológica	Tiempo transcurrido desde el nacimiento a la actualidad	-----	Cédula de identidad Partida de nacimiento Meses cumplidos	Intervalo 17-24 meses 24-30 meses
Sexo	Se refiere a aquella condición de tipo orgánica que diferencia al macho de la hembra, al hombre de la mujer, ya sea en seres humanos, plantas y animales.	-----	Hombre Mujer	Nominal
Edad de desarrollo	Proceso de transformación de una cualidad, que contribuye a perfeccionar a un individuo, ya sea mental o social.	----	Evaluación con la escala de Desarrollo Infantil Brunet Lézine versión revisada obtenidos en la evaluación	Intervalo 17-24 meses 24-30 meses



Desarrollo Psicomotor	Proceso de maduración neurológica	----	Evaluación	Intervalo Menor a 70 Retraso en el Desarrollo Psicomotor Mayor a 70 Desarrollo Psicomotor Normal
------------------------------	-----------------------------------	------	------------	---

4.7. METODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

- METODO: Método a utilizarse es el cuantitativo de corte transversal.
- TÉCNICAS: La técnica utilizada fue la Observación y Evaluación directa a los niños/as
- INSTRUMENTOS: Escala de Desarrollo Psicomotor de la Primera Infancia Brunet Lézine versión revisada en su forma Baby Test; con su respectiva ficha donde se registrarán los resultados obtenidos.

4.8. PROCEDIMIENTOS

Previo la realización de este estudio se realizó los trámites legales y pertinentes ante la Comisión de Proyectos de Investigación (CPI) de la Facultad de Ciencias Médicas y se obtuvo la aprobación para la realización de la investigación.



- **Autorizaciones**

Los permisos respectivos fueron aprobados por: la Sra. Abg. July Maribel Ortiz Chacha, Director de Distrito Cuenca, para los centros infantiles Huayna Cápac y San Francisco; y la Lic. María Lorena Núñez del Arco, Director del Centro de Desarrollo Infantil Bilingüe “Angelitos” de la Universidad de Cuenca;

- **Capacitación**

Se realizó una investigación bibliográfica para reforzar los conocimientos ya adquiridos; y,

- **Supervisión**

La supervisión fue realizada por el director de tesis que es la Mgst. Blanca Cecilia Villalta Chungata

4.9 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Para el plan establecido de tabulación se utilizó el programa informático SPSS V18, las medidas estadísticas que se utilizaron en el desarrollo de la tabulación de datos fueron frecuencias, medidas de tendencia central, tablas según las variables.

4.10 ASPECTOS ÉTICOS

La información recolectada en este proyecto será exclusivamente con fines prácticos, se guardará absoluta confidencialidad, serán utilizadas solo para este estudio, se facultará a quien se crea conveniente para verificar dicha información. Por ser menores de edad, para que el niño pueda participar se solicitara la firma del consentimiento informado a los padres o representantes. (Anexo 2)



Tanto para los pacientes y sus representantes se establecerá toda la información concerniente a este trabajo investigativo y así, tendrá acceso total a resultados, al momento de su aplicación a su comienzo y finalización obteniendo así que este trabajo sea de única finalidad el desarrollo y beneficio del paciente de una manera completamente transparente.

CAPÍTULO V

5. ANALISIS DE RESULTADOS

Del total de 90 niños/as evaluados con el Test Brunet Lezine versión revisada en los tres Centros de Desarrollo Infantil de la ciudad de Cuenca, distribuidos en base a los siguientes datos: “San francisco” 5 niños/as, “Huayna Cápac” 60 niños/as, y “Angelitos” 25 niños/as, se obtuvo los siguientes resultados:

TABLA #1.

Distribución de 90 niños según su sexo.

		Porcentaje	Total
Sexo	Hombres	48.9%	44
	Mujeres	51.1%	46
Total		100%	90

Fuente: Base de datos

Autor: Fabián Álvarez – Andrea Fajardo

Interpretación. Al evaluar 90 niños/as entre las edades de 17 a 30 meses, tenemos una distribución de 44 niños (48,9%), y 46 niñas (51,1%); siendo la población estudiada en porcentaje mayor en niñas.



TABLA # 2.

Distribución de 90 niños según la edad

		Porcentaje	Total
Edad	17-23,29 meses	33,3%	30
	24-30,29 meses	66,7%	60
Total		100%	90

Fuente: Base de datos

Autor: Fabián Álvarez – Andrea Fajardo

Interpretación. Al evaluar 90 niños/as entre las edades de 17 a 30 meses, tenemos una distribución de 30 niños/as de edad menor a 24 meses que nos da un porcentaje de 33,3% de la población, y 60 niños/as de 24 a 30,29 meses de edad, lo cual constituye un porcentaje de 66,7%; siendo la población estudiada, más numerosa la de niños mayores a 24 meses.



TABLA # 3.

Distribución de 90 niños de acuerdo a Coeficiente de Desarrollo Global

	Coeficiente de Desarrollo - Global				Total
	>= 70 QD Normal	Porcentaje	<= 69 QD de Retraso	Porcentaje	
Total	85	94,5%	5	5,5%	90

Fuente: Base de datos

Autor: Fabián Álvarez – Andrea Fajardo

Interpretación. Al evaluar 90 niños/as entre las edades de 17 a 30 meses, se determina que el 5,5%, presentan Retraso en el Desarrollo Global (Coeficiente de desarrollo por debajo de 70). Mientras que el 94,5% han presentado un desarrollo normal, (Coeficiente de desarrollo por encima de 70).



TABLA # 4.

Distribución de 90 niños de acuerdo al Coeficiente de Desarrollo Psicomotor Global según su sexo

		Coeficiente de Desarrollo - Global				Total
		>= 70 QD Normal	Porcentaje (QD normal)	<= 69 QD de Retraso	Porcentaje Con retraso	
Sexo	Hombres	41	45,6%	3	3,3%	44
	Mujeres	44	48,9%	2	2,2%	46
Total		85	94,5%	5	5,5%	90

Fuente: Base de datos

Autor: Fabián Álvarez – Andrea Fajardo

Interpretación. Al evaluar 90 niños/as entre las edades de 17 a 30 meses, se pudo determinar que 3,3% de los niños, y, el 2,2% de las niñas tienen Retraso en el Desarrollo Global. Es decir que predomina en hombres



TABLA # 5.

Distribución de 90 niños de acuerdo al Coeficiente de Desarrollo Psicomotor en el área de Postura según su sexo

		Coeficiente de Desarrollo - Postura				Total
		>= 70 QD Normal	Porcentaje (QD normal)	<= 69 QD de Retraso	Porcentaje Con retraso	
Sexo	Hombres	43	47,8%	1	1,1%	44
	Mujeres	43	47,8%	3	3,3%	46
Total		86	95,6%	4	4,4%	90

Fuente: Base de datos

Autor: Fabián Álvarez – Andrea Fajardo

Interpretación. Al evaluar 90 niños/as entre las edades de 17 a 30 meses se puede interpretar que el 4,4% tienen retraso en el área de postura: 1,1% de los niños, y el 3,3%, de las niñas. Es decir en el área de Postura existe más retraso en mujeres.



TABLA # 6.

Distribución de 90 niños de acuerdo al Coeficiente de Desarrollo Psicomotor en el área de Coordinación según su sexo.

		Coeficiente de Desarrollo - Coordinación				Total
		>= 70 QD Normal	Porcentaje (QD normal)	<= 69 QD de Retraso	Porcentaje Con retraso	
Sexo	Hombres	44	48,9%	0	0%	44
	Mujeres	45	50%	1	1,1%	46
Total		89	98,9%	1	1,1%	90

Fuente: Base de datos

Autor: Fabián Álvarez – Andrea Fajardo

Interpretación. Al evaluar 90 niños/as entre las edades de 17 a 30 meses se establece que el 1,1% de las niñas tiene Retraso de Desarrollo en el área de Coordinación; mientras que en los niños, existe un porcentaje de cero, esto quiere decir, que no presentan retraso en esta área.



TABLA #7.

Distribución de 90 niños de acuerdo al Coeficiente de Desarrollo Psicomotor en el área de Lenguaje según su sexo.

		Coeficiente de Desarrollo - Lenguaje				Total
		>= 70 QD Normal	Porcentaje (QD normal)	<= 69 QD de Retraso	Porcentaje Con retraso	
Sexo	Hombres	40	44,4%	4	4,4%	44
	Mujeres	37	41,1%	9	10%	46
Total		77	85,5%	13	14,4%	90

Fuente: Base de datos

Autor: Fabián Álvarez – Andrea Fajardo

Interpretación. Al evaluar 90 niños/as entre las edades de 17 a 30 meses se obtiene que el 14,4% de los niños/as tienen Retraso de Desarrollo en el área de Lenguaje, de los cuales 10% de son niñas. Es decir en el área de Lenguaje existe más retraso en mujeres.



TABLA #8.

Distribución de 90 niños de acuerdo a Coeficiente de Desarrollo Psicomotor en el área Social según su sexo.

		Coeficiente de Desarrollo - Social				Total
		>= 70 QD Normal	Porcentaje (QD normal)	<= 69 QD de Retraso	Porcentaje	
Sexo	Hombres	40	44,5%	4	4,4%	44
	Mujeres	39	43,3%	7	7,8%	46
Total		79	87,8%	11	12,2%	90

Fuente: Base de datos

Autor: Fabián Álvarez – Andrea Fajardo

Interpretación. Al evaluar 90 niños/as entre las edades de 17 a 30 meses se pudo establecer que el 12,2% del total tienen Retraso de Desarrollo en el área Social, el 4,4% de niños, y el 7,8% de niñas, es decir en el área Social existe más retraso en mujeres.



TABLA # 9.

Rangos estudiados de mediana en edad, edad de desarrollo y cada una de las áreas con respecto al coeficiente de desarrollo.

Rango	Edad cronológica	Postura	Coordinación	Lenguaje	Social	Global
Mediana	25,65 meses	95,175	89,955	85,505	88,165	89,015

Rango	Edad de desarrollo
Mediana	21,635 meses

Fuente: Base de datos

Autor: Fabián Álvarez – Andrea Fajardo

Interpretación. Al evaluar 90 niños/as entre las edades de 17 a 30 meses se prescribe que la mediana con respecto al coeficiente de cada área de desarrollo se encuentra en rango de la normalidad por encima de 70.

La mediana de la edad cronológica de los niños/as evaluados es 25,65 meses, mientras que la mediana de la edad de desarrollo obtenida es 21,635 meses; lo que nos da una diferencia de 4 meses en el desarrollo.



CAPÍTULO VI

6.1 DISCUSIÓN:

Esta investigación está basada en la evaluación del test Brunet Lezine en su forma Baby test Versión Revisada a niños/as de 3 Centros de Desarrollo Infantil de la ciudad de Cuenca, con la finalidad de determinar el coeficiente de desarrollo en cada una de sus áreas, así como también el coeficiente de desarrollo global.

Respecto al a población evaluada en nuestro estudio fueron 90 niños/as en edades comprendidas entre 17 a 30 meses, en estudios relacionados como **“Prevalencia del Retraso en el Desarrollo Psicomotor y su relación con las Necesidades Básicas Insatisfechas. Cuenca 2014.”** Se trabajó con 327 niños y niñas entre 2 y 60 meses de edad. Determinando un retraso en el desarrollo psicomotor global de 5.8%, mientras en nuestra investigación obtuvimos como resultado el 5,5% en retraso en el desarrollo global en una muestra más pequeña; dando un resultado muy similar.

En nuestra investigación se encontró que existe un 5,5% de retraso global, con predominio en hombres con un 3,3% y mujeres 2,2%; comparando a los resultados obtenidos en **“Relación entre los problemas de conducta y el desarrollo psicomotor en niños y niñas de 36 a 60 meses, en centros fiscales de la zona urbana distrito sur jornada matutina del cantón Cuenca 2015-2016”**, el cual indica un retraso en el desarrollo de 50%, con un predominio en hombres con un 31,6% y mujeres 18,4%. Esta comparación nos muestra un predominio similar de retraso en hombres.

En nuestro estudio existe un predominio de retraso psicomotor en el área de lenguaje como es el caso del estudio **“Detección de retrasos del desarrollo en niños y niñas de 1 a 3 años de edad en Centros Infantiles Del Buen Vivir circuito Gualaceo 2015”**; con la diferencia de que el predominio de retraso en el área de Lenguaje en nuestro estudio es en mujeres. En el estudio realizado en



Gualaceo el predominio es total en hombres con un orden superior de retraso en el área de Lenguaje, le siguen Cognición, Postura y Social; en nuestro estudio realizado existe una contraposición de predominio de mujeres por áreas con un orden de retraso de Lenguaje, Social, Postura y Cognición, lo cual puede explicarse al ser niños que se desarrollan en diferentes ambientes y costumbres, pero un tema importante es que en muchos estudios existe un predominio de retraso psicomotor en el área de lenguaje, lo cual revela la importancia de trabajar en la estimulación temprana en esta área.

Se ve pertinente una evaluación en los niños que acuden a Centros Infantiles para determinar retrasos en el desarrollo psicomotor, y de esta manera aplicar la estimulación necesaria mediante un plan de intervención oportuno que simplifique las dificultades encontradas y con ello favorecemos su futuro desempeño.

6.2 CONCLUSIONES:

Nuestra investigación se realizó en tres Centros de Desarrollo Infantil con un total de 90 niños/as evaluados de 17 a 30 meses. El 51,1% de hombres, el 48,9% de mujeres.

El 66,7% entre 24-30,29 meses de edad; el 5,5% presentan Retraso del Desarrollo Psicomotor Global, del cual el 3,3% son hombres y 2,2% mujeres. Al sacar la proporcionalidad afecta más a hombres.

En el área de Postura el 4,4% tienen retraso del cual un 3,3% son mujeres y 1,1% hombres, según proporcionalidad existe predominio en mujeres.

El 1,1% presentan retraso en el área de Coordinación se presenta solo en mujeres y 0% en hombres. Al sacar proporcionalidad predomina en mujeres.

El retaso en el área de Lenguaje es del 14,4%, 10% niñas y 4,4% niños, según proporcionalidad predomina en mujeres.



Del área Social el 12,2% presentan retraso, siendo 7,8% mujeres y 4,4% hombres. Al obtener proporcionalidad predomina en mujeres.

Del total de niños/as evaluado se puede concluir que el mayor porcentaje de retraso se presenta en mujeres en las 4 áreas, siendo las de mayor porcentaje Lenguaje y Social. Los hombres presentan retraso en 3 áreas con una coincidencia mayor de Lenguaje y Social.

Las áreas más afectadas en el desarrollo de los niño/as motivo de estudio y con mayor necesidad de trabajo por parte de los profesionales a su cargo son Lenguaje y Social.

6.3 RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación planteamos el trabajo en equipo multidisciplinario e interdisciplinario para cubrir todas las necesidades de los niños/as de los Centros de Desarrollo Infantil de la ciudad de Cuenca, y así suplir posibles falencias en las áreas que encontramos mayor porcentaje de retraso, sin descuidar las áreas restantes.

Realizar capacitaciones a los profesionales y personas a cargo del cuidado de niños/as, con la finalidad de propiciar un trabajo global que aborde su desarrollo integral.

Es necesario realizar evaluaciones periódicas del desarrollo psicomotor en los Centros de Desarrollo Infantil, para determinar retrasos y evitar consecuencias a futuro, teniendo una evaluación pertinente los profesionales sentarían bases de trabajo para los diferentes grupos a su cargo.



CAPÍTULO VII

7.1 MATERIAL DE REFERENCIA

1. Maganto C, Cruz S. Desarrollo Físico y psicomotor de la Primera Infancia. 2010. [Citado 2016 Marzo 25.] Available From: http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/Capi_libro/38c.pdf
2. Faros.hsjdbcn.org. [Internet].Barcelona: FAROS HSJBCN; 2014 [Actualizado 2 Febrero 2017; [citado 4 de Febrero del 2017]. Disponible en: <http://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/retraso-psicomotor-causas-agnostico-tratamiento>
3. UNICEF, 2010 Niños con discapacidades Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/progressforchildren/2007n6/index_41853.htm
4. Huiracocha L, Huiracocha M, Sempértegui S; Guillén O, Palacios F. Frecuencia del retraso del desarrollo psicomotor en 284 niños y niñas menores de 6 años de edad del Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Cuenca (CEDIUC). Año 2002. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca, 62, 53-58[citado 2016]
5. Huiracocha L, Robalino G, Huiracocha M, García J. Pazán C, Angulo A. Retrasos del desarrollo psicomotriz en niños y niñas urbanos de 0 a 5 años: Estudio de caso en la zona urbana de Cuenca, Ecuador. [Internet]. ; 2012 [citado 2016] Disponible en: <http://ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/maskana/article/view/399>



6. Huerta, s, f., Desarrollo psicomotor, Scielo, 2013. [Citado 2016] Disponible en:http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S16651462013000300001&script=sci_arttext,
7. Médicos ecuador, El desarrollo psicomotor de los niños, 2013, Guayaquil-Ecuador. [Citado 2016]
Disponible en: <http://www.medicosecuador.com/espanol/noticias/nocitia42.htm>
8. Mendosa, A., R. (2009). Diseño y aplicación de un programa de desarrollo psicomotriz fino a través del arte infantil en niños entre 4 a 5 años. (Tesis de Maestría). Universidad Tecnológica Equinoccial en convenio con la Universidad de Cádiz. Quito, Ecuador. [Citado 2016]
Recuperado de:
http://repositorio.ute.edu.ec/bitstream/123456789/11363/1/37236_1.pdf
9. Rosero A, “Influencia de las Actividades de Integración Sensorial en el Desarrollo Psicomotor en niños con Parálisis Cerebral de 2 a 6 años que asisten al Instituto de Educación Especial del Carchi”, Quito, 2014, [citado 2016] Disponible en:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/3629/1/T-UCE-0007-46.pdf>
10. José, Brunet Lezine revisada, Escala de desarrollo psicomotor de la primera infancia, Madrid, Symtec, 2010, pág. 23-26, [citado 2016]
11. AvantPsicologia.com [Internet].Valencia: AvantPsicología; 2014 [Actualizado 2 Junio 2016; [citado 9 de Junio del 2016]. Disponible en:
<http://www.avantpsicologia.com/psicologos-infantiles-valencia/principales-alteraciones-desarrollo-infantil/>



12. Who.it/es net [Internet]. OMS, 2015. Sordera y pérdida de la audición. [Actualizado mar 2015; citado 21 de nov 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/es/>
13. Santos J, Sanz L. DSM 5: Novedades y Criterios Diagnósticos. [Online].2013. [Citado 2016 Noviembre 22.] Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/DSM%205%20Novedades%20y%20Criterios%20Diagn%C3%B3sticos.pdf>
14. Ecured.cu [Internet]. Cuba, 2010. Prevención [Actualizado 9 abril 2012; [citado 21 de nov 2016].Disponible en: <https://www.ecured.cu/Prevenci%C3%B3n>
15. Álvarez M, Soria J, Galve V: “Importancia de la vigilancia del desarrollo psicomotor por el pediatra de atención primaria: revisión del tema y experiencia de seguimiento en una consulta en Navarra”. Rev. Pediatr Aten Primaria, vol. XI, núm. 41, enero-marzo, 2009, pp. 65-87. [Citado 2016]
16. diseaseriskindex.harvard.edu/ [Internet]. Boston; 2000 [2004; Citado 4 de febrero 2017]. Disponible en: http://www.diseaseriskindex.harvard.edu/update/hccpquiz.pl?lang=spanish&func=show&page=screening_test#top
17. Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT). “Libro Blanco de Atención Temprana”. Tercera ed. Madrid. Centro Español de Documentación sobre Discapacidad. Serrano. Septiembre de 2005. [Citado 2016]



18. López L. Test Brunet-Lézine. Escala para medir el desarrollo psicomotor de la primera infancia. Bvs Cuba [internet]. 2016, [citado 2016] Disponible en: <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0psicolo1--00-0----0-10-0---0---0direct-10---4-----0-1|--11-es-50---20-about---00-0-1-00-0-0-11-1-0utfZz-8-00&a=d&c=psicolo1&cl=CL1&d=HASH016a37743c783a7fd39a018c.6.1.1>

7.2 BIBLIOGRAFÍA

1. Alcantud F. Rico D. Ribelles L. Ronda E., Relación entre la escala de desarrollo psicomotor de la primera infancia Brunet –Lézine revisada y la escala de desarrollo motor Peabody – 2, THERAPEÍA 3 [Julio 2011], pág. 27-38 Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Dario_Rico_Banon/publication/233862405_Relacin_entre_la_escala_de_desarrollo_psicomotor_de_la_primera_infancia_Brunet-Lzine_revisada_y_la_escala_de_desarrollo_motor_Peabody2/links/0912f50c5b66697cde000000.pdf
2. Álvarez M, Soria J, Galve V: “Importancia de la vigilancia del desarrollo psicomotor por el pediatra de atención primaria: revisión del tema y experiencia de seguimiento en una consulta en Navarra”. Rev. Pediatr Aten Primaria, vol. XI, núm. 41, enero-marzo, 2009, pp. 65-87.
3. Álvarez Gómez, Soria Aznarb, Galbe Sánchez-Venturac; Pediatría atención primaria, Scielo [Internet], Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322009000100005&script=sci_arttext



4. Avaria M. Pediatría del desarrollo y comportamiento. RPE [Internet]. Disponible en: <http://www.revistapediatria.cl/vol2num1/14.htm>
5. Alvial J., Arbazúa M. Evaluación del Desarrollo Psicomotor y Factores de Riesgo para su retraso. 2012. Disponible en: https://drbronquio.files.wordpress.com/2012/04/final_desarrollo_psicomotor.ppt
[X](#).
6. AvantPsicologia.com [Internet]. Valencia: AvantPsicología; 2014 [Actualizado 2 Junio 2016; [citado 9 de Junio del 2016]. Disponible en: <http://www.avantpsicologia.com/psicologos-infantiles-valencia/principales-alteraciones-desarrollo-infantil/>
7. Cabrera Vintimilla J. Detección de Retrasos del Desarrollo en niños y niñas de 1 a 3 años de edad, en Centros Infantiles del Buen Vivir- Circuito Gualaceo, 2015 [Tesis en Internet]. Cuenca-Ecuador: Universidad del Azuay; 2015 [citada el 22 de feb del 2017].44 p. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/4579/1/11066.PDF>
8. Diseaseriskindex.harvard.edu/ [Internet]. Boston; 2000 [2004; Citado 4 de febrero 2017]. Disponible en: http://www.diseaseriskindex.harvard.edu/update/hccpquiz.pl?lang=spanish&func=show&page=screening_test#top
9. Ecured.cu [Internet]. Cuba, 2010. Prevención [Actualizado 9 abril 2012; [citado 21 de nov 2016].Disponible en: <https://www.ecured.cu/Prevenci%C3%B3n>



10. Faros.hsjdbcn.org. [Internet].Barcelona: FAROS HSJBCN; 2014 [Actualizado 2 Febrero 2017; [citado 4 de Febrero del 2017]. Disponible en: <http://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/retraso-psicomotor-causas-agnostico-tratamiento>
11. Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT). “Libro Blanco de Atención Temprana”. Tercera ed. Madrid. Centro Español de Documentación sobre Discapacidad. Serrano. Septiembre de 2005.
- 12.Flores P, Chuquiguanga M. Relación entre los Problemas de Conducta y el Desarrollo Psicomotor en niños y niñas de 36 a 60 meses, en centros Fiscales de la Zona Urbana Distrito Sur Jornada Matutina del Cantón Cuenca 2015-2016. [Tesis en Internet]. Cuenca-Ecuador: Universidad de Cuenca; 2016 [citada el 22 de feb del 2017]. 53 p. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/24440/1/TESIS.pdf>
13. Flores S. La importancia de las pruebas para evaluar el neurodesarrollo de los niños. [Internet]. ; 2013 Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S166511462013000300001&script=sci_arttext
- 14.Guía práctica clínica. Detección del Trastorno Específico del Desarrollo Psicomotor en Niños de 0 a 3 Años. GPC. 2014. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-734-14-Trastorno_del_desarrollo_psicomotor_en_ninos/734GRR.pdf.
- 15.Huerta, s, f., Desarrollo psicomotor, Scielo, 2013, [citado 2016] Disponible en:



http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S16651462013000300001&script=sci_arttext

16. Huiracocha L, Huiracocha M, Sempértegui S; Guillén O, Palacios F. Frecuencia del retraso del desarrollo psicomotor en 284 niños y niñas menores de 6 años de edad del Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Cuenca (CEDIUC). Año 2002. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca, 62, 53-58 [citado 2016]

17. Huiracocha L, Robalino G, Huiracocha M, García J. Pazán C, Angulo A. Retrasos del desarrollo psicomotriz en niños y niñas urbanos de 0 a 5 años: Estudio de caso en la zona urbana de Cuenca, Ecuador. [Internet]. ; 2012 [citado 2016] Disponible en:

<http://ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/maskana/article/view/399>

18. José, Brunet Lezine revisada, Escala de desarrollo psicomotor de la primera infancia, Madrid, Symtec, 2010, pág. 23-26, [citado 2016]

19. Lopez L. Test Brunet-Lézine. Escala para medir el desarrollo psicomotor de la primera infancia. Bvs Cuba [internet]. 2016, [citado 2016] Disponible en:

<http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0psicolo1--00-0----0-10-0---0---0direct-10---4-----0-1|--11-es-50---20-about---00-0-1-00-0-0-11-1-0utfZz-8-00&a=d&c=psicolo1&cl=CL1&d=HASH016a37743c783a7fd39a018c.6.1.1>

20. Maganto C, Cruz S. Desarrollo Físico y psicomotor de la Primera Infancia. 2010. [Citado 2016 Marzo 25.] Available From: http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/Capi_libro/38c.pdf



21. Medlineplus.gov [Internet]. Medline Plus. 2016. [actualizado 31 Ago. 2016; citado 19 sep. 2016]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/developmentaldisabilities.html>
22. Médicos ecuador, El desarrollo psicomotor de los niños, 2013, Guayaquil-Ecuador.
Disponible en: <http://www.medicosecuador.com/espanol/noticias/nocitia42.htm>
23. Mendosa, A., R. (2009). Diseño y aplicación de un programa de desarrollo psicomotriz fino a través del arte infantil en niños entre 4 a 5 años. (Tesis de Maestría). Universidad Tecnológica Equinoccial en convenio con la Universidad de Cádiz. Quito, Ecuador.
Recuperado de:
http://repositorio.ute.edu.ec/bitstream/123456789/11363/1/37236_1.pdf
24. Monge M, Meneses M. Instrumentos de evaluación del desarrollo motor. Revista Educación. 2002 26 (1): p 155 – 168.
25. Monge M. Meneses M. Instrumentos de evaluación del desarrollo motor. Revista Educación 26(1): 155-168, 2002 Disponible en: <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/educacion/article/view/2888/3482>
26. Ramírez Y. Díaz M. Vega I. Martínez R. Desarrollo psicomotor y alteraciones cognitivas en escolares con alteraciones del neurodesarrollo, Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubneuro/cnn-2013/cnn132b.pdf>



27. Reflexión sobre la escala de desarrollo Brunet Lézine. Disponible en:
https://docs.google.com/document/d/18v_7Oayd5VYxywEXsD10AuGcli3c09M21mvdpwqr58l/edit
28. Rosero A, “Influencia de las Actividades de Integración Sensorial en el Desarrollo Psicomotor en niños con Parálisis Cerebral de 2 a 6 años que asisten al Instituto de Educación Especial del Carchi”, Quito, 2014, Disponible en:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/3629/1/T-UCE-0007-46.pdf>
29. Santos J, Sanz L. DSM 5: Novedades y Criterios Diagnósticos. [Online].2013. [Citado 2016 Noviembre 22.] Available From:
<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/DSM%205%20Novedades%20y%20Criterios%20Diagn%C3%B3sticos.pdf>
30. UNICEF, 2010 Niños con discapacidades Disponible en:
http://www.unicef.org/spanish/progressforchildren/2007n6/index_41853.htm
31. Universidad de Málaga. Evaluación de niños y niñas con retraso en el desarrollo. Slide share. 2011. Disponible en:
<http://es.slideshare.net/remediosportillo/tema2-9255481>
32. Vericat A, Bibiana A. El desarrollo psicomotor y sus alteraciones: entre lo normal y lo patológico. Ciencia & Saúde Colectiva. 2010 18 (10): p 2977-2984
33. Vericat A, Bibiana A. Herramientas de Screening del Desarrollo Psicomotor en Latinoamérica. Rev. Chil Pediatr. 2010 81 (5): p 391.401.



34. Who.it/es net [Internet]. OMS, 2015. Sordera y pérdida de la audición. [Actualizado mar 2015; citado 21 de nov 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/es/>



CAPÍTULO VIII

8.1 ANEXOS

Anexo 1 Test Brunet – Lezine Versión Revisada (Baby Test)



Brunet – Lézine Revisado

Escala de desarrollo Psicomotor de la Primera Infancia

Nombres y Apellidos.....

Sexo.....

Examinador.....

	Año	Mes	Día
Fecha del Examen			
Fecha de Nacimiento			
Edad Real			
Ajuste de prematuridad			
Edad real o corregida expresada en meses o en días			

	P	C	L	S	Global
Nº de Puntos					
AD en meses					
AD en días					
QD					

QD/Escalas	P	C	L	S	Global
60.....					
150.....					
140.....					
130.....					
120.....					
110.....					
100.....					
90.....					
80.....					
70.....					
60.....					
50.....					
40.....					
30.....					

ANOTACION Y PERFIL

Meses	P		C		L		S	
	Pts.	Items	Pts.	Items	Pts.	Items	Pts.	Items
30	72	---	104	---	73	---	51	---
	66	---	98	---	67	---	45	---
24	60	---	86	---	55	---	39	---
	56	---	82	---	51	---		
			78	---	47	---		
20	52	---	74	---	39	---	35	---
	49	---	71	---	36	---	32	---
			68	---	33	---		
17	46	---	65	---	30	---	29	---
	43	---	62	---	27	---	26	---
			59	---				
14	40	---	53	---	24	---	23	---
	38	---	51	---	22	---		
			49	---				
			47	---				
			45	---				
12	36	---	43	---	20	---	21	---
	34	---	41	---	18	---		
	32	---	39	---				
10	30	---	35	---	16	---	19	---
	29	---	34	---			18	---
	28	---	33	---				
9	27	---	31	---	15	---	17	---
	26	---	30	---			16	---
	25	---	29	---				
8	24	---	27	---	14	---	15	---
	23	---	26	---	13	---		
	22	---	25	---				
7	21	---	23	---	12	---	14	---
	20	---	22	---			13	---
	19	---	21	---				
6	18	---		---				
	17	---		---				
5	14	---	16	---	9	---	11	---
	13	---	15	---	8	---	10	---
			14	---			9	---
4	12	---	13	---	7	---	8	---
	11	---	12	---	6	---		
	10	---	11	---				
3	9	---	9	---	5	---	7	---
	8	---	8	---			6	---
	7	---	7	---			5	---
2	6	---	6	---	4	---	4	---
	5	---	5	---	3	---	3	---
	4	---	4	---				
1	1 mes		1 mes		1 mes		1 mes	

Nº	Ítem	Éxito o fracaso	
2 meses			
01	P1	Tendido sobre el vientre levanta la cabeza y los hombros	-----
02	P2	Mantiene derecha la cabeza cuando se ejerce una presión en sus antebrazos	-----
03	P3	Estando sobre la espalda se vuelve de lado	-----
04	C1	Sigue con los ojos a una persona que se desplaza	-----
05	C2	Sigue al aro con los ojos de un lado a otro	-----
06	C3	Sentado, vuelve la cabeza para seguir un objeto que se desplaza lentamente	-----
07	L1	Responder a la voz inmovilizándose	-----
08	L2	Vocaliza dos sonidos diferentes o hace vocalizaciones prolongadas (balbuceos)	-----
09	S1	Sonríe al examinador en respuesta a su sonrisa acompañada de palabras	-----
10	S2	Reacción animación cuando se aproxima a él	-----
3 meses			
11	P4	En posición sentada, mantiene la cabeza derecha, sin oscilaciones	-----
12	P5	Tumbado sobre el vientre, se apoya sobre los antebrazos	-----
13	P6	Levanta la cabeza y los hombros cuando se le coloca en posición sentada	-----
14	C4	Mira el cubo puesto sobre la mesa	-----
15	C5	Tendido sobre la espalda, agarra firmemente el sonajero con un movimiento involuntario	-----
16	C6	Juega con sus manos, las examina	-----
17	L3	Vocaliza cuando el examinador le habla y le sonríe	-----
18	S3	Se anima ante los preparativos de la comida	-----
19	S4	Reír a carcajadas	-----
20	S5	Conciencia de la novedad de una situación	-----
4 meses			
21	P7	En posición sentada, mantiene la cabeza derecha, sin oscilaciones	-----
22	P8	Tumbado sobre el vientre, se apoya sobre los antebrazos	-----
23	P9	Levanta la cabeza y los hombros cuando se le coloca en posición sentada	-----
24	C7	Mira el cubo puesto sobre la mesa	-----
25	C8	Tendido sobre la espalda, sacude el sonajero colocado en su mano mientras lo mira	-----
26	C9	Tendido sobre la espalda, hace movimientos de presión dirigidos al aro	-----
27	C10	Coge un cubo al contacto	-----
28	L4	Vuelve inmediatamente la cabeza para mirar a la persona que le habla	-----
29	L5	Expresa de forma diferente placer, incomodidad, cólera o da gritos de alegría	-----
30	S6	Participa en juegos corporales	-----
5 meses			
31	P10	Tendido sobre la espalda explora sus piernas y rodillas	-----
32	P11	De pie, sostenido por los brazos, soporta una parte de su peso	-----
33	C11	Mantiene un cubo situado en su mano y mira el segundo	-----
34	C12	Tiende la mano hacia el objeto que se le ofrece	-----
35	C13	Sentado, coge con una mano el aro que se balancea delante de él	-----
36	L6	Ríe y vocaliza manipulando sus juguetes	-----
37	L7	Muestra interés por los ruidos exteriores	-----
38	S7	Sonríe al espejo	-----
39	S8	Responde negativamente o grita cuando la persona que se ocupa de él se aleja	-----
40	S9	Diferencia claramente entre las caras familiares y extrañas	-----
6 meses			
41	P12	Tendido sobre la espalda se desembraza de la servilleta puesta sobre su cabeza	-----
42	P13	Tendido sobre la espalda, se coge los pies con las manos	-----
43	P14	Se levanta hasta la posición sentada cuando se ejerce tracción sobre sus antebrazos	-----
44	C14	Eleva el cubo desde la mesa hasta su vista	-----
45	C15	Tiene dos cubos, uno en cada mano y mira el tercero	-----
46	C16	Coge la pastilla	-----
47	C17	Levanta por el asa la taza vuelta hacia abajo	-----
48	L8	Hace balbuceos o vocaliza cuatro sonidos diferentes	-----
49	L9	Reacciona inmediatamente al oír su nombre	-----
50	S10	Mira lo que mira el adulto se este se lo muestra con el dedo	-----



Nº	Ítem	Éxito o fracaso	
7 meses			
51	P15	Se mantiene sentado brevemente sin sostén (aproximadamente diez segundos)	-----
52	P16	Sentado con sostén, se desplaza de la servilleta puesta sobre la cabeza	-----
53	P17	Hace esfuerzos para desplazarse, se alza sobre las rodillas, empuja con los brazos	-----
54	P18	Lleva sus pies a su boca	-----
55	C18	Coge dos cubos, uno en cada mano	-----
56	C19	Busca la cuchara caída	-----
57	C20	Examina la campanilla con interés	-----
58	L10	Utiliza emisiones vocales, gestos o grita para traer la atención	-----
59	S11	Participa activamente en el juego de "cu cú"	-----
60	S12	Juega a tirar sus juguetes	-----
8 meses			
61	P19	Tumbado sobre el vientre, se desembara de la servilleta puesta sobre su cabeza	-----
62	P20	Tendido de espalda, se vuelve sobre el vientre	-----
63	P21	Sentado sin sostén, se desembara de la servilleta puesta sobre su cabeza	-----
64	C21	Coge la pastilla con participación del pulgar	-----
65	C22	Juega a golpear dos objetos	-----
66	C23	Atrae el anillo hacia el sirviéndose de la cuerda	-----
67	C24	Hace sonar la campanilla	-----
68	L11	Vocaliza varias sílabas bien definidas	-----
69	L12	Reacciona a ciertas palabras familiares	-----
70	S13	Se manifiesta cuando se pone un objeto cerca de su alcance	-----
9 meses			
71	P22	Movimientos claros de desplazamiento	-----
72	P23	Se mantiene de pie sin apoyo	-----
73	P24	Sostenido por las axilas, hace movimientos de andar	-----
74	C25	Acepta e tercer cubo dejando uno de los dos que ya tiene	-----
75	C26	Sujeta la pastilla entre el pulgar y el índice	-----
76	C27	Encuentra el juguete bajo la servilleta	-----
77	C28	Retire el círculo de la tablilla	-----
78	L13	Emite sílabas redobladas	-----
79	S14	Comprende una prohibición	-----
80	S15	Coge trozos con los dedos en su asiento, o bebe solo su biberón manteniéndolo, o bebe en el vaso si se le muestra (un golpe sobre los)	-----
10 meses			
81	P25	Pasa solo de la posición tumbada a la sentada	-----
82	P26	Colocado de pie con apoyo, levanta un pie y lo apoya	-----
83	P27	Pasa de la posición sentada a la de pie utilizando un apoyo	-----
84	C29	Levanta por el asa la taza vuelta y coge el cubo o el juguete escondido	-----
85	C30	Pone un cubo en la taza o lo retira	-----
86	C31	Busca la pastilla a través del frasco	-----
87	C32	Busca el badajo de la campanilla	-----
88	L14	Dice una palabra de dos sílabas	-----
89	S16	Mira lo que mira el adulto	-----
90	S17	Vuelve a hacer los gestos que hacen reír	-----
12 meses			
91	P28	Pasa de la posición de pie a la sentada sin tumbarse	-----
92	P29	Anda con ayuda cuando se le coge de la mano	-----
93	P30	Se mantiene de pie solo algunos segundos sin apoyo (tres segundos)	-----
94	C33	Coge el tercer cubo, o trata de cogerlo, guardando los dos que ya tiene	-----
95	C34	Deja un cubo en la taza	-----
96	C35	Mete el círculo en su agujero de la tablilla	-----
97	C36	Garabatea débilmente tras una demostración	-----
98	L15	Sacude la cabeza para decir "no"	-----
99	L16	Habla en jerga de manera expresiva	-----
100	S18	Se presta activamente a ser vestido por el adulto (por ejemplo, da su mano o pie)	-----

Nº	Item	Éxito o fracaso
14 meses		
101	P31	Anda normalmente solo
102	P32	Sube a gatas
103	C37	Hace una torre de dos cubos
104	C38	Llena la taza de cubos (al menos cinco cubos)
105	C39	Introduce la pastilla en el frasco
106	C40	Coloca el círculo en su agujero cuando se le ordena
107	C41	Hace un garabato cuando se le ordena
108	L17	Utiliza onomatopeyas que hacen el papel de palabras
109	L18	Identifica un objeto (sobre cinco objetos presentados)
110	S19	Señala con el dedo lo que le interesa
17 meses		
111	P33	Anda hacia atrás
112	P34	Empuja el balón con el pie
113	C42	Hace una torre de tres cubos
114	C43	Vuelve las páginas del libro
115	C44	Retira la pastilla del frasco
116	C45	Se adapta al giro de la tablilla para el círculo
117	L19	Dice cinco palabras
118	L20	Identifica tres objetos
119	S20	Bebe solo en el vaso y come solo con la cuchara (dos éxitos sobre dos)
120	S21	Hace que bebe, hace que come o peina al adulto (dos éxitos sobre tres)
20 meses		
121	P35	Da una patada al balón después de una demostración
122	P36	Corre con movimientos coordinados
123	C46	Hace una torre de cinco cubos
124	C47	Utiliza la mano para sujetar el papel cuando se le pide que garabatee
125	C48	Coloca los tres trozos de la tablilla
126	L21	Nombra dos o muestra 4 imágenes
127	L22	Identifica 4 objetos
128	L23	Hace frases de dos palabras
129	S22	Ejecuta instrucciones sentar la muñeca, darle de beber, peinarla
130	S23	Juega a imitar
24 meses		
131	P37	Da una patada al balón cuando se le ordena
132	P38	Se mantiene sobre un pie con ayuda
133	C49	Alinea los cubos para imitar un tren
134	C50	Imita una raya sin observar dirección
135	C51	Se adapta al giro de la tablilla para los tres trozos
136	L24	Nombra seis imágenes
137	L25	Identifica 8 objetos o nombra 4
138	L26	Hace frases de tres palabras
139	L27	Utiliza su nombre cuando habla de sí mismo de un objeto que le pertenece
140	S24	Lava sus manos y trata de secarlas
30 meses		
141	P39	Sube solo una escalera alternando los pies
142	P40	Se mantiene sobre un pie sin ayuda
143	C52	Hace un muro con cuatro cubos
144	C53	Imita un trazo horizontal y uno vertical
145	C54	Nombra 10 imágenes
146	L28	Nombra 8 objetos o más
147	L29	Utiliza uno de los pronombres "yo, tu, él, ella"
148	L30	Comprende dos preposiciones "en, sobre, detrás, delante, debajo"
149	S25	
150	S26	Se coloca solo sus zapatos o calcetines



Anexo 2

Consentimiento informado

Nosotros Fabián Álvarez CI. 0105488274 y Andrea Fajardo CI.0105814578 estudiantes egresados de la carrera de Estimulación Temprana en Salud de la Universidad de Cuenca, nos dirigimos a usted de la manera más comedida solicitándole se nos conceda la autorización para realizar nuestra investigación.

Evaluación del Desarrollo Psicomotor en niños de los Centros Infantiles “Angelitos, San Francisco y Huayna Cápac”.

Cuyo objetivo es la evaluación de su hijo o representado con el Test Brunet Lezine Versión Renovada, determinando la edad de desarrollo que se encuentra y así un posible retraso en el mismo.

Este estudio pretende evaluar a 90 niños de tres centros infantiles”, con una duración del estudio de 6 meses, y la evaluación realizada a cada niño de media hora.

Para realizar el presente estudio se obtuvieron los respectivos permisos de los centros, con una constante capacitación para la correcta aplicación de la guía y la supervisión de la directora de tesis. Cada niño que ingrese al estudio se evaluará de forma individual, realizando diferentes tareas propuestas de acuerdo a la edad.

Esta evaluación no presenta ningún riesgo para el participante. Beneficiará a su hijo al saber cómo se encuentra en su desarrollo, la manera de trabajar con el mismo, ya que establece posibles falencias y en qué área necesita más apoyo.

La evaluación realizada a sus hijos no presenta ningún costo para su persona y tampoco una retribución económica.

Su participación en este estudio es de forma voluntaria, los resultados obtenidos son totalmente confidenciales y pueden acceder a ellos si fuere necesario de su parte.

Firma del representante

*Contáctenos en caso de requerir información adicional o sugerencias:

Andrea Fajardo. Cel. 00982775077. Correo electrónico: andrea.fajardoc@ucuenca.ec

Fabián Patricio Álvarez Cárdenas.
Andrea Johanna Fajardo Coronel.



Anexo 3 Solicitudes y permisos

Cuenca, 24 de febrero del 2016

Sra. Abg. July Maribel Ortiz Chacha
Director Distrital Cuenca
Su despacho
Presente
Ciudad

Estimada Abogada:

Reciba un atento y cordial saludo de quienes formamos parte de los estudiantes del internado de la carrera de Estimulación Temprana en salud, de la Universidad de Cuenca, nos permitimos dirigirnos a Ud., solicitando la apertura de los Centros que Ud., asertivamente dirige, para la realización de nuestro proyecto de investigación titulado **“Evaluación del Desarrollo Psicomotor en niños de 17 a 30 meses de edad de los Centros Infantiles “San Francisco y Huayna Cápac”, del Cantón Cuenca con el Test Brunet Lézine Versión Revisada, Mayo a Agosto 2016”**

En espera de su favorable respuesta, suscribimos.

Atentamente:

Fabián Patricio Álvarez Cárdenas

CI. 010548827-4

Andrea Johanna Fajardo Coronel

CI. 010581457-8



Cuenca, 24 de febrero del 2016

Lic. María Lorena Núñez del Arco
Director del Centro de Desarrollo Infantil Bilingüe “Angelitos” de la
Universidad de Cuenca
Su despacho
Presente
Ciudad

De mis consideraciones:

Reciba un atento y cordial saludo de quienes formamos parte de los estudiantes del internado de la carrera de Estimulación Temprana en salud, de la Universidad de Cuenca, nos permitimos dirigirnos a Ud., solicitando la apertura de los Centros que Ud., asertivamente dirige, para la realización de nuestro proyecto de investigación titulado **“Evaluación del Desarrollo Psicomotor en niños de 17 a 30 meses de edad de los Centros Infantiles “Angelitos”, del Cantón Cuenca con el Test Brunet Lézine Versión Revisada, Mayo a Agosto 2016”**

Permítanos indicarle que nuestra experiencia como pasantes en su centro, fue única y lo queremos dejar sentado en nuestro tema de investigación.

En espera de su favorable respuesta, suscribimos.

Atentamente:

Fabián Patricio Álvarez Cárdenas

CI. 010548827-4

Andrea Johanna Fajardo Coronel

CI. 010581457-8



MINISTERIO DE INCLUSIÓN
ECONÓMICA Y SOCIAL

Oficio Nro. MIES-CZ-6-DDC-2016-0298-OF

Cuenca, 16 de marzo de 2016

Asunto: Contestación a Solicitud de apertura en los centros para legalización del proyecto de investigación

Señor
Fabían Patricio Álvarez Cárdenas
Estudiante
UNIVERSIDAD DE CUENCA
En su Despacho

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo, en contestación a la solicitud de poder aplicar un test a los niños y niñas que asisten a los Centros Infantiles de Buen Vivir Huana-Capac y San Francisco de la Dirección Distrital Cuenca, le informé que el mismo es procedente; siempre y cuando exista el compromiso de Usted, basándose en los acuerdos que mantuvo en la reunión con la Responsable de Desarrollo Infantil Mgs. Celia Sinchi.

Por lo que se solicita que el trabajo a realizar, lo coordine con Celia Sinchi, ext. 3544
Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Ing. Juanita Dolores Bersosa Webster
DIRECTORA DISTRITAL CUENCA, SUBROGANTE

Referencias:
- MIES-CZ-6-DDC-2016-0465-EXT

Anexos:
- OFICIOS/N;4 fojas en total

Copia:
Señorita Licenciada
Celia Balvina Sinchi Sinchi
Servidor Público 6

mc



Cuenca, 24 febrero de 2016

Lic. María Lorena Núñez del Arco.
Directora del Centro de Desarrollo Infantil Bilingüe "Angelitos" de la Universidad de Cuenca.
Su despacho.
Presente.
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Reciba un atento y cordial saludo de quienes formamos parte de los estudiantes del internado de la Carrera de Estimulación Temprana en Salud, de la Universidad de Cuenca, nos permitimos dirigirnos a Ud., solicitando la apertura en los Centros que Ud., asertivamente dirige, para la realización de nuestro proyecto de investigación titulado: "EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE 17 A 30 MESES CON EL TEST BRUNET LEZINE Y BRUNET LEZINE REVISADO EN EL CENTRO INFANTIL "ANGELITOS", DEL CANTÓN CUENCA, EN EL PERÍODO MARZO - MAYO 2016".

Permítanos indicarle que nuestra experiencia como pasantes en su Centro, fue única y lo queremos dejar asentado en nuestro tema de investigación.

En espera de su favorable respuesta, suscribimos.

Atentamente:

Fabián Patricio Álvarez Cárdenas

C.I. 0105488274

Andrea Johanna Fajardo Coronel

C.I. 0105814578

Katherine Lisbeth Loayza Saritama

C.I. 0705474500

Centro de Educación Infantil Particular
"ANGELITOS"
Universidad de Cuenca (Av. 12 de Abril)
Cuenca, Ecuador
Tel: 4053000 ext. 4002 / 0547937418
E-mail: maternainfantil@universityofcuenca.edu.ec
Cuenca - Ecuador