



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

**DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS Y NIÑAS DE 6 a 12 MESES.
HOSPITAL MORENO VÁZQUEZ. GUALACEO -2017**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE LICENCIADO EN ESTIMULACIÓN
TEMPRANA EN SALUD.

AUTORAS:

FABIANA ISABEL BANEGAS ULLOA

CI. 0105132245

MARIELA ALICIA CONCE ZARUMA

CI. 0105801732

DIRECTORA:

Mgst. MIRIAM ALEXANDRA LUCIO BRAVO

CI. 0103073441

Cuenca – Ecuador

2017



RESUMEN

ANTECEDENTES: En los primeros años de vida el desarrollo psicomotor es fundamental en la adquisición de funciones o habilidades. Según diversos estudios existen una gran cantidad de niños y niñas que no cumplen con los hitos del desarrollo, por lo que es primordial detectar los signos de alarma a temprana edad con una evaluación de su desarrollo.

OBJETIVO GENERAL: Determinar el nivel de desarrollo de niños y niñas de 6 a 12 meses que acuden a consulta externa en el Hospital Moreno Vázquez.

METODOLOGÍA: Se ejecutó un estudio descriptivo, de corte transversal. La técnica utilizada fue la observación, se aplicó una ficha de recolección de datos a las madres y una evaluación individual del desarrollo psicomotor a niños y niñas de 6 a 12 meses de edad a través del Test de Denver II, en consulta externa del Hospital Moreno Vázquez. Para el análisis y tabulación de los datos se utilizó: SPSS versión 15 en español, medidas de tendencia central y tablas de acuerdo a las variables.

CONCLUSIÓN: En nuestra investigación según los resultados del Test Denver II, se encontró que el 41.7% presentaron un desarrollo psicomotor dudoso, el 36.7% un desarrollo psicomotor normal, y con un 21.7% desarrollo psicomotor anormal

USO DE RESULTADOS: Los resultados serán publicados en la base de datos de la Universidad de Cuenca para conocimiento de los estudiantes y profesionales de Estimulación Temprana y carreras afines, pretendiendo sensibilizar sobre la importancia que tiene la detección temprana en la identificación de alertas en el desarrollo.

PALABRAS CLAVES: DESARROLLO PSICOMOTOR, TEST DE DENVER II, DETECCION PRECOZ.



ABSTRACT

BACKGROUND: In the first years of life. Psychomotor development is fundamental. For the acquisition of functions or abilities that follow a progressive, evolutionary, systematic, multidimensional and integral sequence. According to several studies there are a lot of children who do not comply with the proper development. For that is essential to detect the signs of alarm at an early age with an evaluation of their development.

GENERAL OBJECTIVE: To determine the level of development of children aged 6 to 12 months who attend to an external consultation at Moreno Vázquez Hospital.

METHODOLOGY: A descriptive cross-sectional study was carried out. The technique used was observation, a data collection form was applied to the mothers and individual evaluation of psychomotor development for boys and girls from 6 to 12 months of age through the Denver II Test months, who attend to an external consultation at Moreno Vázquez Hospital. For the analysis and tabulation of the data we used: SPSS version 15 in Spanish, measures of central tendency and tables according to the variables.

CONCLUSION: In our research according to the results of the Test Denver II, it was found that 36.7% had normal psychomotor development, 21.7% had abnormal psychomotor development and 41.7% had a doubtful psychomotor development.

USE OF RESULTS: The results will be published in the database of the University of Cuenca for the knowledge of students and professionals of Early Stimulation and related careers, trying to raise awareness about the importance of early detection in the identification of alerts in development.

KEYWORDS: PSYCHOMOTOR DEVELOPMENT, DENVER II TEST.



INDICE

RESUMEN 2

ABSTRACT 3

CAPITULO I 13

1. INTRODUCCION 13

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: 14

1.2 JUSTIFICACIÓN..... 14

CAPITULO II 16

2. MARCO TEORICO 16

2.1 DESARROLLO PSICOMOTOR 16

2.2 TEORÍAS DEL DESARROLLO..... 16

2.2.1 Teoría psicoanalítica..... 16

2.2.2 Teoría del desarrollo de Piaget 18

2.2.3 Teoría del desarrollo de psicomotor de Julián Ajuria Guerra. 20

2.3 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR 20

2.3.1 Factores psicosociales 21

2.3.2 Factores biológicos..... 21

2.3.3 Factores ambientales 22

2.3.4 Factores socioeconómicos 23

2.4 DESTREZAS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR DE NIÑOS Y NIÑAS DE 6 – 12 MESES.
23

2.4.1 Motriz Gruesa:..... 24

2.4.2 Motriz Fina 25

2.4.3 Cognición..... 26

2.4.4 Lenguaje: 27

2.4.5 Social: 28

2.4.6 Autoayuda 29

2.5 IMPORTANCIA DE UNA DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS DEL DESARROLLO 30

2.6 EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR..... 31

2.7 TEST DE DENVER II..... 33

CAPITULO III 35



3. OBJETIVOS 35

 3.1 OBJETIVO GENERAL 35

 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS: 35

CAPITULO IV 36

4. DISEÑO METODOLÓGICO 36

 4.1 TIPO DE ESTUDIO 36

 4.2 ÁREA DE ESTUDIO 36

 4.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO 36

 4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN 36

 4.4.1 Criterios de inclusión 36

 4.4.2 Criterios de exclusión 36

 4.5 VARIABLES 37

 4.5.1 Operacionalización de las variables 37

 4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS 38

 4.7 PROCEDIMIENTOS 38

 4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS 39

 4.9 ASPECTOS ÉTICOS 39

CAPITULO V 40

 5. ANALISIS DE LOS RESULTADOS 40

CAPITULO VI 45

 6.1 DISCUSIÓN 45

 6.2 CONCLUSIONES 47

 6.3 RECOMENDACIONES 48

CAPÍTULO VII 49

 7. BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA 49

CAPITULO VIII 57

 8. ANEXOS 57



Licencia y Autorización para Publicación en el Repositorio Institucional

Yo Fabiana Isabel Banegas Ulloa, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales de proyecto de investigación “**DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS Y NIÑAS DE 6 a 12 MESES. HOSPITAL MORENO VÁZQUEZ. GUALACEO -2017.**”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. De la ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 22 de Diciembre del 2017

.....
Fabiana Isabel Banegas Ulloa

C.I. 0105132245



RESPONSABILIDAD

Yo, Fabiana Isabel Banegas Ulloa, autora del proyecto de investigación **“DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 12 MESES. HOSPITAL MORENO VÁZQUEZ. GUALACEO 2017”** certificó que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 22 de diciembre del 2017

.....
Fabiana Isabel Banegas Ulloa

C.I. 0105132245



Licencia y Autorización para Publicación en el Repositorio Institucional

Mariela Alicia Conce Zaruma, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “**DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS Y NIÑAS DE 6 a 12 MESES. HOSPITAL MORENO VÁZQUEZ. GUALACEO -2017.**”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. De la ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 22 de Diciembre del 2017

.....
Mariela Alicia Conce Zaruma

C.I. 0105801732



RESPONSABILIDAD

Yo, Mariela Alicia Conce Zaruma, autora de la tesis “**DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 12 MESES. HOSPITAL MORENO VÁZQUEZ. GUALACEO 2017**” certificó que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 22 de diciembre 2017

.....
Mariela Alicia Conce Zaruma

C.I. 0105801732



DEDICATORIA

El presente trabajo y todos los años de estudio dedico con mucho amor y cariño:

A Dios y la Virgen María por llenarme de fuerza en todo momento.

A mis padres Marcelo y Miriam que a pesar de todas las circunstancias estuvieron ahí para apoyarme incondicionalmente y no dejarme que me rindiera, gracias a su amor y esfuerzo me ha dado todo lo que soy como persona, mis valores y mis principios.

A mi esposo Juan Diego porque aunque no haya sido fácil siempre ha estado a mi lado impulsándome a seguir adelante, gracias por su amor y por los días y horas que hizo el papel de padre y madre.

A mis tres pequeños príncipes mis sobrinos, a mis hermana/os, a mis cuñado/as, y a mi prima querida Dayana que de una u otra manera contribuyeron apoyándome y ayudándome para lograr con mi meta.

A mis ángeles en el cielo pero en especial a Javier quien fue parte de todos los años de estudio, sé que en el cielo estás muy feliz por mí, gracias por ayudarme a “sobrevivir en la u” y enseñarme que “así era la u”.

Finalmente y de manera muy especial a mí pequeña Amy Fabiana quien es el motor de mi vida, y la mayor motivación para concluir mi carrera. Aun a su corta edad nos tocó sacrificar muchos momentos juntas me has enseñado y me sigues enseñando cosas de esta vida.

FABIANA B.



Esta tesis le dedico a mi Dios quien supo guiarme por el buen camino, por haberme permitido llegar hasta este momento tan importante de mi vida, por darme las fuerzas y la fortaleza para nunca rendirme y seguir adelante a pesar de las dificultades y adversidades.

A mis padres Marina y Manuel por haberme apoyado en todos los años de estudio les dedico todo mi esfuerzo en reconocimiento a todo el sacrificio puesto en mí.

A mi hermanos Karina, Bryan, pero de manera especial a Waldo, Rommel, Genaro, por ser mí apoyo incondicional y un pilar fundamental en todos los años de mi vida profesional, ya que siempre estuvieron presentes cuando los necesitaba y muchas veces poniéndose en el papel de padres.

A todos los docentes que formaron parte de mi vida profesional.

MARIELA C.



AGRADECIMIENTO

A Dios y a nuestra madre celestial por ser los guías a lo largo de nuestras vidas.

A nuestras familias que siempre supieron apoyarnos de una u otra manera incondicionalmente para hacer nuestro sueño realidad.

A nuestra directora y asesora Mgst. Miriam Lucio Bravo quien con sus conocimientos su experiencia y paciencia ha logrado que realicemos este proyecto con éxito.

A nuestros docentes que han impartido conocimientos para nuestra formación como profesionales.

Y finalmente son muchas las personas que han formado parte de nuestras vidas a las que nos encantaría agradecerles su apoyo, consejos, amistad, ánimo en todo momento. Algunas están aquí y otras en los recuerdos y en nuestros corazones, sin importar en donde estén queremos darles las gracias por formar parte de nuestro camino hasta llegar a nuestra meta.

FABIANA B - MARIELA C

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

Los primeros años de vida es la etapa más importante de maduración, plasticidad neuronal, crecimiento, ya que se dan significativos progresos en el desarrollo psicomotor, el mismo que hace referencia a la adquisición de habilidades de forma continua durante los primeros años de vida. Por lo tanto es de vital importancia realizar una evaluación del desarrollo y así detectar cualquier retraso que el niño presente o esté en riesgo de padecerlo.

Para Flores S en su estudio “La importancia de las pruebas para evaluar el neurodesarrollo de los niños” es fundamental la identificación temprana de los problemas del desarrollo en niños, los mismos que pueden ser integrados a programas de seguimiento multidisciplinario para su diagnóstico y tratamiento. (1).

Los problemas en el desarrollo psicomotor se ven ligados a múltiples factores tanto genéticos, ambientales, sociales. Según Vericat y Orden “El retraso del desarrollo psicomotor es uno de los cuadros más frecuentemente detectados en niños pequeños” (2)..

Durante las diferentes etapas de crecimiento existen varias pruebas de valoración del desarrollo psicomotriz, que ayudan a identificar retraso en el desarrollo, entre ellas el Denver II es utilizada debido que tiene un corto tiempo de aplicación a niños y niñas desde el nacimiento hasta los 6 años de edad y cumple una función preventiva para evitar futuros riesgos en el desarrollo. Consiste en 125 ítems que involucra cuatro áreas fundamentales: personal/social, lenguaje, motor fino, motor grueso. Los resultados se interpretan de acuerdo a la presencia o ausencia de fallas. De acuerdo al número de fallas se cataloga como una prueba normal, anormal o dudosa (2,3).

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El retraso en el desarrollo es un problema relevante, de gran impacto en la sociedad y la gran mayoría son detectados durante los primeros años de vida, debido que los niños y niñas no cumplen con los hitos del desarrollo acorde a su edad.

La UNICEF en el 2005 realizó un estudio sobre la prevalencia de los problemas del desarrollo psicomotor en 18 países dando como resultado que un promedio de 23% de niños y niñas presentaron un retraso en el desarrollo, existiendo grandes variaciones entre los países. Por otro lado se estima que en Estados Unidos entre el 1 y el 3% de los niños menores de cinco años presentan retraso en el desarrollo. En Argentina el 34.8% de niños presentaban un alto riesgo de padecer retraso en el desarrollo (4, 5).

En el 2009 una investigación realizada en Ecuador determinó que el 11.4% en niños y niñas de 0 a 5 años tuvieron retraso en el desarrollo psicomotor. En Cuenca en el 2012 en un estudio aplicado en el área urbana a niños y niñas de 0 a 5 años se obtiene que el 11% presentó retraso, 6% sin discapacidad y 5% con discapacidad (6).

Por lo tanto el objetivo de este estudio fue determinar el desarrollo psicomotor de niños y niñas de 6 a 12 meses que acudieron a consulta externa en el Hospital Moreno Vázquez.

1.2 JUSTIFICACIÓN

El sistema nervioso va madurando y adquiriendo nuevas funciones principalmente durante la infancia, pero no depende solamente de su propio



mecanismo de crecimiento y madurez; ya que intervienen varios factores ambientales (7).

En la actualidad hay un sin número de niños y niñas que llegan a la edad escolar presentando un trastorno del desarrollo sin detección diagnóstico previo, ni haberse beneficiado de los programas de Atención Temprana (8).

Alcantud, Alonso y Rico en su estudio manifiestan la importancia de una detección precoz utilizando los sistemas de cribado "Screening" del desarrollo, considerado la forma más efectiva de identificar a niños con retraso en el desarrollo a temprana edad. (9)

Ante lo expuesto anteriormente y al no haber estudios realizados en el Hospital Moreno Vázquez de Gualaceo es importante determinar el desarrollo psicomotor en los niños y niñas de 6 a 12 meses, a través de una evaluación y detección precoz para identificar riesgo.

Los resultados de nuestra investigación serán dados a conocer a las autoridades del centro de estudio, y profesionales que estén relacionados con el crecimiento, desarrollo de los niños y niñas. El presente estudio pretende a través de sus resultados ayudar a una intervención temprana y oportuna a niños y niñas que presenten alerta en el desarrollo psicomotor. Estos datos también serán publicados en la base de datos de la Universidad de Cuenca para conocimiento de las personas interesadas en este tema.



CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1 DESARROLLO PSICOMOTOR

Carl Wernicke (1848-1905), define al desarrollo psicomotor como un fenómeno de evolución, para adquirir habilidades continuas y progresivas a lo largo de la infancia (10).

García María (2016) en su estudio considera que el desarrollo psicomotor sigue una dirección céfalo-caudal y axial a distal, que los reflejos primitivos deben desaparecer para que la actividad voluntaria se desarrolle (11).

Para Gilda Garibottia, Dra. Haydeé Comara, el desarrollo psicomotor está influenciado por determinantes como los factores genéticos, la nutrición, la salud, el entorno familiar y social (12).

Fernández y Riquelme (2006) sostiene que el desarrollo psicomotor está influenciado por la maduración de las estructuras nerviosas, así como los factores que tienen mayor incidencia en el retraso del desarrollo son: el índice de riesgo social, la ruralidad, la detección tardía de dificultades en el desarrollo (13).

2.2 TEORÍAS DEL DESARROLLO

Acerca del desarrollo psicomotor del niño existen varias teorías, a continuación, se explicará brevemente algunas de ellas:

2.2.1 Teoría psicoanalítica



El desarrollo y la motricidad son dos elementos interrelacionados que dan vital importancia a lo corporal en el desarrollo de la personalidad infantil, para Freud los procesos de desarrollo del niño se encuentran divididos en las siguientes etapas: ⁽¹⁴⁾

- **Etapa oral (nacimiento – 18 meses).**

En esta edad el niño experimenta gran placer y gratificación a través de la boca. Las manifestaciones típicas del infante consisten en diversas actividades que realizan como: la succión del pulgar, el chupeteo y el acto de morder. El contacto con el mundo se produce principalmente a través de la boca ⁽¹⁵⁾.

- **Etapa anal (18 meses - 3 años)**

La zona corporal en donde el niño experimenta mayor placer es la anal, producida por la excitación de heces en el tracto intestinal. A mayor cantidad, dureza y tamaño de las heces existe mayor intensidad en las sensaciones. En esta fase se puede observar juegos con las heces o con sustitutos (arena, fango, etc.). Es una etapa en la que se inicia un cierto proceso de autonomía y de autoafirmación ^{(15) (16)}.

- **Etapa fálica (3 – 5 años)**

Esta fase se caracteriza porque los genitales son el centro de satisfacción. Según Freud la zona erógena en el varón es el pene, y el clítoris en el caso de las niñas. La curiosidad y experimentación sexual se manifiestan por las maniobras masturbadoras aparentes en el varón, en cambio en las niñas pasan más frecuentemente inadvertidas y con menor grado de conciencia. En esta etapa de desarrollo se da gran importancia a la presencia de pene, creando en el niño temores de un daño o pérdida mientras que en la niña conlleva la envidia del pene. En esta etapa Freud plantea un triángulo amoroso en el que participa el niño, objeto amado (progenitor del sexo opuesto) y el objeto odiado (progenitor del mismo

sexo) a lo que denomino complejo de Edipo, el mismo que se convierte en un factor capital de la maduración psíquica ⁽¹⁵⁾(16).

- **Etapa de latencia (6 – 11 años)**

En esta fase no existe ninguna zona erógena predominante, por lo cual se le considera como una etapa de tranquilidad. En esta edad la adquisición de valores y destrezas es el interés primordial del niño, debido a que es percibida como la principal necesidad para adaptarse a la sociedad ⁽¹⁶⁾.

- **Etapa genital**

Es la última fase en el desarrollo psicosexual y se inicia con la pubertad, existe una reactivación de los impulsos sexuales y una identificación con la figura del mismo sexo. En este tiempo existe una marcada separación entre niños y niñas, y de la rivalidad entre ellos. Con la llegada de la pubertad los cambios físicos y el empuje hormonal que los provoca significan un asalto instintivo que hace difícil esta fase de desarrollo ⁽¹⁶⁾.

2.2.2 Teoría del desarrollo de Piaget

Piaget nos enseña que los niños tienen su propia lógica y formas de conocer el mundo, las cuales siguen patrones predecibles del desarrollo conforme van alcanzando la madurez e interactúan con el entorno. Piaget se centró fundamentalmente en la forma en que adquiere el conocimiento al ir desarrollándose ⁽¹⁷⁾.

Etapas del desarrollo:

- **Etapa sensomotora** (nacimiento - 2 años)

En este estadio el niño se relaciona con el mundo a través de los sentidos y de la acción, pero, al término de esta etapa será capaz de representar

la realidad mentalmente. En esta etapa los niños construyen progresivamente el conocimiento y la comprensión del mundo mediante la coordinación de experiencias con la interacción física con objetos. (17)

Piaget denominó reacción circular al mecanismo de aprendizaje más temprano debido a los efectos interesantes, el niño intenta repetir este evento una y otra vez. Existen 3 tipos de reacciones circulares:

- Primarias: centradas alrededor del cuerpo del niño.
- Secundarias: dirigidas hacia la manipulación de objetos.
- Terciarias: tienen que ver con la exploración de efectos novedosos en el mundo que le rodea (14) (17).

- **Etapa pre operacional (2 a 7 años).**

La capacidad de pensar en objetos, hechos o personas ausentes marca el comienzo de la etapa pre operacional. En esta etapa el niño demuestra una mayor habilidad para emplear símbolos, gestos, palabras, números e imágenes con los cuales representar las cosas reales del entorno. El pensamiento del niño en esta etapa sigue siendo egocéntrico, es decir el niño tiene dificultades para tomar el punto de vista de los demás.

Esta etapa se divide en dos sub-etapas:

- Funciones simbólicas: los niños son capaces de entender, representar, recordar objetos e imágenes en su mente.
- Pensamiento intuitivo: el niño quiere el conocimiento de saber todo (14) (17).

- **Etapa de las operaciones concretas. (7- 11 años)**

En este estadio, los procesos de pensamiento de un niño se vuelven más maduros, empieza la solución de problemas de una manera más lógica. Existe una disminución gradual de pensamiento egocéntrico en

esta etapa. Piaget determinó que los niños en el estadio de las operaciones concretas fueron capaces de incorporar la lógica inductiva (17).

- **Etapas de las operaciones formales** (11 años en adelante).

Se inicia con la pubertad, y las operaciones mentales según Piaget se dan mediante la cooperación con los demás. La inteligencia se demuestra a través de la utilización lógica de símbolos relacionados con los conceptos abstractos. El individuo razona tanto hipotéticamente como deductivamente (17).

2.2.3 Teoría del desarrollo de psicomotor de Julián Ajuria Guerra.

En esta teoría se da importancia a la función tónica y a la relación de la utilización del tono con el medio de comunicación del niño.

El desarrollo motriz del niño pasa por diferentes etapas:

- **La organización del esqueleto motor:** se organiza la tonicidad y propioceptividad, desapareciendo las reacciones primarias.
- **La organización del plano motor:** los reflejos dan espacio a una motricidad voluntaria.
- **La automatización:** surge una coordinación de los movimientos más eficientes adaptados a las condiciones del medio (16).

2.3 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR

En los primeros años de vida, se da un acelerado crecimiento, maduración del Sistema Nervioso Central (SNC) y del cerebro, considerando a esta etapa uno de los periodos más vulnerables. Es importante saber que a medida que el niño crece y se desarrolla va encontrar diversos factores

que pueden beneficiar o dificultar el desarrollo psicomotor entre estos tenemos: factores psicosociales, biológicos, ambientales y socioeconómicos.

2.3.1 Factores psicosociales

La pobreza, la baja educación de la madre y una deficiente estimulación afectan particularmente el desarrollo de los niños y niñas.

Los niños que habitan en un ambiente psicosocial pobre en estímulos y en experiencias rinden menos que aquellos que viven en contextos estimuladores ⁽¹⁸⁾.

En 2010, el estudio bio-psicosocial-clínico genético denominado “Misión Solidaria Manuela Espejo”, implementado por la Vicepresidencia de la República, determinó que 294.803 personas con discapacidad se encuentran en situación crítica ⁽¹⁹⁾.

2.3.2 Factores biológicos

El ser humano presenta diferencias en cuanto a la maduración del sistema nervioso, muscular y sensorial, todo esto debido a su estructura genética y sus procesos de desarrollo, tanto en la etapa prenatal y postnatal, si las mismas inciden de manera negativa pueden mostrar u ocasionar problemas y alteraciones en el desarrollo psicomotor.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 10 % de la población de cualquier país está constituida por personas con algún tipo de deficiencia.



En el año 2009 en América Latina la población estimada era de 930.690.000 de habitantes y aproximadamente 93 millones de personas tenían problemas en el desarrollo incluyendo los niños ⁽²⁰⁾ ⁽²¹⁾.

Según datos de la Agenda Nacional para la Igualdad de las Discapacidades (2013-2017) las malas condiciones de salud son las causas principales de discapacidad en niños menores de 5 años. El 80% reportó como causa originaria alguna condición negativa de salud: enfermedades hereditarias y adquiridas, problemas al momento del parto, infecciones y mala práctica médica. A nivel rural se reportó el 91%, muy por encima del 73% en el sector urbano ⁽²²⁾.

2.3.3 Factores ambientales

El medio ambiente influye en el desarrollo del cerebro del infante porque puede moldearse con facilidad de acuerdo a las experiencias que afectan positiva o negativamente el sistema nervioso central, para así poder aprender y almacenar información. El medio ambiente, la sociedad, los factores de riesgos varían de región a región.

El medio interviene en el proceso de desarrollo de un ser humano, desde que nace hasta que muere.

Los niños que viven en ambientes precarios, con poca oportunidad de acceso a la salud y educación inciden en un desarrollo armónico infantil. En los países en desarrollo más de 200 millones de niños menores de cinco años no alcanzan su potencial, debido a la pobreza, a las condiciones vulnerables de salud y nutrición.

Las principales causas de la discapacidad están relacionadas con problemas de salud, factores ambientales y otros factores, como los



accidentes de tráfico, las catástrofes naturales, los conflictos, los hábitos alimentarios y el abuso de sustancias (23).

2.3.4 Factores socioeconómicos

Hace referencia al nivel laboral como educativo de los padres, al ingreso familiar, pobre interacción de padres e hijos y baja estimulación en el hogar, disfunción familiar, enfermedades crónicas, descuido en la salud, etc. También influye en la calidad y estilo de vida, ya que repercuten en los progresos para el desarrollo y aprendizaje.

En el 2007 en América Latina el 17,9% de de niños se encontraban en condición de pobreza infantil, el mismo que indica que sus condiciones nutricionales básicas y el acceso a los servicios básicos de salud estaban siendo violentados, afectando de manera directa en su desarrollo integral (21).

En uno estudio realizado en el Centro de Desarrollo Infantil Universidad de Cuenca (CEDIUC), de la totalidad de población investigada el 76.1% presentó una calidad de vida inadecuada, asociada a un ingreso económico pobre 38.1%, seguido de un 31.9% con ingreso económico precario. El 31.9% de los usuarios presentó discapacidad y el 68.1% factores de riesgo en el desarrollo (24).

2.4 DESTREZAS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR DE NIÑOS Y NIÑAS DE 6 – 12 MESES.

Durante el primer año de vida se dan diferentes cambios en el desarrollo psicomotor y en las capacidades perceptivas del niño, ya que avanzan rápidamente, por lo que es fundamental conocer a profundidad las

características propias del desarrollo en las diferentes etapas de vida. Cabe recalcar que cada niño tiene su propio ritmo de adquisición de destrezas y habilidades. A continuación se detalla las distintas destrezas que deben alcanzar los niños y las niñas de 6 a 12 meses:

2.4.1 Motriz Gruesa: Describe los cambios de posición del cuerpo, y la capacidad para mantener el equilibrio. Hace referencia a la adquisición de la fuerza muscular y control de movimientos, lo cual le va permitir primero conocer su propio cuerpo y el mundo que lo rodea ⁽²⁵⁾. De acuerdo a la edad cronológica los niños y niñas deberían:

6 meses

- Se mantiene sentado
- Gira de supino a prono
- Tendido sobre la espalda se desembara de la servilleta puesta sobre la cabeza
- Tendido sobre la espalda, se coge los pies con las manos

7 meses

- Sentado sin apoyo tiende las manos hacia delante, para no caer.
- Puede inclinarse para sostener objetos ya que tiene mayor control sobre él.
- Sentado, se desembraza de la servilleta puesta en su cabeza

8 meses

- Se arrastra hacia adelante
- Se para tomado de muebles
- Control total del tronco
- Gira de supino-prono-supino
- Pasa de supino a sentado

9 meses

- Gatea

- Se balancea en posición sedante
- Hace movimiento de andar sostenido por las axilas

10 meses

- Camina tomado de ambas manos o muebles
- Gira sentado
- Camina sobre manos y pies
- Colocado de pie con apoyo, levanta un pie y lo apoya.

11 meses

- Se mantiene arrodillado
- Camina tomado de una mano
- Realiza marcha lateral

12 meses

- Primeros pasos
- Se balancea arrodillado. (26)(27)

2.4.2 Motriz Fina: Es la coordinación de los movimientos musculares pequeños, implicando el uso de los músculos de los dedos, la mano y el brazo, así mismo se requiere una coordinación óculo manual para poder manipular objetos. Esta área se desarrolla en sentido próximo distal (25) (28). Al respecto se puede apreciar que los niños y niñas cumplen diferentes hitos del desarrollo como:

6 meses

- Toma un cubo en forma de rastrillo
- Toma un sonajero vertical y los trasfiere entre sus manos
- Golpea sus juguetes sobre la mesa

7 meses

- Toma objetos que están a su alcance y los examina
- Toma un cubo en cada mano y lo sostiene un rato

- Utilizar pinza inferior

8 meses

- Golpea dos objetos
- Teniendo dos objetos deja caer por coger el tercero

9 meses

- Pinza superior
- Retira el círculo de la tablilla

10 meses

- Pinza fina
- Pone un cubo en la taza y lo retira

11 meses

- Comienza a poner y sacar objetos de la taza
- Realiza garabatos sobre un papel
- Señala con dedo índice

12 meses

- Pone bolitas en la botella
- Pone aros en el vástago ⁽²⁶⁾ ⁽²⁷⁾.

2.4.3 Cognición Hace referencia a la capacidad de resolver problemas implicando habilidades mentales como memoria, aprendizaje, razonamiento, y pensamientos ⁽²⁹⁾. Entre las principales habilidades cognitivas de acuerdo a su edad tenemos:

6 meses

- Explora los objetos con la boca
- Se lleva los pies a la boca

7 meses

- Juega con las partes de su cuerpo
- Juega con otras personas

8 meses

- Atrae objetos
- Permanencia de objetos

9 meses

- Relación con el adulto a través del juego
- Reconoce objetos familiares

10 meses

- Recupera un cubo envuelto delante de el
- Golpea un cubo contra otro

11 meses

- Se mueve al escuchar música

12 meses

- Mira el lugar donde se escondió el juguete. (26) (27)

2.4.4 Lenguaje: nos permite la comunicación con los demás. Esta área se aprende naturalmente, ya que el cerebro del niño tiene estructuras especiales que le permiten ejercitarse a través de los sonidos, palabras y frases. (29) (30) De acuerdo al desarrollo evolutivo los niños y niñas deberían:

6 meses

- Balbuceo
- Vocaliza cuatro sonidos diferentes

7 meses

- Grita para llamar la atención
- Emite silabas dobles

8 meses

- Reacciona a palabras familiares
- Emite sonidos en forma exclamativa

9 meses

- Responde cuando le llaman por su nombre
- Baluceo bisilábico

10 meses

- Primeras palabras
- Sacude la cabeza para decir NO
- Responde a la pregunta ¿Dónde?

11 meses

- Se interesa por los ruidos de la casa
- Canta imitando al adulto cuando escucha música
- Predomina el aspecto expresivo

12 meses

- Vocabulario de 3 palabras
- Sonidos onomatopéyicos. (26) (27)

2.4.5 **Social:** se estructura a partir de las relaciones que se establecen entre el niño y las demás personas que lo rodean, así como la capacidad para desenvolverse en su medio ambiente. (29) (31) Por lo tanto estas destrezas se desarrollan progresivamente, como se explica a continuación:

6 meses

- Coopera en juegos
- Acaricia su imagen en el espejo

7 meses

- Explora todo lo que está a su alcance
- Le gusta bañarse
- Expresa claramente agrado y desagrado

8 meses

- Se asusta de los extraños

- Distingue situaciones de enojo

9 meses

- Entiende una prohibición
- No teme al peligro cuando explora
- Muestra oposición al realizar actividades

10 meses

- Le gusta y se entretiene manipulando objetos
- Muestra oposición a actividades

11 Meses

- Entrega y recibe juguetes a personas conocidas

12 meses

- Le gusta ser el centro de atención
- Ha adquirido hábitos
- No quiere aceptar ayuda en las actividades que realiza. (26) (27)

2.4.6 Autoayuda: Se considera autoayuda a la habilidad de cuidarse así mismo. (28) En los niños esta capacidad va evolucionando paulatinamente y es así que:

6 meses

- Come papillas con cuchara
- Empieza a morder

7 meses

- Utiliza la taza para tomar líquidos

8 meses

- Empieza a masticar

9 meses

- Sostiene el biberón
- Juega con la cuchara al momento de alimentarla

10 meses

- Ayuda cuando se le viste

11 meses

- Toma alimentos sólidos de un plato y se lleva de la boca

12 meses

- Bebe solo de una taza aunque derrama un poco
- Sostiene la cuchara e intenta comer con ella. (26) (27)

2.5 IMPORTANCIA DE UNA DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS DEL DESARROLLO

En su estudio Canal (2006), resalta la importancia de una detección precoz, ya que es una forma de poner en marcha medidas tanto terapéuticas como preventivas (32).

Según reportan en su investigación Schonhaut, Álvarez, y Salinas (2008), la falta de una detección precoz de los retrasos del desarrollo psicomotor disminuye la posibilidad de una intervención temprana (31).

Arruabarrena & de Paul, (2012) aseveran que los sistemas de cribado del desarrollo no solo son una medida preventiva, sino que los programas de intervención temprana precozmente son convenientes económicamente, además de generar beneficios a largo plazo al niño y su familia (33).

Gutiérrez (2016) sostiene que el desarrollo cerebral ocurre en un 80% hasta los treinta y seis meses de edad, por lo que actualmente antes de esa edad, se busca evaluar y detectar problemas del neurodesarrollo, debido que un diagnóstico e intervención precoz puede beneficiar el desarrollo del niño, ayudando en su bienestar futuro y calidad de vida (34).

Un estudio realizado en Navarra (2009) confirma una alta prevalencia de problemas en el desarrollo (51.2 %), es por esto que toma énfasis en la importancia de una detección temprana, ya que un tratamiento oportuno puede

optimizar y mejorar el pronóstico de los niños. Este estudio refiere que podemos actuar en varios niveles:

- Prevención primaria: su acción es enfocada en los niños de riesgo biológico y/o social, disminuyéndole los factores de riesgo y aumentando los factores protectores.
- Prevención secundaria: su acción es enfocada en los niños con retraso del desarrollo ayudándole a mejorar su desarrollo.
- Tratamiento compensador: actúa en los niños con discapacidades establecidas, mejorando su calidad de vida, ya que no se puede cambiar la patología (35).

Uno de los objetivos prioritarios de Atención Temprana es detectar niños que no cumplan con las habilidades y capacidades esperadas para su edad lo antes posible, debido que esto puede indicar un trastorno de desarrollo grave. Es así que la Academia Americana de Pediatría (AAP, 2001), concluye que no debemos esperar hasta que el niño no vaya cumpliendo los hitos del desarrollo espontáneamente, tratar que cumpla hitos superiores y así recuperar la normalidad, sino debemos actuar sobre el mismo (33).

2.6 EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

Los sistemas de cribado (“Screening”) son pruebas simples que permiten detectar a tiempo problemas en el desarrollo, necesitando así la confirmación mediante otras pruebas complementarias.

Según la investigación de Alcantud, Alonso & Rico, (2014) los test de cribado del desarrollo tuvieron su inicio en 1966 por Knobloch (32).

Existen diversos test o escalas para medir el desarrollo psicomotor entre ellas tenemos:

- **Test de Desarrollo de Denver (1967):** Se utiliza entre las dos semanas de vida hasta los 6 años. Fue ideado para proporcionar un método breve de detección de problemas del desarrollo, estandarizado en 1036 lactantes y preescolares. Su confiabilidad es de 0.90. Analiza 4 áreas: motricidad gruesa, motricidad fina-adaptativa, lenguaje y personal-social (36).
- **Bayley Scales of Infant and Toddler Development.:** Se aplica a niños desde el 1 mes hasta los 3 años 6 meses, el mismo tiene una confiabilidad de 0,75, y está integrada por un total de cinco escalas, de las cuales tres se obtienen a través de test: cognición, lenguaje y motricidad (Fina y Gruesa), y dos a través de cuestionarios dirigidos a los padres sobre la conducta cotidiana del niño, que evalúa el área Social-Emocional y Conducta adaptativa (37).
- **Inventario de Desarrollo Battelle (BDI)** (Newborg, Stock, Wnek, Guidubaldi y Svinicki, 1998). Este test tiene una confiabilidad de 0,80. Se aplica desde los 0 meses hasta los 8 años de edad. Consta de una batería completa y un test de cribado. La batería completa está integrada por 341 ítems agrupados en cinco áreas. Son las siguientes:
 - Área Personal-social
 - Área Adaptativa
 - Área Motora.
 - Lenguaje
 - Área Cognitiva (38).
- **CAT/CLAMS (Cognitive Adaptative Test / Clinical Linguistic and Auditory Milestone Scale).** La confiabilidad de este test es de 0,67, con un tiempo de aplicación de 10 a 15 minutos. Este test nos permite comparar habilidades lingüísticas y no lingüísticas para la resolución de

problemas y por tanto, ayuda en el diagnóstico y la derivación adecuada también otorga un cociente de desarrollo (38).

2.7 TEST DE DENVER II

Es un test que ha sido ideado en 1967 y ha sido utilizada en varios países del mundo, actualmente se maneja la versión DDST-II (1992), en niños de 1 mes a 6 años de edad para detectar posibles problemas del desarrollo y puede ser aplicado rápidamente por profesionales entrenados (39).

Es una prueba estandarizada que tiene una confiabilidad en la aplicación y replicación de la prueba (correlación superior a 0.90 cuando se aplica varias veces) (40).

Ventajas del Test de Denver II

- Es de fácil administración.
- Tiene alta fiabilidad.
- Tiempo de aplicación corto.
- Aborda cuatro áreas de desarrollo (41).

El Denver II está diseñada por 4 áreas con diferentes ítems:

- **Personal – social:** Estas tareas reflejan la habilidad del niño para contactarse con otras personas y el cuidado de sí mismo.
- **El motor fino adaptativo:** Valora la capacidad del niño para realizar movimientos finos (pequeños, precisos) Ej. tomar objetos, dibujar.
- **El lenguaje:** Da a conocer la manera de como el niño se comunica con las demás personas (escuchar, oír, seguir órdenes).
- **El motor grueso:** Estas tareas hace referencia a los movimientos corporales, globales del niño (39) (40).

La forma de administrar el Test de Denver se detalla a continuación:

1. Se debe trazar una línea sobre la hoja de prueba señalando la edad del niño o niña.
2. Se llena los datos en la parte superior.
3. Evaluar todas las tareas que sean atravesadas por la línea de edad.
4. Dependiendo del resultado se coloca diferentes claves sobre la marca del 50% de la población:
 - **P** (pasó) si el niño realiza la tarea.
 - **F** (falló) si el niño no realiza una tarea que la hace el 90% de la población de referencia.
 - **NO** (nueva oportunidad) si el niño no realiza la prueba, pero la línea de edad queda por detrás del 90% de la población de referencia.
 - **R** (rehusó) el niño por alguna situación no colaboró para la evaluación, automáticamente se convierta en una NO porque hay que evaluar en la siguiente visita ⁽⁴¹⁾.

Para la calificación del Test de Denver II se debe considerar:

- Anormal: cuando hay uno más sectores con dos o más fallos.
- Dudoso: cuando hay dos o más sectores con un solo fallo.
- Normal: cuando no hay fallos en ningún sector.

El Test De Denver II permite una detección oportuna para prevenir futuros riesgo en el desarrollo psicomotor del niño y así establecer un plan y programa terapéutico ⁽⁴⁰⁾.



CAPITULO III

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de desarrollo de niños y niñas de 6 a 12 meses que acuden a consulta externa en el Hospital Moreno Vázquez.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar a la población de estudio según edad, sexo.
- Determinar el desarrollo a través del Test de Denver II a niños y niñas de 6 a 12 meses.
- Relacionar los resultados con las variables: edad, sexo.

CAPITULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio cuantitativo, de tipo descriptivo y trasversal.

4.2 ÁREA DE ESTUDIO

El área de estudio fue el departamento de consulta externa del Hospital Moreno Vázquez del Cantón Gualaceo.

4.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de este estudio fueron todos los niños de 6 a 12 meses que acudieron a consulta externa en el Hospital Moreno Vázquez durante el período de investigación.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.4.1 Criterios de inclusión

Niños y niñas de 6 a 12 meses de edad que acudieron a Consulta Externa en el Hospital Moreno Vázquez del Cantón Gualaceo, con consentimiento informado de los padres o representantes legales.

4.4.2 Criterios de exclusión

- Niños con discapacidad.
- Niños nacidos antes de las 37 semanas de gestación.

- Niños con desnutrición.
- Niños con retraso en el desarrollo previamente diagnosticado.

4.5 VARIABLES

- Desarrollo Psicomotor
- Edad
- Sexo

4.5.1 Operacionalización de las variables

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicador	Escala
Desarrollo Psicomotor	Es un proceso de adquisición de destrezas y habilidades en el desarrollo, debido a la madurez de su organismo y al medio que lo rodea.	Motor Gruesa Lenguaje Motor Fino Adaptativo Personal Social	Resultado del Test de Denver	Normal Dudoso Anormal
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la evaluación.	Tiempo en meses cumplidos.	Ficha de recolección de datos	6-8 meses 9-11 meses 12 meses



Sexo	Conjunto de características biológicas que distinguen a los organismos individuales	Fenotipo	Ficha de recolección de datos	Masculino Femenino
------	---	----------	-------------------------------	-----------------------

4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

- **Método**
Cuantitativo de corte transversal.
- **Técnicas**
Observación y evaluación a niños.
- **Instrumentos**
 - Ficha de recolección de datos. (Anexo 1)
 - Test de Denver II (Anexo 2)

4.7 PROCEDIMIENTOS

Aprobación previa de la Comisión de Proyectos de Investigación (CPI) de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.

- **Autorización**

Se obtuvo la autorización por parte del Dr. Danilo Encalada, director de Hospital Moreno Vázquez – Gualaceo (Anexo 3).
- **Capacitación**

Para la realización de la investigación se consultó con profesionales y referencias bibliográficas.

- **Evaluación**

Se coordinó con las licenciadas en enfermería para la recolección de datos, revisión de historias clínicas, se elaboró una lista de los niños que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Se dio a conocer a cada madre de familia sobre el estudio que se realizó informándoles los objetivos y así obtuvimos el consentimiento informado (Anexo 4). Luego de recibir la aprobación de la madre se procedió a realizarle la encuesta, y la evaluación del niño/a con un promedio de duración de 25 minutos.

- **Supervisión**

Directora y Asesora de Tesis: Mgst. Miriam Lucio

4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Para el análisis y tabulación de los datos se utilizó: Microsoft Excel 2013, SPSS versión 15 en español y Microsoft Word 2013 para el diseño de con tablas. En el análisis descriptivo se utilizó medidas de tendencia central y porcentajes. Y para establecer las relaciones de los resultados del test de Denver con las variables edad y sexo se utilizó chi cuadrado, con un valor de p menor a 0.05 para significancia estadística.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

El estudio contó con la autorización del director del Hospital Moreno Vásquez, se obtuvo el consentimiento informado de los/las representantes legales de los niños y niñas que participaron en el estudio, guardándose la confidencialidad de los datos, identidad del niño, razón por la cual se utilizó códigos, siendo la información utilizada exclusivamente como un propósito investigativo.

CAPITULO V

5. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

A continuación presentamos los resultados obtenidos en la investigación realizada a los 60 niños y niñas que conformaron nuestro estudio:

TABLA 1

Distribución de los 60 niños y niñas de 6-12 meses. Hospital Moreno Vázquez. Gualaceo – 2017, según: Edad Cronológica

EDAD CRONOLOGICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
6 Meses	23	38.3%
7 Meses	12	20.0%
8 Meses	4	6.7%
9 Meses	5	8.3%
10 Meses	1	1.7%
11 Meses	3	5.0%
12 Meses	12	20.0%
TOTAL	60	100.0%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Fabiana Banegas U, Mariela Conce

Interpretación:

Del total de la población estudiada (60 niños/as), en relación a la edad cronológica, el mayor porcentaje con el 38.3% (23) corresponde a la edad de: 6 meses, y el menor con el 1.7% (1) se encuentra en la edad de 10 meses.

TABLA 2

Distribución de los 60 niños y niñas de 6-12 meses. Hospital Moreno Vázquez. Gualaceo – 2017, según: Sexo

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	32	53.3%
Femenino	28	46.7%
TOTAL	60	100.0%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Fabiana Banegas U, Mariela Conce

Interpretación:

En la evaluación realizada a los 60 niños/as, el 53.3% (32) corresponde al sexo masculino, y el 46.7%(28) al sexo femenino; encontrándose el mayor porcentaje en el sexo masculino.

TABLA 3

Distribución de los 60 niños y niñas de 6-12 meses. Hospital Moreno Vázquez. Gualaceo – 2017, según: Resultados obtenidos mediante el Test de Denver

DESARROLLO PSICOMOTOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
*Normal	22	36.7%
**Dudoso	25	41.7%
***Anormal	13	21.7%
TOTAL	60	100.0%

* Normal: cuando no hay fallos en ningún sector.

**Dudoso: cuando hay dos o más sectores con un solo fallo.

*** Anormal: cuando hay uno o más sectores con dos o más fallos.

Fuente: Test de Denver

Elaborado por: Fabiana Banegas U, Mariela Conce

Interpretación:

Del total de la población estudiada (60 niños/as), el 41.7% (25) tienen un desarrollo psicomotor Dudoso y el 21.7% (13) un desarrollo psicomotor Anormal, de acuerdo al Test de Denver. Esto quiere decir que el mayor porcentaje de niños evaluados en nuestra investigación se encontraron con un desarrollo psicomotor dudoso

TABLA 4

Desarrollo Psicomotor de los 60 niños y niñas de 6 - 12 meses. En relación a su edad. Hospital Moreno Vázquez. Gualaceo – 2017.

EDAD	DESARROLLO PSICOMOTOR						TOTAL	
	NORMAL		DUDOSO		ANORMAL		#	%
	#	%	#	%	#	%		
6 Meses	10	16.7%	9	15.0%	4	6.7%	23	38.3%
7 Meses	2	3.3%	9	15.0%	1	1.7%	12	20.0%
8 Meses	2	3.3%	1	1.7%	1	1.7%	4	6.7%
9 Meses	4	6.7%	0	0.0%	1	1.7%	5	8.3%
10 Meses	0	0.0%	0	0.0%	1	1.7%	1	1.7%
11 Meses	0	0.0%	2	3.3%	1	1.7%	3	5.0%
12 Meses	4	6.7%	4	6.7%	4	6.7%	12	20.0%
TOTAL	22	36.7%	25	41.7%	13	21.7%	60	100.0%
CHI- CUADRADO DE PEARSON	17.490/GI12						P = 0.132	

Fuente: Test de Denver, Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Fabiana Banegas U, Mariela Conce

Interpretación:

En relación a la edad y el desarrollo psicomotor se encontró un 25% (15) en desarrollo psicomotor dudoso en el sexo masculino, un chi cuadrado 17.490 y valor p 0.666, no existe relación de asociación significativa. Esto quiere decir que no hay relación entre el sexo y el desarrollo psicomotor, según los resultados encontrados en nuestro estudio.

TABLA 5

Desarrollo Psicomotor de los 60 niños y niñas de 6 - 12 meses. En relación a su sexo. Hospital Moreno Vázquez. Gualaceo – 2017.

DESARROLLO PSICOMOTOR							TOTAL	
SEXO	NORMAL		DUDOSO		ANORMAL		#	%
	#	%	#	%	#	%		
MASCULINO	11	18.3%	15	25.0%	6	10.0%	32	53.3%
FEMENINO	11	18.3%	10	16.7%	7	11.7%	28	46.7%
TOTAL	22	36.7%	25	41.7%	13	21.7%	60	100.0%
CHI- CUADRADO DE PEARSON	0.814/GL 2						P = 0.666	

Fuente: Test de Denver, Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Fabiana Banegas U, Mariela Conce

Interpretación:

En relación al sexo y el desarrollo psicomotor se encontró un 16.7% (10) en desarrollo psicomotor normal a los 6 meses de edad, un chi cuadrado 0.814 y valor p 0.132, no existe relación de asociación significativa. Esto quiere decir que no hay relación entre la edad y el desarrollo psicomotor, según los resultados encontrados en nuestro estudio.

CAPITULO VI

6.1 DISCUSIÓN

Actualmente la evaluación del desarrollo psicomotor en los niños y niñas es de gran importancia, debido que permite establecer parámetros para detectar problemas en su desarrollo que ameritan una atención temprana y eficaz, siendo así beneficiados el niño, niña y su familia.

El presente estudio fue realizado a niños/niñas de 6 a 12 meses de edad, que acudieron al área de consulta externa del Hospital Moreno Vázquez de Gualaceo, durante el periodo de investigación, la misma que se basó en la aplicación del Test de Denver con la finalidad de determinar el nivel de desarrollo psicomotor.

En nuestra investigación se encontró un mayor predominio en el rango de edad de 6 meses con un 38.3%, esto puede deberse a que los niños de esta edad asisten con mayor frecuencia a controles médicos. La edad promedio de los niños y niñas de nuestra población de estudio fue de 8.1 meses.

En un estudio realizado por Ordoñez Manuel en “Loja” sobre el Desarrollo Psicomotor en el 2015 encontró en su población estudiada, un predominio el sexo masculino (58.3%) en relación al femenino (41.6%). Otro estudio realizado en Cuenca en el 2014 da resultados semejantes al anterior, encontrando el sexo masculino con el 57.2%. En nuestra población estudiada encontramos un predominio en el sexo masculino (53.3%) en relación al femenino (46.7%) (42) (43).

En el 2015 Tintaya, en su análisis elaborado en El Salvador sobre el Desarrollo Psicomotor en niños de 6 a 24 meses, en el que aplicaron a 103 lactantes el Test de Denver, concluyó que el 58.2% tuvo un desarrollo normal, el 38.8% dudoso y finalmente el 4,85% anormal. En un estudio similar realizado en Loja en el 2014 a 100 Lactantes en el mismo rango de edad, evidenciaron que el 64% de los



niños y niñas obtuvieron un desarrollo normal, 10% anormal y finalmente el 26% dudoso. En Cuenca en el año 2011 en una evaluación a niños y niñas preescolares reveló que el 90% tiene desarrollo Normal. Los resultados encontrados en los estudios anteriores difieren de nuestra investigación, en la que se encontró que el mayor porcentaje en Dudoso con 41.7%, el 36.7% presentó un desarrollo Normal, y el 21.7% Anormal, probablemente esto se debe a que en nuestra investigación se evaluó a una población más pequeña (44) (45) (46).

De acuerdo a los resultados obtenidos en nuestro estudio, un 6.7% de niños y niñas de las edades de 6 y 12 meses presentaron un índice mayor de retraso en el desarrollo.

Con relación a las variables sexo y el desarrollo psicomotor, un estudio realizado en Chile 2011, encontró que existe un mayor retraso en el desarrollo en el sexo femenino, con el 75%, en relación al masculino (73%). De igual manera en una investigación realizada en Cuenca 2017 se evidenció que el sexo femenino presentaban mayor retraso en el desarrollo (4.2%) y el sexo masculino el 3.3%. Por otra parte en nuestro estudio, encontramos el mismo porcentaje en desarrollo psicomotor normal, tanto en niños como en niñas (47) (48).



6.2 CONCLUSIONES

Según los resultados del Test Denver, aplicados a 60 niños y niñas que acudieron a consulta externa durante el periodo de evaluación al Hospital Moreno Vázquez- Gualaceo, el 53.3% corresponde al sexo masculino y el 46.7% al sexo femenino.

El 36.7% presentaron un desarrollo psicomotor normal, el 21.7% desarrollo psicomotor anormal y predominando con un 41.7% un desarrollo psicomotor dudoso.

De la población estudiada el 38.3% corresponde a la edad cronológica de 6 meses.

Según los resultados encontrados en nuestra investigación los niños y niñas de 6 meses de edad predomina el desarrollo psicomotor Normal.

Se encontró que el sexo femenino predomina un desarrollo psicomotor anormal (con el 21.7%).

6.3 RECOMENDACIONES

Es necesario realizar una valoración del desarrollo psicomotor de todos los niños y niñas de 0 a 5 años, que acudan a consulta externa u otras consultas a través del Test de Denver, ya que es un test corto y de fácil aplicación. Por lo tanto la detección precoz del desarrollo psicomotor puede beneficiar al niño/a y a su familia.

Es de vital importancia durante los primeros meses de vida un screening del desarrollo, para una detección temprana u oportuna de trastornos del desarrollo psicomotor, por lo tanto recomendamos a los niños y niñas de nuestra población estudiada que obtuvieron un resultado de test Anormal y Dudoso realizarse pruebas complementarias para confirmar el diagnóstico y así puedan iniciar un plan de intervención temprana.

Es necesario referir al área de Estimulación Temprana a todos los niños y niñas que tengan como resultado Anormal en el Test de Denver.

Los padres de familia deben acudir a realizar evaluaciones continuas a sus niños/as para tener un control y un seguimiento adecuado del desarrollo psicomotor.

En razón que se encontraron pocos estudios en los que se aplica el test de Denver en niños de 6 a 12 meses, es importante que se continúe investigando sobre la utilidad de este test en esta población, con el propósito de detectar dificultades en el desarrollo.



CAPÍTULO VII

7. BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

1. Flores Huerta S. Importance of screening tests for neurodevelopmental evaluation in children. Departamento de Investigación en Salud Comunitaria [Internet]. 2013, [citado 23 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2013/hi133a.pdf>
2. Vericat A, Orden AB. Psychomotor development and its disorders: between normal and pathological development. Ciênc Amp Saúde Coletiva 2013. [internet] 182977-2984:[Fecha de consulta: 20 de abril de 2017] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63028210023> ISSN 1413-8123
3. Fernández M. Efecto de la lactancia materna en el desarrollo de niños y niñas de 18 meses a 4 años. Universidad San Francisco de Quito. [Internet]. 2014 [citado 23 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/3655/1/111219.pdf>
4. Unicef (2007). Aprendizaje en la primera infancia. Recuperado el 6 de junio del [sitio en Internet] 2012 junio: [citado 2017 Abril 20]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/earlychildhood/index_40747.html.
5. H. Lejarraga, M. Pascucci, A. Masautis, D. Kelmasky, C. Lejarraga, G. Charrúa. Desarrollo psicomotor infantil en la cuenca matanza-riachuelo: pesquisa de problemas inaparentes del desarrollo. Rev Argent Salud Pública. 2014; 5 (19):17-25
6. Huiracocha, L y col. Retrasos del desarrollo psicomotriz en niños y niñas urbanos de 0 a 5 años: Estudio de caso en la zona urbana de Cuenca-Ecuador. Maskana. 2012;3 (1):13-28
7. Schönstedt M, Álvarez J, Salinas P, Armijo I. Desarrollo psicomotor en niños de nivel socioeconómico medio-Alto. Rev Chil Pediatría. 2010;81(2):123–128.



8. Luque-Coqui M. 2007. Factores psicosociales y desarrollo psicomotor. Rev Medigraphic Artemisa. [Internet]. [citado septiembre – octubre 2007]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2007/hi075a.pdf>
9. Alcantud, Alonso & Rico, (2014). *Sistema de Detección Precoz de Trastornos del Desarrollo. Federación asociaciones estatales de profesionales de Atención Temprana*. [Internet]. [citado 23 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.siiis.net/documentos/documentacion/Sistema%20de%20deteccion%20precoz.pdf>
10. Maldonado Sabando, ME Lactancia materna vs. Alimentación con fórmulas lácteas. Estudio comparativo de sus efectos en el desarrollo psicomotriz en niños entre 6 a 24 meses de edad, realizado en el hospital Guayaquil “Abel Gilbert Pontón”, octubre 2004 - marzo 2005. Rev. “Medicina” Vol. 11 N° 1. Año 2005
11. García Pérez MA, Martínez Granero MA. Desarrollo psicomotor y signos de alarma. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2016. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2016. p. 81-93 Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/2em.1_desarrollo_psicomotor_y_signos_de_alarma.pdf
12. Garibotti G, Comar H, Vasconi C, Giannini G, Pittau C. Desarrollo psicomotor infantil y su relación con las características sociodemográficas y de estimulación familiar en niños de la ciudad de Bariloche, Argentina. Arch Argent Pediatría [Internet]. octubre de 2013 [citado 30 de marzo de 2017];111(5):384-90. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0325-00752013000500005&lng=es&nrm=iso&tlng=en
13. Valdés Arriagada M. 2011. Influencia del nivel socioeconómico familiar sobre el desarrollo psicomotor de niños y niñas de 4 a 5 años de edad de la ciudad de Talca – Chile. [Internet]. octubre de 2013 [citado 30 de marzo de 2017];111(5):384-90. Disponible: <http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/194/v/v20-2/4.pdf>



14. Castilla M. “ La teoría del desarrollo cognitivo de piaget aplicada en la clase de primaria”. Universidad de Valladolid[citado 3 de septiembre 2017].disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/5844/1/TFG-B.531.pdf>
15. Tapia A, Influencia de la estimulación psicomotriz a través del juego en el desarrollo del lenguaje en niños y niñas de 3 a 5 años del preescolar del centro infantil“Frauklier” de la ciudad de quito durante el año lectivo 2006 – 2007”,quito, 2007,[citado 2017]disponible en: <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/2975/1/UPS-QT01571.pdf.pdf>
16. 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 2017] Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/3629/1/T-UCE-0007-46.pdf>
17. Linares A, “ Desarrollo cognitivo: las teorías de Piaget y Vygotsky “. Universidad autónoma de Barcelona[citado 3 de septiembre 2017].disponible en: http://www.paidopsiquiatria.cat/files/teorias_desarrollo_cognitivo.pdf
18. Luque.M. Factores psicosociales y desarrollo psicomotor. Departamento de psiquiatría, hospital Infantil de México Federico Gomez.2007(internet)] citado 2 de junio del 2017]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2007/hi075a.pdf>
19. Vicepresidencia del Ecuador. Misión Solidaria Manuela Espejo. Organización Panamericana de la Salud.2012
20. García. S. Factores que intervienen en el desarrollo del niño y desarrollo del personalismo. Publicaciones didácticas. Internet]. 2015citado 4 de junio del 2017]. Disponible en: <http://publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/articulo/058033/articulo-pdf>
21. Jhovana T, Maryuri R. Factores que afectan el desarrollo psicomotor en infantes de 8 a 24 meses del jardín social perlitas del Otún de Pereira



2012:

<http://repositorio.utp.edu.co/dspace/bitstream/handle/11059/31113/37286132;jsessionid=FF479B81E56AAF1B22A41BDE2E721695?sequence=1>

22. Conadis (Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades) (2013). **Agenda Nacional para la Igualdad en Discapacidades** 2013-2017. Quito: Conadis.
23. Rodelo E. Desempeño psicomotor en un grupo de niños de estratos sociales bajos en la ciudad de Barranquilla, 2012-2013. Bio Ciencias [Internet] 2013,8 (2) pág. 55 – 60.[Fecha de consulta: 4 de junio del 2017] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5976559.pdf>
24. Brito T, Jaramillo J. Multidimensionalidad de la calidad de vida de los niños y niñas que asisten al centro de desarrollo infantil de la Universidad de Cuenca CEDIUC 2016. Rev. Fac. Cienc. Méd. Univ. Cuenca.[internet]2017. Citado el 8 de julio 2017.disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27482/1/Tania%20Br%20ito.pdf>
25. Jubert Rosich A, Villarroya Luna J, Martínez Pons M, Albors Esteve P. " Signos de alarma en el desarrollo psicomotor". [Internet].; 2005 [citado 2017 mayo 25]. Disponible en: http://www.aepap.org/avalpap/signos_alarma_psicomotor.pdf .
26. Schonhaut B L, Salinas A P, Armijo R I. Validación de un Cuestionario Autoadministrado para la Evaluación del Desarrollo Psicomotor. Rev.Chil.Pediatr. [Internet].; 2009 [citado 2017 abril 29]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062009000600003 .
27. Martina A, Bañona R, Vallesa R. Relación entre la escala del desarrollo psicomotor de la primera infancia Brunet-Lezine revisada y escala de desarrollo motor. Estudios y propuestas en Ciencias de la Salud. 2011 p:326-38
28. Organización mundial de la salud, OMS (2016) El desarrollo en la primera infancia comienza con el pecho de la madre[versión eléctrica] consulta 9 me marzo del 2017. Disponible en

52



34. Gutiérrez EL, Lazarte F, Alarcón G. *La importancia de la evaluación del neurodesarrollo en niños menores de treinta meses en el contexto peruano. Acta Med Perú. 2016;33(4):304-8*
35. Álvarez M, Soria J, Galve V. *Importancia de la vigilancia del desarrollo psicomotor por el pediatra de Atención Primaria: Revisión de tema y experiencia de seguimiento en Navarra. Rev. Pediatr Aten Primaria. 2009 Marzo; p: 123-27*
36. Pollitt, E, Caycho, T, Desarrollo motor como indicador del desarrollo infantil durante los primeros dos años de vida. *Revista de Psicología [en línea] 2010, 28 (Diciembre) : [Fecha de consulta: 13 de junio de 2017] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337829515007>> ISSN 0254-9247*
37. Costas C. Evaluación del desarrollo en atención temprana. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado [en línea] 2009, 23(Agosto): [Fecha de consulta: 10 de junio de 2017] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27419063004>> ISSN 0213-8646*
38. Vericat A, Orden A.B. Herramientas de screening del desarrollo psicomotor en Latinoamérica. *Revista chilena de pediatría 2010 [internet] ,81(5):391- 401: [fecha de consulta: 9 de marzo del 2017]. Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v81n5/art02.pdf>*
39. Shahshahani S, Vameghi R, Azari N, Sajedi F, Kazemnejad A. Validity and Reliability Determination of Denver Developmental Screening Test-II in 0-6 Year-Olds in Tehran. *Iran J Pediatr [Internet]. septiembre de 2010 [citado 19 de marzo de 2017];20(3):313-22. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3446052>*
40. Rivera González R. Presentación de los reactivos del Test de Denver II en niños de 0 a 4 años del Estado de Morelos Vol. 36, No. 6, noviembre-diciembre 2013 459 **Artículo original**. *Salud Mental 2013;36.*
41. The Denver II Developmental Screening Test (DDST-II). Disponible en: http://www.healthsci.utas.edu.au/medicine/teaching/kfp/kfp3/visit_8/Denver11.htm.

42. Ordoñez V, Desarrollo psicomotor y relación con la alimentación durante los seis meses de vida en niños de CBV Pedestal. [Tesis en internet] Loja- Ecuador: Universidad de Loja; 2015 [citado 5 septiembre] Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/12643/1/TESIS%20MANUEL%20ADRI%20C3%81N%20ORD%20C3%93%20C3%91EZ%20BETAN%20COURTH.pdf>
43. Saldaña C, Saquicela D. "Prevalencia del retraso en el desarrollo psicomotor y su relación con las necesidades básicas insatisfechas. Cuenca 2014." [Tesis en internet] Cuenca- Ecuador: Universidad de Cuenca; 2014 [citado 4 septiembre 2017] Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20562/1/tesis.pdf>
44. Tintaya Peña, V. *Barreras de lactancia materna y asociación de sus prácticas con el desarrollo psicomotor en niños de 6 a 24 meses, Cerro Papa – Villa el Salvador*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [citado 4 septiembre 2017] Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4393/1/Tintaya_pv.pdf
45. Ojeda. J. Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y su relación con el desarrollo psicomotor en niños de 6 a 24 meses que acuden a consulta externa en el centro de salud nro. 2 de Loja. [Tesis internet] Loja Ecuador: Universidad Nacional de Loja. 2016 [citado el 7 de septiembre 2017]. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/16287/1/CD%20LACTANCIA%20MATERNA%20EXCLUSIVA%20HASTA%20LOS%206%20MESES%20DE%20EDAD%20Y%20S.pdf>
46. Veletanga J, Vidal M, Zambrano W. Impacto de la desnutrición en el desarrollo psicomotor en niños de edad preescolar de los establecimientos pertenecientes a la dirección de educación inicial de Cuenca 2010 – 2011. [tesis internet] Cuenca- Ecuador] Universidad de Cuenca; 2011 [citado 5 de septiembre 2017] Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3458>
47. Concha M, Nuñez P. Desarrollo psicomotor y procesamiento sensorial de menores de 4 a 18 meses de edad, hijos de internas del Centro



Penitenciario Femenino Santiago. Universidad de Chile. [Tesis en internet] Santiago- Chile: Universidad de Chile; 2011 [citado 4 septiembre 2017] Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/117414/TESIS%20CONCHA%2C%20M%20%20NU%2C%91EZ%2C%20P.pdf?sequence=1>

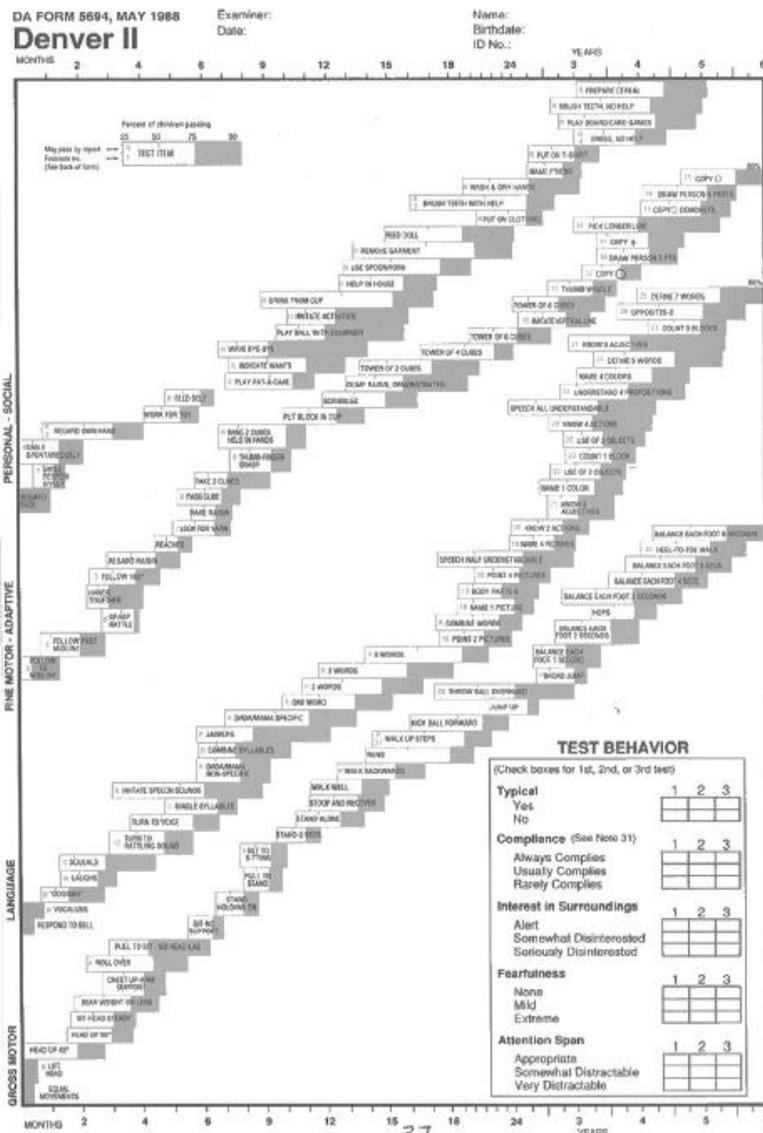
48. Torres E, Zuñiga R. Desarrollo psicomotor de niños y niñas de 2 a 5 años del CIBV Los Pitufos del Valle. Cuenca 2016.[Tesis Internet] Cuenca-Ecuador: Universidad de Cuenca;2016[Citado 6 de septiembre 2017] Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26624/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>

CAPITULO VIII

8. ANEXOS

Anexo 1.

TEST DE DENVER II





Anexo 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ESTIMULACION TEMPRANA

CODIGO

Objetivo de la investigación:

Determinar el nivel de desarrollo de niños y niñas de 6 a 12 meses que acuden a consulta externa en el Hospital Moreno Vázquez.

DATOS GENERALES:

Sexo:

Masculino	<input type="checkbox"/>
Femenino	<input type="checkbox"/>

Edad del niño(a):

6 meses	<input type="checkbox"/>
7 meses	<input type="checkbox"/>
8 meses	<input type="checkbox"/>
9 meses	<input type="checkbox"/>
10 meses	<input type="checkbox"/>
11 meses	<input type="checkbox"/>
12 meses	<input type="checkbox"/>

Anexo 3

AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL MORENO VAZQUEZ



DISTRITO 01D04 - HOSPITAL MORENO VAZQUEZ

Oficio N° 085-HMV-G-17
Gualaceo, 15 de Mayo de 2017

Srta. Mariela Alicia Conce Zaruma
Srta. Fabiana Isabel Banegas Ulloa
Ciudad.-

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo de quien al pie se suscribe, al mismo tiempo desearle el mayor de los éxitos en sus funciones.

En respuesta a lo solicitado mediante oficio enviado por uds. en el que solicitan autorización para poder realizar el Trabajo de Graduación con tema "DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 12 MESES EN EL HOSPITAL MORENO VÁZQUEZ DE GUALACEO 2017", les informo que dicha solicitud ha sido aceptada, razón por la cuál deberá ponerse en contacto con el Dr. Jhony Astudillo, para el desarrollo del mismo.

Por la favorable atención que se servirá dar al presente, me suscribo de Ud. con sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

[Firma]
DR. DANILO ENCALADA
DIRECTOR DEL HOSPITAL MORENO VÁZQUEZ DE GUALACEO

Responsable	Nombre	Cargo	Sumilla
Revisado	Dra. Daniio Encalada	Director	<i>[Firma]</i>
Elaborado por	Sra. Natalia Bustos J.	Servidor Público de Apoyo	



9 de Octubre 11-68 y Luis Salazar Bravo
Teléfono: 593 (7) 2255064
Email: 01D04@salud.msp.gob.ec
http://instituciones.msp.gob.ec/czf/
www.salud.gob.ec



Anexo 4



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ESTIMULACION TEMPRANA

CONSENTIMIENTO INFORMADO
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN “DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS Y NIÑAS DE 6 a 12 MESES. HOSPITAL MORENO VÁZQUEZ. GUALACEO - 2017”

Yo, **PADRE/MADRE Y/O REPRESENTANTE**, acepto que mi niño/a participe en la investigación **“DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS Y NIÑAS DE 6 a 12 MESES. HOSPITAL MORENO VÁZQUEZ. GUALACEO -2017”** de autoría de la Sra. Fabiana Isabel Banegas Ulloa y Srta. Mariela Alicia Conce Zaruma estudiantes de la Carrera de Estimulación Temprana en Salud, como requisito para que pueda obtener su titulación como Licenciadas en Estimulación temprana en Salud en la Universidad de Cuenca.

Se me indicó que aplicara sin ningún riesgo, en un tiempo aproximado de 20 minutos, algunas pruebas a manera de juegos, con la finalidad de observar respuestas que mi niño/a debe mostrar, esto permitirá catalogar a la investigadora las habilidades adquiridas de acuerdo a la edad. Entiendo que mi consentimiento es voluntario y que podría desistir de la decisión de participar, sin que esto interfiera en la atención prioritaria y buen trato a la que mi representado/a tiene derecho.

Firma. _____

C.C. _____

Ciudad y fecha: _____

FABIANA ISABEL BANEGAS ULLOA
MARIELA ALICIA CONCE ZARUMA