



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA TERAPIA FÍSICA MÉDICA

TEMA: Relación del desarrollo psicomotor con el funcionamiento familiar en niños/a de la “Zona de Intag” parroquia Peñerrera.

Trabajo de Grado previo a la obtención del título de Licenciada

en Terapia Física Médica

AUTOR: Morales Folleco Katherine Gabriela

DOCENTE: Lic. Zurita Pinto Daniela Alexandra Msc.

Ibarra-Ecuador

2020

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

En calidad de directora de la tesis de grado titulada: “**RELACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR CON EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN NIÑOS/A DE LA “ZONA DE INTAG” PARROQUIA PEÑERRERA**”, de autoría de: *Katherine Gabriela Morales Folleco*. Una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas certifico que está apta para defensa, y para que sea sometida a evaluación de tribunales.

En la ciudad de Ibarra, a los 21 días del mes de septiembre de 2020

Lo certifico:

(Firma) 

Lcda. Daniela Alexandra Zurita Pinto MSc.

C.I.: 100301974-0

DIRECTORA DE TESIS



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIONES A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

| DATOS DE CONTACTO | | | |
|------------------------------------|--|------------------------|------------|
| CÉDULA DE IDENTIDAD: | 100410796-5 | | |
| APELLIDOS Y NOMBRES: | Katherine Gabriela Morales Folleco | | |
| DIRECCIÓN: | Machala y Halcón 1-69 | | |
| EMAIL: | kgmoralesf@utn.edu.ec | | |
| TELÉFONO FIJO: | 062 605-977 | TELÉFONO MÓVIL: | 0987572898 |
| DATOS DE LA OBRA | | | |
| TÍTULO: | “RELACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR CON EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN NIÑOS/A DE LA “ZONA DE INTAG” PARROQUIA PEÑERRERA” | | |
| AUTOR (ES): | Katherine Gabriela Morales Folleco | | |
| FECHA: | 2020/09/21 | | |
| SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO | | | |
| PROGRAMA: | <input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO | | |
| TÍTULO POR EL QUE OPTA: | Licenciatura en Terapia Física | | |
| ASESOR /DIRECTOR: | Lcda. Daniela Alexandra Zurita Pinto MSc. | | |

2. CONSTANCIAS

La autora (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 21 días del mes de septiembre de 2020

EL AUTOR:

(Firma).....

Katherine Gabriela Morales Folleco

C.C.: 100410796-5

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCS-UTN

Fecha: Ibarra, 21 de septiembre de 2020

Katherine Gabriela Morales Folleco “Relación del desarrollo psicomotor y funcionamiento familiar en niños y niñas de la “Zona de Intag” parroquia Peñerrera Licenciada en Terapia Física Universidad Técnica del Norte, Ibarra.

DIRECTORA: Lcda. Daniela Zurita Pinto MSc.

El principal objetivo de la presente investigación fue, Relacionar el nivel de desarrollo psicomotor con el funcionamiento familiar en la zona de Intag parroquia Peñerrera. Entre los objetivos específicos se encuentran: Evaluar el desarrollo psicomotor de los niños de la zona de Intag parroquia Peñerrera. Identificar el funcionamiento familiar. Determinar entre el desarrollo psicomotor y en el funcionamiento familiar.

Fecha: Ibarra, 21 de septiembre de 2020



Lcda. Daniela Alexandra Zurita Pinto MSc.

Director



Katherine Gabriela Morales Folleco

Autora

DEDICATORIA

Esta investigación va dedicada a las dos personas más importantes en mi vida que es madre Mónica que es el pilar fundamental para que pueda lograr cada uno de mis metas y sueños, a mi padre Yerson quien es el que me da el aliento y la fuerza para no decaer en cada paso que doy, mis hermanos Jefferson y Valeria quienes son la alegría más grande al compartir mi vida junto a ellos.

A la motivación más grande y pilar fundamental que es mi pequeña hija Keyli Victoria quien ayudo a que este sueño se pueda hacer realidad gracias a la magia de su sonrisa y sus magníficos abrazos que hacen que cada día sea mejor que el anterior y facilite con amor las metas propuestas en la vida, la persona más importante que ha llegado a mi vida y justamente en esta época de vida universitaria y al ser más sublime del mundo que es Dios quien con darnos la vida hace que estemos totalmente agradecidos al ser el milagro más grande del mundo .

A todos los lectores, estudiante para que esta investigación sea beneficio y útil en futuras investigaciones y proyectos, a todas las personas son cuidadores y/o familiares quien ofrecen su tiempo, amor y dedicación a diferentes adultos mayores que necesitan de sus cuidados.

Katherine Gabriela Morales Folleco

AGRADECIMIENTO

Agradecer a Dios porque es el quien hace posible empezar y terminar con éxito y perseverancia cada meta propuesta a pesar de las adversidades y obstáculos que tenemos en el camino, talvez en ocasiones no con facilidad como quisiéramos pero sin importar el tiempo que nos demoremos lo importante es cumplir y agradecer por el paso enorme que damos.

Quiero agradecer a mis padres quienes con su ayuda hicieron posible culminar mi carrera y alcanzar un sueño propuesto hace años, a mis hermanos y familia que siempre me dieron los ánimos para que no desista en lograr lo propuesto que a pesar de las adversidades siempre nos ha mantenido unidos y con fuerza para culminar cada etapa de la vida.

Un agradecimiento especial a la “Universidad Técnica del Norte” a la Facultad Ciencias de la Salud por darme el privilegio de haber formado parte de este prestigioso establecimiento, al estudiar una carrera donde prevalecen los valores morales principalmente con el respeto y el amor, a mis distinguidos profesores que aportaron todos sus conocimientos através de la enseñanza tal como teórico y práctico con dedicación, amor y sobretodo esfuerzo guiándome por el camino universitario para formarme como persona y profesional.

A mi tutora de tesis quien supo guiarme tanto en el proceso de titulación como en vida universitaria como docente porque es de felicitar que al sacar tiempos extras para dedicarse a la enseñanza con pasión también a guiar por medio de la investigación de manera excepcional con gran profesionalismo y sobretodo formando profesionales con valores éticos y morales.

Katherine Gabriela Morales Folleco

INDICE GENERAL

| | |
|---|-----|
| CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS | i |
| AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIONES A FAVOR DE LA..... | ii |
| REGISTRO BIBLIOGRÁFICO | iv |
| DEDICATORIA | v |
| AGRADECIMIENTO | vi |
| INDICE GENERAL | vii |
| ÍNDICE DE TABLAS | ix |
| RESUMEN | x |
| ABSTRACT..... | xi |
| CAPITULO I | 1 |
| 1. Problema de la investigación | 1 |
| 1.1 Planteamiento del problema..... | 1 |
| 1.2 Formulación del problema | 3 |
| 1.3 Justificación | 4 |
| 1.4. Objetivos | 5 |
| 1.5. Preguntas de investigación..... | 5 |
| CAPITULO II..... | 6 |
| 2. Marco Teórico..... | 6 |
| 2.1. Desarrollo psicomotor..... | 6 |
| 2.2 Áreas del desarrollo motor..... | 7 |
| 2.3 Factores que influyen en el desarrollo psicomotor | 7 |
| 2.4 Actividad Refleja | 8 |
| 2.5 Maduración y aprendizaje..... | 9 |
| 2.6 Dominio de aprendizaje motor..... | 9 |
| 2.7 La psicomotricidad..... | 10 |
| 2.8 Signos de alarma del desarrollo psicomotor | 11 |
| 2.9 Retraso Psicomotor | 11 |
| 2.10 Coordinación y Equilibrio en niños | 12 |
| 2.11 Audición y lenguaje. | 13 |

| | |
|---|----|
| 2.12 Personal social | 13 |
| 2.13 Evaluación del desarrollo psicomotor | 14 |
| 2.14 La familia y el funcionamiento familiar..... | 16 |
| 2.15 APGAR familiar | 20 |
| 2.16 Marco legal y Ético | 22 |
| CAPÍTULO III..... | 24 |
| 3. Metodología de la investigación | 24 |
| 3.1 Diseño de la investigación | 24 |
| 3.2 Tipo de la investigación | 24 |
| 3.3 Localización y Ubicación del estudio | 24 |
| 3.4 Población..... | 24 |
| 3.6 Operacionalización de variables | 26 |
| 3.7 Métodos de recolección de información | 32 |
| 3.8 Métodos de recolección de la información | 32 |
| 3.9 Validación de documentos | 33 |
| CAPITULO IV..... | 35 |
| 4. Análisis y discusión de los resultados..... | 35 |
| 4.1 Respuesta a las preguntas de investigación..... | 41 |
| CAPITULO V | 42 |
| 5 Conclusiones y recomendaciones | 42 |
| 5.1 Conclusiones | 42 |
| 5.2 Recomendaciones..... | 43 |
| Bibliografía | 44 |
| ANEXOS | 50 |
| Anexo 1. Oficio de aprobación | 50 |
| Anexo 2.Consentimiento informado | 51 |
| Anexo 3. Apgar familiar | 52 |
| Anexo 4. Escala abreviada del desarrollo Dr. Nelson Ortiz | 53 |
| Anexo 5. Certificación del abstract..... | 59 |
| Anexo 6. Análisis del Urkund..... | 60 |
| Anexo 7. Evidencia fotográfica | 61 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla N°1 Distribución de la muestra según el rango de edad en meses | 35 |
| Tabla N° 2 Distribución de la muestra según el género | 35 |
| Tabla N°3 Distribución de la muestra según la etnia..... | 36 |
| Tabla N°4 Distribución de la muestra según el nivel de desarrollo motor | 37 |
| Tabla N°5 Tabla N° 5 Distribución de la muestra según el funcionamiento familiar | 38 |
| Tabla N°6 Distribución de la muestra según el desarrollo psicomotor y el funcionamiento familiar | 39 |
| Tabla N° 7 Relación del desarrollo psicomotor y el funcionamiento familiar..... | 40 |

RESUMEN

RELACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR CON EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN NIÑOS/A DE LA “ZONA DE INTAG” PARROQUIA PEÑERRERA.

Autora: Morales Folleco Katherine Gabriela

Correo: katita.96morales@gmail.com

El desarrollo psicomotor es la adquisición de habilidades funcionales progresivas, que el niño va adquiriendo a través del tiempo y es de vital importancia que posea cada una de estas habilidades, en los primeros años de vida, en sus diferentes áreas cognitivas. La familia es el primer lazo social con el cual comparte el ser humano, quienes son los encargados de brindar amor, protección y sobretodo formar las primeras características en cuanto al crecimiento del niño. La presente investigación se realizó en 25 niños/as de la “Zona de Intag” parroquia de Peñerrera, tiene como objetivo relacionar el nivel de desarrollo psicomotor y el funcionamiento familiar. La metodología utilizada fué de tipo descriptiva, con un enfoque cuantitativo, de corte transversal no experimental. Los instrumentos utilizados fueron la escala abreviada del Dr. Nelson Ortiz y el Apgar familiar, se estudió una población de 25 participantes de la zona de Intag parroquia Peñerrera, Los resultados obtenidos fueron los siguientes, predominó el género masculino con un 52%, y el rango de edad entre 12 y 24 meses con un 68%, en el desarrollo psicomotor se determinó, que un 48% se encuentra en el nivel medio alto, según el funcionamiento familiar el 72% están dentro del buen funcionamiento familiar, y no existe relación del nivel de desarrollo psicomotor y el funcionamiento familiar.

Palabras claves: Desarrollo psicomotor, funcionamiento familiar, edad, género.

ABSTRACT

RELATIONSHIP OF PSYCHOMOTOR DEVELOPMENT WITH FAMILY FUNCTIONING IN CHILDREN OF THE “ZONA DE INTAG” PEÑERRERA PARISH.

Author: Morales Folleco Katherine Gabriela

Email: kgmoralesf@utn.edu.ec

Psychomotor development is the acquisition of progressive functional skills, which the child acquires over time and it is vitally important that they possess each of these skills, in the first years of life, in their different cognitive areas. The family is the first social bond with which the human being shares, who are in charge of providing love, protection and, above all, forming the first characteristics regarding the child's growth. The present investigation was carried out in 25 children from the "Intag Zone" in the Peñerrera parish, with the objective of relating the level of psychomotor development and family functioning. The methodology used was descriptive, with a quantitative, non-experimental cross-sectional approach. The instruments used were the abbreviated scale of Dr. Nelson Ortiz and the family Apgar, a population of 25 participants from the Intag Peñerrera parish area was studied. The results obtained were the following, the male gender predominated with 52%, and the age range between 12 and 24 months with 68%, in psychomotor development it was determined that 48% are in the medium-high level, according to family functioning 72% are within good family functioning, and there is no relationship the level of psychomotor development and family functioning.

Keywords: Psychomotor development, family functioning, age, gender.

TEMA: Relación del desarrollo psicomotor con el funcionamiento familiar en niños/a de la “Zona de Intag” parroquia Peñerrera.

CAPITULO I

1. Problema de la investigación

1.1 Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la salud (OMS) considera que en muchos países los niños no alcanzan a desarrollar habilidades que se adquiere en la primera etapa de vida Alrededor de 15000 niños y niñas fallecieron diariamente antes de cumplir cinco años, debido a que las familias se encuentran en condiciones denigrantes y al ser de bajos recursos económicos, sus estímulos y habilidades se ven limitadas en los primeros años de vida por lo que no obtienen un buen desarrollo psicomotor en cual se ve afectado al convivir en sociedad. (1)

La Unión Europea da a conocer que existe un aumento de divorcios en los últimos 3 años, en los años 2011 al 2014 ha ocurrido alrededor de 500 divorcios diarios, con lo cual específica que en la mayoría, los más afectados son los niños, que tienen que convivir con familias disfuncionales, rotas por el abuso, la separación y el divorcio, y en hogares que falta uno de los dos padres, y eso hace que el niño no alcanzan a potencializar las habilidades correspondientes a su edad, debido al alto índice de divorcios anuales que se dan según el estudio, con el cual con lleva a tener consecuencias secundarias en los niños. (2)

En Perú se da a conocer el nivel de adquisición de habilidades de niños que pertenecen a una familia de estructuración conyugal o nuclear familiar es elevado con respecto al resto de grupos, el nivel de desarrollo de las habilidades según la edad de los niños miembros de familias con una estructuración monoparental por divorcio con relaciones intrafamiliares conflictivas es el más bajo, no supera el 38,54% de los niños. (3)

En Ecuador se realizó un estudio en la provincia de Santo Domingo que reflejó un alto déficit en las áreas de motricidad fina y gruesa debido a la poca estimulación que reciben los niños por parte de los padres de familia y docentes que se encuentra en el

centro infantil, ya que el bajo índice en el desarrollo está comprometido netamente con la función familiar en la que se encuentran cada uno de estos niños. (4)

En Ecuador estudio realizado en la zona 7, en el cual evaluaron a 423 niños el desarrollo psicomotor por medio de la prueba Denver y la función familiar mediante el test Ff-sil, dando a conocer un resultado de un 23,64% de los niños presento el desarrollo psicomotor alterado, el 61% viven en familias disfuncionales. (5)

En la provincia de Imbabura, en la zona rural de Intag, parroquia Peñaherrera, no se evidencia investigaciones que reflejen el desarrollo psicomotor con el funcionamiento familiar que tienen los niños de esta zona, debido a que la zona es demasiada alejada, poco poblada y de difícil acceso vehicular lo que complica llegar a los niños que habitan en el lugar.

El ambiente familiar influye de una manera decisiva en la personalidad de los niños, los miembros de la casa determinan valores, afectos, actitudes y modos de ser, que el niño va asimilando desde el momento que nace, las habilidades adquiridas del niño van a depender del circulo en el que se desarrolla, y por esto se realizó este estudio para poder determinar si existe relación del desarrollo psicomotor y el funcionamiento familiar.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la relación de desarrollo psicomotor con el funcionamiento familiar en la “Zona de Intag” parroquia Peñaherrera?

1.3 Justificación

Esta investigación fue importante por qué identificó el nivel de desarrollo de los niños y el funcionamiento familiar en el que se encuentran en sus primeras etapas de vida, facilitando información relevante para los centros de salud y personas que pertenecen al programa del MIES creciendo con nuestros hijos (CNH), que están en contacto permanente con los niños.

Se consideró viable, gracias a los permisos pertinentes del presidente de la comunidad, para realizar el trabajo de investigación y a los padres de familia, que mediante consentimiento informado lo hicieron de igual manera, se levantó la información a través de los test que cuentan con la debida validación, sustentada mediante la búsqueda bibliográfica

Los beneficiarios directos fueron los niños y niñas de la zona de Intag parroquia Peñerrera entre las edades de 12 a 36 meses, la investigadora ya que mediante este estudio realizado amplió y mejoró el conocimiento adquirido a lo largo de la carrera, además este estudio servirá para futuras investigaciones, y a su vez, de manera indirecta, la familia, la Facultad Ciencias de la Salud y la sociedad en general ya que es un nuevo aporte de investigación.

Se considera de gran impacto social y de inclusión ya que al evaluar el desarrollo psicomotor y el funcionamiento familiar es posible determinar el nivel de desarrollo psicomotor en el que se encuentran los niños, y el funcionamiento familiar en el que conviven cada uno de ellos, y dar a conocer a la sociedad los resultados de esta investigación.

1.4. Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Relacionar el nivel de desarrollo psicomotor con el funcionamiento familiar en la zona de Intag parroquia Peñerrera.

1.4.1 Objetivos Específicos

- Caracterizar socio demográficamente a la población.
- Evaluar el desarrollo psicomotor de los sujetos de estudio.
- Identificar el funcionamiento familiar de los sujetos de estudio.
- Determinar la relación entre el desarrollo psicomotor y el funcionamiento familiar.

1.5. Preguntas de investigación

¿Cuáles son las características socio demográficas de la población?

¿Cuál es el desarrollo psicomotor de los sujetos de estudio?

¿Cuál es el funcionamiento familiar de los de los sujetos de estudio?

¿Existe relación entre el desarrollo psicomotor y el funcionamiento familiar?

CAPITULO II

2. Marco Teórico

2.1. Desarrollo psicomotor

El desarrollo psicomotor se puede considerar como la evolución de las capacidades para realizar una serie de movimientos corporales y acciones, así como la representación mental y consciente de los mismos; se encuentra relacionado con las características biológicas inherentes al infante, así como con el entorno familiar, social y cultural donde se desenvuelve. En este sentido, los primeros cinco años de vida se consideran importantes para el progreso y maduración, dado que es durante esta etapa cuando se desarrolla el 90 % del cerebro. (6)

Las limitaciones son generadas por alteraciones en el desarrollo psicomotor durante los períodos pre, peri o post-natal que alteran el proceso madurativo; la falta de conocimiento de su esquema corporal y orientación espacial, déficit en el desarrollo de la motricidad fina especialmente de manos y dedos, así como la regulación tónico postural general, evidencian una importante relación con las dificultades de aprendizaje escolar en el niño, al encontrarse con dificultad para adquirir determinados automatismos necesarios para los procesos de aprendizaje para la escritura, lectura, entre otros; actividades que demandan adecuada coordinación visomotora. (6)

El término desarrollo psicomotor (DPM) se atribuye al neuropsiquiatra alemán Carl Wernicke (1848-1905), quien lo utilizó para referirse al fenómeno evolutivo de adquisición continua y progresiva de habilidades a lo largo de la infancia¹. Las habilidades mencionadas comprenden la comunicación, el comportamiento y la motricidad del niño. Illingworth³ aportó una de las definiciones más precisas expresando que el desarrollo psicomotor es un proceso gradual y continuo en el cuales posible identificar etapas o estadios de creciente nivel de complejidad, que se inicia en la concepción y culmina en la madurez, con una secuencia similar en todos los niños pero con un ritmo variable. (7)

2.2 Áreas del desarrollo motor

El **desarrollo motor fino** se produce en sentido próximo distal, y está relacionado con el uso de las partes individuales del cuerpo, como las manos; lo cual requiere de la coordinación óculo-manual para poder realizar actividades como coger juguetes, manipularlos, agitar objetos, dar palmadas, tapar o destapar objetos, agarrar cosas muy pequeñas, enroscar, hasta llegar a niveles de mayor complejidad como escribir. (8)

La motricidad gruesa, habilidad que el niño adquiere para mover paulatinamente los músculos de su cuerpo, fuerza, velocidad y mantener el equilibrio, implica grandes grupos musculares como las piernas, brazos y cabeza; y la motricidad fina encargada principalmente del funcionamiento de las manos, busca precisión y un elevado nivel de coordinación, que se desarrolla de forma progresiva desde el descubrimiento de sus manos con el involucramiento del tacto, hasta llegar a su fortalecimiento en el desarrollo del lenguaje escrito, adquiriendo habilidades como dibujar, trabajar con plastilina, construir con bloques, armar, cortar, pegar, trazar, entre otras. (9)

2.3 Factores que influyen en el desarrollo psicomotor

Factores biológico son todas aquellas situaciones determinadas o no, que puedan provocar, lesiones en el sistema nervioso central, o a su vez puede ocasionar un retraso en el desarrollo psicomotor de los niños, y estos riesgos se pueden encontrar en situaciones perinatales, prenatales o postnatales. (10)

Factor nutricional: Existe evidencia de que los niños que son amamantados por su madre tienen un mejor desempeño en sus funciones cognitivas y motoras, y en general, tienden a alcanzar los hitos del desarrollo de manera más temprana que aquellos que no son amamantados, factor que sumado a los múltiples beneficios nutricionales, psicológicos y protectores que conlleva la lactancia materna, justifica un mayor acompañamiento y estimulación de este patrón desde la atención primaria, no sólo en el Ecuador, sino en todos los países latinoamericanos. (11)

Factores ambientales: los factores ambientales en la determinación de un desarrollo normal, la estimulación es uno de ellos, que condiciona variaciones de lo normal y también causa alteraciones del desarrollo en grado variable, la afectividad es un factor omitido (por lo general) en las anamnesis del desarrollo. Su importancia es indiscutible en el desarrollo de un niño equilibrado. (12)

2.4 Actividad Refleja

Las funciones fundamentales de la médula espinal, desconectada de los centros superiores, consisten en la realización de respuestas reflejas, segmentarias o multisegmentarias, que intervienen en el control de la musculatura esquelética o de las estructuras viscerales. En este apartado se revisan los circuitos y elementos más importantes de la actividad refleja medular. (13)

2.4.1 Reflejos profundos o de estiramiento muscular o miotáticos REM

Incorrectamente denominados osteotendinosos o ROT ya que se originan en el estiramiento de huso neuromuscular y el hueso y tendón son meros transmisores de tensión. -Su arco reflejo es el mismo que el que mantiene el tono, tienen una aferencia desde el huso neuromuscular por el nervio sensitivo hasta la médula y desde esta, a través de una sinapsis modulada, a la raíz motora y el nervio efector hasta las unidades motoras. Este largo recorrido comprende una amplia zona del sistema nervioso y el defecto del reflejo traduce varios posibles lugares anatómicos. Además la modulación suprasegmentaria es la responsable de la abolición del reflejo asociada a la debilidad en la fase aguda de la lesión de motoneurona superior que evoluciona con el tiempo a su exageración patológica, al perderse la modulación inhibitoria del arco reflejo miotático que conduce las fibras parapiramidales de la vía corticorreticuloespinal. (14)

2.4.2 Reflejos superficiales o cutáneos musculares

Reflejo cutáneo-plantar se produce flexión del primer dedo al rascar la parte externa del pie del talón hacia delante. La respuesta en extensión es patológica (Babinski) y orienta a lesión piramidal salvo en los lactantes que presentan una respuesta extensora. El resto de los reflejos cutáneos (abdominales, anal, cremásterico) son más variables, incluso en personas sanas. (15)

2.4.3 Reflejos primitivos

Son característicos del recién nacido y lactante desaparecen con la maduración. (15)

2.5 Maduración y aprendizaje

1. El desarrollo depende de la maduración y del aprendizaje.

El desarrollo psicomotor requiere, en principio, la maduración de las estructuras neurales, los huesos, los músculos y los cambios en las proporciones corporales, en ese momento cuando entra el factor de entrenamiento, la práctica, para que los niños aprendan a usar los músculos de una forma coordinada y consiga el dominio de las diferentes habilidades. (16)

1. El aprendizaje sólo es eficaz cuando la maduración ha establecido su funcionamiento en el cerebro.

Si el sistema nervioso y muscular no ha conseguido su nivel idóneo de maduración, no es posible enseñar eficazmente en el niño la coordinación de movimientos corporales.

2. El desarrollo motor se realiza de acuerdo con unas direcciones y principios:

Céfalo-caudal, próximo-distal, general a específico y flexores- extensores.

3. En el desarrollo motor hay diferencias individuales.

Las normas del desarrollo indican sólo las edades medias en las que aparece cada habilidad, pero hay niños que adquieren las habilidades por encima o por debajo de esas edades medias. (16)

2.6 Dominio de aprendizaje motor

Dentro del dominio de los movimientos, que tiene lugar en el primer año de vida, resulta de vital importancia para el desarrollo cognoscitivo del niño, el proceso que conduce a la acción prensil, o sea, al agarre. Este comienza alrededor del tercer o cuarto mes de vida y se perfecciona en el segundo semestre con el movimiento de la mano hacia el objeto y la posibilidad de poner el dedo pulgar, lo que le permite sujetarlo con los dedos (pinza digital). (17)

En los contenidos de las áreas de desarrollo como: Lengua Materna (Preescritura), Educación Plástica, Conocimiento del Mundo de los Objetos y Nociones Elementales

de la Matemática, así como de forma transversal, cada área propicia por sus contenidos la posibilidad de ejercitar estas habilidades motrices, por lo que se hace necesario lograr la motivación y estimulación de los niños del grado preescolar en las diferentes formas organizativas del proceso educativo. (17)

2.7 La psicomotricidad

La psicomotricidad es una neurociencia que transforma el pensamiento armónico motor, la educación psicomotriz es el "punto de partida" para el proceso de aprendizaje de los niños. Comúnmente, si su hijo tiene una discapacidad de aprendizaje es el resultado de alguna deficiencia en el desarrollo psicomotor. Trabajo de educación psicomotriz con niños debe proporcionar formación básica esencial en su desarrollo motor, emocional y psicológico, dando oportunidad para que a través de juegos, actividades, si conseguir en tu cuerpo. A través de estas actividades el niño desarrolla sus habilidades perceptuales como medio de ajuste del comportamiento psicomotor. (18)

2.7.1 Áreas de la psicomotricidad

- Esquema Corporal
- Lateralidad
- Equilibrio
- Espacio
- Tiempo-ritmo
- Motricidad gruesa
- Motricidad fina. (19)

2.7.2 Proceso de crecimiento del niño

A nivel celular

- Incremento de su número.
- Modificaciones de su estructura de acuerdo a la función prevista.
- Migración en el interior de cada órgano, aparato y sistema a efecto de consolidar la estructura definitiva. (20)

En cada órgano, aparato o sistema

- Cambios en magnitud: incremento de sus dimensiones, salvo en algunas estructuras que con el tiempo la reducen o desaparecen.
- Cambios en características: variaciones en todos ellos conforme van alcanzando su dimensión y estructura final.
- Perfeccionamiento de las funciones: cada uno va alcanzando la competencia funcional que le corresponde; proceso también denominado “maduración”. (20)

2.8 Signos de alarma del desarrollo psicomotor

- Sigue una dirección céfalo-caudal y de axial a distal.
- Hay una diferenciación progresiva: de respuestas globales a actos precisos individuales.
- Los reflejos primitivos preceden a los movimientos voluntarios y al desarrollo de las reacciones de equilibrio.
- Los reflejos primitivos deben desaparecer para que la actividad voluntaria se desarrolle.
- El tono muscular progresa de un predominio flexor en el RN, a un equilibrio flexo-extensor.
- La extensibilidad de las articulaciones va incrementándose. (21)

2.9 Retraso Psicomotor

El retraso psicomotor (RPM) no es una enfermedad o trastorno en sí mismo, sino la manifestación clínica de patologías del SNC (sistema nervioso central) debidas a trastornos genéticos y/o factores ambientales, con especial incidencia en el desarrollo psicomotor (DPM) del niño. El término DPM se emplea para definir el progreso del niño en diferentes áreas (lenguaje, motor, manipulativo, social) durante los primeros

24-36 meses; debemos definir, por tanto, el RPM como la adquisición lenta o anormal (cualitativamente alterada) de los primeros hitos del desarrollo. (22)

2.9.1 Factores de riesgo en el retraso psicomotor

El retraso del desarrollo psicomotor está influido por diversos factores biológicos y medioambientales; algunos de los biológicos son las alteraciones genéticas, asfixia perinatal, hiperbilirrubinemia neonatal, infecciones del síndrome TORCH, infecciones del sistema nervioso central, prematuridad, retardo del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacimiento, hipoglicemia, policitemia, exposición intraútero a drogas . A partir del nacimiento, tienen fundamental importancia los cuidados dispensados al niño/a, entendidos como un conjunto de estímulos visuales, táctiles, olfativos y auditivos inmersos en un contexto medioambiental. (23)

A las alteraciones del desarrollo se las ha vinculado con bajo rendimiento escolar; trastornos neurológicos, psiquiátricos, emocionales y conductuales; déficit en las habilidades sociales, problemas de aprendizaje, reducción de las oportunidades laborales. Su detección precoz, especialmente en los niños con factores de riesgo biológico o social, permite intervenir a tiempo, y aprovechar la oportunidad de compensar un déficit que podría influir desfavorablemente en el futuro del niño. (23)

2.10 Coordinación y Equilibrio en niños

La **coordinación dinámica** general consiste en movimientos que ponen en juego la acción ajustada y recíproca de diversas partes del cuerpo y que en la mayoría de los casos implican locomoción, arrastre y volteos que es el desplazamiento que se produce por la acción alternativa o simultánea de brazos y piernas, marcha que su patrón motor se caracteriza por una acción alternativa y progresiva de las piernas en contacto continuo con la superficie de apoyo. (24)

El equilibrio motriz se considera como uno de los aspectos fundamentales de la actividad física de los seres humanos a lo largo de su existencia⁵, puesto que aporta bases fuertes para el desarrollo de otras capacidades y facilita el control del organismo ante estímulos externos que requieran del control y mantenimiento de una postura, disminuyendo así la prevalencia de estas lesiones. (25)

Equilibrio estático es primordial en posiciones bastante específicas en la vida cotidiana de las personas, un ejemplo claro de equilibrio estático es cuando una persona toma asiento en una silla o en otro lugar, esto significa que se debe mantener una buena postura lo cual va totalmente relacionado con el equilibrio estático y por consiguiente lleva a pensar en un desarrollo aceptable de la musculatura. (26)

Equilibrio dinámico es la capacidad de mantener la posición correcta en cada situación que exija la actividad que se está realizando. Al gatear, caminar, correr y saltar el niño y el ser humano en general necesita de equilibrio dinámico, al tener un buen equilibrio dinámico el niño se puede mover sin colisionar ni golpearse con los demás, tal como el equilibrio estático, el equilibrio dinámico ayuda a mantener una buena interacción con los demás. (26)

2.11 Audición y lenguaje.

Es el sistema auditivo es uno de los más importante para el desarrollo del lenguaje, el estímulo a través de las ondas sonoras que serán transmitidas, mediante un impulso nervioso, por el nervio auditivo hacia la corteza cerebral del lóbulo temporal; donde será procesado el estímulo para la emisión de una respuesta. (27)

La etapa lingüística se inicia con la expresión de la primera palabra, no se puede decir con precisión cuándo comienza, por eso, la fecha de su aparición está diversamente, la fijada, los diferentes especialistas estiman que el 90% de los niños que van a hablar, dicen sus primeras palabras entre los 15 a 18 meses. (27)

2.12 Personal social.

La independencia de los niños frente a los adultos se adquiere de forma progresiva. Hay un perfeccionamiento de la relación social con otros niños durante el segundo y tercer año de vida. Ello se manifiesta en el juego y el uso del lenguaje. El niño debe adquirir la capacidad de vestirse y asearse sin ayuda, antes de los 5 años de edad. En la infancia mejora progresivamente la capacidad del desarrollo moral, reglas y convenciones sociales, así como las habilidades cognitivas que les permitirán integrarse y participar en la sociedad. (28)

1. Desarrollo del entendimiento social: el aprendizaje sobre las emociones de otras personas tiene gran importancia para el desarrollo de la empatía.
2. Desarrollo de la autorregulación emocional.
3. Aprendizaje de habilidades adaptativas, como por ejemplo la alimentación, aseo y la capacidad de vestirse. (28)

2.13 Evaluación del desarrollo psicomotor

La edad marca una diferencia enorme en cuanto a la evaluación de cada uno de los niños, por ende la persona que va a examinar, tiene que tener habilidad y destreza para hacerlo, ya que es un proceso natural en el cuál se observan cambios que el ser humano va adquiriendo de manera progresiva, cada una de las habilidades mediante la coordinación motora. La escala de Nelson Ortiz tiene cuatro componentes: motricidad gruesa, motricidad fina, audición-lenguaje, y desarrollo personal-social, la UNICEF promueven la modalidad in directa que se basa en la educación familiar la cual reconoce que la familia y su entorno comunitario son los actores principales para lograr el buen desarrollo físico y mental de los niños. (29)

La evaluación de desarrollo infantil es una tarea retadora y de alta responsabilidad. Durante el desarrollo de la EAD – 3 se ha velado por brindarle al examinador un instrumento con validez y reproducibilidad que ofrezca normas claras tanto para la administración como para su calificación e interpretación. Hay una responsabilidad profesional en el examinador para garantizar que la administración e interpretación sea adecuada, ética y rigurosa. (30)

2.13.1 Escala del DR. Nelson Ortiz

Es un instrumento con indicadores el cuál evalúa a niños del nacimiento del niño hasta los 60 meses de edad, en el cuál se evalúa cuatro áreas con las que ayudan a identificar si existe retraso psicomotor en los niños, las áreas a evaluar son:

Área motricidad gruesa: maduración neurológica, control de tono y postura, coordinación motriz de cabeza, miembros, tronco.

Área motriz fino-adaptativa: capacidad de coordinación de movimientos específicos, coordinación intersensorial: ojo-mano, control y precisión para la solución de problemas que involucran prehensión fina, cálculo de distancias y seguimiento visual. (31)

Área audición-lenguaje: evolución y perfeccionamiento del habla y el lenguaje: orientación auditiva, intención comunicativa, vocalización y articulación de fonemas, formación de palabras, comprensión de vocabulario, uso de frases simples y complejas, nominación, comprensión de instrucciones, expresión espontánea.

Área personal-social: procesos de iniciación y respuesta a la interacción social, dependencia-independencia, expresión de sentimientos y emociones, aprendizaje de pautas de comportamiento relacionadas con el autocuidado. (31)

2.13.2 Instrucciones a la madre

La Mayoría de los niños se sienten más tranquilos cuando los acompaña su madre o cuidadora durante el examen, por tanto, debe permitirse que esta persona esté presente, pero indicándole su papel para evitar que interfiera en el proceso de la evaluación. Basta con decirles que se van a observar algunos comportamientos del niño para establecer su estado de salud y desarrollo, que puede apoyarlo cuando se le solicite, pero en ningún momento indicarle cómo hacer las cosas. Es importante que la madre sepa que el niño no necesariamente debe hacer correctamente todo y que los niños se comportan de maneras diferentes, esto le dará tranquilidad y facilitará su cooperación. (31)

2.13.3 Condiciones físicas del examen

El sitio donde se realiza la evaluación debe ser lo más silencioso y aislado posible, evitando las interrupciones e interferencias que distraen el niño y obstaculizan su desempeño. En el caso del examen de niños menores de un año, lo ideal es trabajar sobre una camilla o mesa abollonada; con los niños entre 12 y 24 meses es preferible una colchoneta o tapete en el piso, para los niños mayores deberá disponerse de una mesa y sillas apropiadas en la cual puedan ubicarse cómodamente la madre, el niño y el examinador. Pero lo más importante es que todos se sientan cómodos independientemente de que se disponga de todos los elementos anotados. (31)

2.13.4 Tiempo de evaluación

La prueba no tiene tiempo límite, no conviene presionar al niño para trabajar rápidamente. En general, el diligenciamiento total de la Escala toma aproximadamente 15 o 20 minutos como máximo, cuando se ha logrado alguna experiencia en su manejo. (31)

2.13.5 Tiempo de evaluación

La prueba no tiene tiempo límite, no conviene presionar al niño para trabajar rápidamente. En general, el diligenciamiento total de la escala toma aproximadamente 15 o 20 minutos como máximo, cuando se ha logrado alguna experiencia en su manejo. (31)

2.13.6 Calificación y registro de los datos

Para obtener la calificación global para cada área, contabilice el número de ítems aprobados (calificados con 1), sume el número de ítems anteriores al primer ítem aprobado y obtenga así el puntaje para cada área (motricidad gruesa, motriz-fino adaptativa, audición y lenguaje, personal social). Coloque este dato en las casillas correspondientes de la primera hoja del formulario (ver anexo). No contabilice el ítem 0, es un ítem de base para los niños menores de un mes. Para obtener el puntaje total en la escala simplemente sume todos los puntajes parciales obtenidos en cada una de las áreas. Igualmente coloque este dato en las casillas correspondientes. (31)

2.14 La familia y el funcionamiento familiar

El funcionamiento familiar es, por concepto, el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia. Se puede decir que se define como el conjunto de atributos que lo caracterizan como sistema gobernado por reglas o patrones interaccionales que trascienden las cualidades de los miembros individuales. (32)

La familia, se convierte, en uno de los ambientes más importantes, por excelencia, dado que es el principal entorno primario en el que el niño interactúa, que le provee la formación y la motivación desde la infancia, para que sus miembros accedan a la edad adulta de manera productiva para la sociedad ante esto, la funcionalidad familiar cobra gran interés dentro del campo de la salud. Hace unas décadas se daba

atención a la identificación de las deficiencias, carencias y disfuncionalidades; en la actualidad, se han incrementado los esfuerzos por reconocer en la familia sus fortalezas y potencialidades, para que como grupo, enfrenten las dificultades que surjan y brinden apoyo a los integrantes de la misma. (33)

2.14.1 Tipos de familias

a) La familia nuclear o elemental: es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia. (34)

b) La familia extensa o consanguínea: se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, y a los nietos.

c) La familia monoparental: es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes. Ya sea porque los padres se han divorciado y los hijos quedan viviendo con uno de los padres, por lo general la madre; por un embarazo precoz donde se configura otro tipo de familia dentro de la mencionada: la familia de madre soltera; o por fallecimiento de uno de los cónyuges. (34)

- La familia de madre soltera: familia en la que la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos/as. Generalmente, es la mujer quien la mayoría de las asume este rol, pues el hombre se distancia y no reconoce su paternidad por diversos motivos. En este tipo de familia se debe tener presente que hay distinciones pues no es lo mismo ser madre soltera adolescente, joven o adulta.
- La familia de padres separados: familia en la que los padres se encuentran separados. Se niegan a vivir juntos; no son pareja pero deben seguir cumpliendo su rol de padres ante los hijos por muy distantes que estos se encuentren. Por el bien de los hijos/as se niegan a la relación de pareja pero no a la paternidad y maternidad. (34)

2.14.3 Estilos de Familias

En la familia al menos dos personas de sexo opuesto residen juntas; entre ellas existe cierta división del trabajo, tienen roles distintos; actúan interdependientemente en muchas actividades sociales y económicas; comparten muchos bienes como casa, mobiliario, alimento y sexo; tienen relaciones de autoridad con sus hijos y se sienten obligados a protegerlos, ayudarlos y educarlos. También existen relaciones de parentesco entre los hijos. (35)

Una familia podría definirse como un núcleo estable y duradero de afectos que hace posible la vida suficientemente feliz a los adultos, y si hay, la maduración y la educación de los hijos.

La familia está formada por dos o más personas unidas por el afecto, el matrimonio o la filiación, que viven juntas, ponen sus recursos económicos en común y consumen conjuntamente una serie de bienes en su vida cotidiana. (35)

Las familias tradicionales son aquellas en las cuales están presentes el papá, la mamá y los hijos. entre las familias tradicionales existen tres tipos: las familias con niños, las familias con jóvenes y las familias extensas, es decir, aquellas en las cuales además del papá, la mamá y los hijos existe algún miembro de otra generación, como los abuelos o los nietos. (36)

Las familias en transición no incluyen alguna de las figuras tradicionales, como el papá, la mamá o los hijos. Dentro de este tipo de familias se encuentran las familias de madres solteras; las familias de parejas jóvenes que han decidido no tener hijos o postergar por un tiempo su nacimiento; las familias formadas por una pareja adulta o cuyos hijos ya se fueron del hogar.

Las familias emergentes, son el tercer tipo contemplado en esta clasificación, es decir, aquellas familias que han crecido principalmente a partir del nuevo milenio. (36)

2.14.4 Ciclo vital familiar

Las definiciones del ciclo vital familiar, así como a las etapas y crisis que se presentan durante este. Se pretende por lo tanto, delimitar la concepción que se tiene sobre el mismo. Las familias no son inmunes a los cambios sociales, y por lo tanto,

no tienden a desarrollarse de manera lineal, con las mismas tareas durante su existencia, sino que por el contrario las cargas y las responsabilidades aumentan en algunas etapas del ciclo vital; por ejemplo, cuando nace un hijo, cuando se debe atender a familiares enfermos, cuando se produce una ruptura conyugal y en tantas otras situaciones propias de la vida en grupo, esto dado que atraviesan un ciclo vital familiar. (37)

2.14.5 Disfunción familiar

Las familias disfuncionales suelen estar integradas por adultos dependientes, debido a que en éstas sus miembros están tan estresados e inmersos en la problemática familiar, que no tienen tiempo de atender sus propias necesidades. Suelen adaptarse a la situación en un intento desesperado por controlarla y se vuelven dependientes de la fuente que les produce el estrés; de este modo, comienzan a proyectar su atención hacia el exterior, impidiendo hacerse cargo de sus propias necesidades o sentimientos. (38)

La disfuncionalidad familiar produce graves efectos negativos en los niños, como:

- a) La carencia de la capacidad de juego o de ser infantil, es decir, un crecimiento psicológico y emocional demasiado rápido en los niños, o por el contrario,
- b) Un crecimiento muy lento o de un modo mixto (por ejemplo, mostrar buen comportamiento social, pero ser incapaz de cuidarse a sí mismo);
- c) La manifestación de alteraciones mentales de moderadas a graves, por ejemplo, depresión o ansiedad, algún trastorno de personalidad y pensamientos suicidas;
- d) La adicción al tabaco, al alcohol o a otras drogas, en especial si el consumo está normalizado en la familia y en el grupo de amistades;
- e) La rebelión contra la autoridad de los padres o, por el contrario,
- f) La simulación de aparentes valores familiares, los cuales no son llevados a la práctica; g) la presencia de sentimientos encontrados de amor y odio hacia ciertos miembros de la familia;

- h) Incurrimento en actividades delictivas;
- i) Dificultad para formar relaciones saludables en su grupo de pares;
- j) Padecimiento de algún trastorno del lenguaje o la comunicación (relacionados con el abuso emocional); y
- k) Dificultades escolares o disminución del rendimiento académico. (38)

2.15 APGAR familiar

Es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil.

El APGAR familiar es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. El registro de esta percepción es particularmente importante en contextos como la práctica ambulatoria, en el cual no es común que los pacientes o usuarios manifiesten directamente sus problemas familiares, y por el contrario es difícil encontrar profesionales de salud especializados en abordar tales temas cuando este los detecta en la conversación durante la consulta. Este instrumento también sirve para favorecer una relación médico paciente en toda su extensión. (39)

2.15.2 Componentes del apgar familiar

Los componentes de este instrumento son 5 elementos que se evalúan para evaluar la funcionalidad de la familia. Esto es:

- **Adaptación:** es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis.
- **Participación:** o cooperación, es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.
- **Gradiente de recursos:** es el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.

- **Afectividad:** es la relación de cariño amor que existe entre los miembros de la familia.

- **Recursos o capacidad resolutiva:** es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir unos ingresos y espacios. . (39)

2.15.3 Cuando aplicar el apgar familiar

En servicios orientados hacia la Medicina Familiar, el APGAR, se usa rutinariamente en todos los pacientes o usuarios en la segunda cita, para ya tener un panorama completo del paciente a quien vamos a cuidar. (39)

En otro tipo de establecimientos, es muy importante que sea usado por lo menos en los siguientes casos:

- Pacientes poli sintomáticos, en los cuales se perciba un componente predominantemente psicosociales de las dolencias, particularmente en la ansiedad o depresión.
- Cuando es necesaria la participación de la familia en el cuidado de un paciente.
- A los integrantes de una familia que atraviesa una crisis del diario vivir.
- A los miembros de familias problemáticas.
- Cuando hay escasa o ninguna respuesta a tratamientos recomendados, particularmente en enfermedades crónicas. (39)
- En los casos en que otros instrumentos de atención a la familia describan algún evento problemático.

Todo profesional médico debe saber que la funcionalidad familiar repercute en la salud de sus integrantes, y se ha relacionado la obesidad en niños con disfunción familiar o la depresión que presentan las personas de la tercera edad cuando hay alteración en la función de sus familias. (39)

2.15.4 Como se aplica el apgar familiar

Para el registro de los datos el APGAR familiar el cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. (39)

Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de la respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación:

- 0: Nunca
- 1: Casi nunca
- 2: Algunas veces
- 3. Casi siempre
- 4: Siempre

Interpretación del puntaje:

- Normal: 17-20 puntos.
- Disfunción leve: 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: 12-10 puntos.
- Disfunción severa: menor o igual a 9. (39)

2.16 Marco legal y Ético

En el ámbito legal la Constitución de la República del Ecuador Señala los siguientes artículos para beneficio de esta investigación:

Art.8.- Corresponsabilidad del Estado, la sociedad y la familia.- Es deber del Estado, la sociedad y la familia, dentro de sus respectivos ámbitos, adoptar las medidas políticas, administrativas, económicas, legislativas, sociales y jurídicas que

sean necesarias para la plena vigencia, ejercicio efectivo, garantía, protección y exigibilidad de la totalidad de los derechos de niños; niñas y adolescentes. (40)

Art.9.-Función básica de la familia.- La ley reconoce y protege a la familia como el espacio natural y fundamental para el desarrollo integral del niño, niña y adolescente. Corresponde prioritariamente al padre y a la madre, la responsabilidad compartida del respeto, protección y cuidado de los hijos y la promoción, respeto y exigibilidad de sus derechos. (40)

Y la ley Orgánica de la salud vigente Plan toda una vida señala el objetivo número uno:

Objetivo 1: Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas:

El garantizar una vida digna en igualdad de oportunidades para las personas es una forma particular de asumir el papel del estado para lograr el desarrollo; este es el principal responsable de proporcionar a todas las personas individuales y colectivas, las mismas condiciones y oportunidades para alcanzar sus objetivos a lo largo del ciclo de la vida. (41)

El derecho a la salud debe orientarse de manera especial hacia grupos de atención prioritaria y vulnerable, con énfasis en la primera infancia y con enfoque en la familia como grupo fundamental de la sociedad, en su diversidad i sin ningún tipo de discriminación. (41)

El derecho a la salud debe orientarse de manera especial hacia grupos de atención prioritaria y vulnerable, con énfasis en la primera infancia y con enfoque en la familia como grupo fundamental de la sociedad, en su diversidad y sin ningún tipo de discriminación. (41)

CAPÍTULO III

3. Metodología de la investigación

La siguiente investigación, sigue la línea de salud y bienestar, es no experimental debido a que no se tiene control sobre las variable utilizadas, como fué el desarrollo psicomotor y el funcionamiento familiar, ya que se realizó una evaluación, para la cual, se acudió a zona rural de Intag, por tal motivo se realizó una investigación de campo y de tipo transversal. (42)

3.1 Diseño de la investigación

Es de tipo correlacional, porque estableció la relacionar del desarrollo psicomotor y el funcionamiento familiar, utilizando la escala abreviada del Dr. Nelson Ortiz y el apgar familiar, seguido del análisis estadístico de los resultados obtenidos. (43)

3.2 Tipo de la investigación

La presente investigación tiene enfoque cuantitativo, ya que se utilizó escalas que arrojan resultados en forma numérica, el mismo que a su vez obtenidos se analizó en un sistema estadístico, obteniendo así resultados porcentuales para lograr el objetivo propuesto con anterioridad. (44)

3.3 Localización y Ubicación del estudio

La presente investigación se realizó en la provincia de Imbabura cantón Cotacachi, parroquia de Peñerrera.

3.4 Población

La población está constituida por 102 niños/as correspondientes a la edad de 0 a 5 años de la zona de Intag parroquia Peñerrera. (45)

3.5 Muestra

Una vez realizado los criterios de inclusión y exclusión se determinó la muestra, constando con 25 participantes de la zona de Intag parroquia de Peñerrera.

3.6 Criterios de inclusión

- Todos los niños que se encuentren en la edad de 12 a 36 meses
- Niños que pertenezcan a la parroquia de Peñerrera zona de Intag.
- Padres de familia que firmen el consentimiento informado.
- Niños presenten al momento de la evaluación.

3.7 Criterios de exclusión

- Niños y niñas con alteraciones neurológicas, o que presenten algún tipo de enfermedad de base que les impida participar en la investigación.
- Que los padres no deseen participar en la investigación.
- Que los niños y niñas no se encuentren el día de la evaluación.

3.6 Operacionalización de variables

| Objetivo 1. Caracterizar socio demográficamente a la población de estudio. | | | | | | |
|--|---------------------|---------------|-----------|-------------|-------------------------|---|
| Variable | Tipo de variable | Dimensión | Indicador | Escala | Instrumento | Descripción de variables |
| Edad | Cualitativa Ordinal | Rango de edad | Lactante | 12-24 meses | Ficha socio demográfica | La edad es un concepto lineal y que implica cambios continuos en las personas, los aspectos subjetivos del individuo, donde se incorporan elementos como los cambios biológicos, psicosociales y capacidades cognitivas. (46) |
| | | | Infante | 25-36 meses | | |

| | | | | | | |
|--------|---------------------------|--------|--------|-----------|--|---|
| Genero | Cualitativa dicotómica | Género | Género | Masculino | | La organización Mundial de la Salud los define como las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. Las diferentes funciones y comportamientos pueden generar desigualdades de género, es decir, diferencias entre los hombres y las mujeres que |
| | | | | Femenino | | |

| | | | | | | |
|-------|------------------------|-------|-------|-----------------|--|---|
| | | | | | | favorecen sistemáticamente a uno de los dos grupos. (47) |
| Etnia | Cualitativa dicotómica | Etnia | Etnia | Mestizo | | Identificación de una colectividad humana a partir de antecedentes históricos y un pasado común, la noción de etnia no se suma entidad biológica y debe entenderse a la luz de la historia y de las relaciones sociales. (48) |
| | | | | Indígena | | |
| | | | | Afroecuatoriano | | |

Objetivo. Evaluar el desarrollo psicomotor de los niños de la zona de Intag parroquia Peñerrera.

| Variable | Tipo de variable | Dimensión | Indicador | Escala | Instrumento | Descripción de variables |
|-----------------------|---------------------|--|---|--|---------------------------------------|--|
| Desarrollo psicomotor | Cualitativa Ordinal | <ul style="list-style-type: none"> • Motricidad Gruesa • Motricidad Fina • Audición y Lenguaje • Personal Social | 10-12 meses: 0-42 43-49 50-56 70 | 10-12 meses Alerta Medio Medio alto alto | Escala Abreviada del Dr. Nelson Ortiz | El desarrollo psicomotor (DSM) es un proceso continuo ordenado en el que cada etapa se sustenta en niveles anteriores logrados, determinando cambios sucesivos previsibles. Sin embargo, no existe una correlación exacta entre la |
| | | | 13-18 meses 0-51 52-60 61-69 84 | 13-18 meses Alerta Medio Medio alto Alto | | |
| | | | 19-24 meses | 19-24 meses | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--------------------|--------------------|--|
| | | | 0-61 | Alerta | aparición de un hito y una edad cronológica, permitiendo cierta variación interindividual. (49) |
| | | | 62-71 | Medio | |
| | | | 72-83 | Medio alto | |
| | | | 101 | alto | |
| | | | 24-36 meses | 24-36 meses | |
| | | | 0-74 | Alerta | |
| | | | 75-86 | Medio | |
| | | | 87-100 | Medio alto | |
| | | | 115 | alto | |

| Objetivo 2. Identificar el funcionamiento familiar. | | | | | | |
|--|--------------------------------------|------------------------|------------------|--|--------------------|---|
| Variable | Tipo de variable | Dimensión | Indicador | Escala | Instrumento | Descripción de variables |
| Funcionalidad familiar | Cualitativa Nominal Politómica | Funcionalidad familiar | 0 Nunca | <ul style="list-style-type: none"> • Buena función familiar • Disfunción familiar leve • Disfunción | Apgar familiar | El funcionamiento familiar en un recurso importante en la familia, facilita a sus |
| | | | 1 Casi nunca | | | |
| | | | 2 Algunas veces | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|----------------|------------------------------|--|--|
| | | | 3 Casi siempre | familiar moderada | | integrantes el convivir en armonía y paz. (50) |
| | | | 4 Siempre | Disfunción familiar grave | | |

3.7 Métodos de recolección de información

3.7.1 Métodos bibliográficos

Se recopiló información de libros, artículos científicos, artículos de revistas electrónicas y base de datos con investigaciones previas sobre el tema, las cuales fueron un soporte para la elaboración de esta investigación. (51)

3.7.2 Método analítico

En este método se procedió a analizar todos los resultados obtenidos, mediante la aplicación de la escala de desarrollo del Dr. Nelson Ortiz y el APGAR familiar que comprende al funcionamiento familiar.

3.7.3 Métodos empíricos

Método observacional: Se llevó a cabo el registro sistemático de cada ítems de la escala abreviada de desarrollo, registrando el puntaje obtenido en cada uno de las áreas a evaluar, consiguiendo el resultado del desarrollo psicomotor y de igual manera con el Apgar familiar.

Método estadístico: La recolección de datos fue analizada mediante el programa spss que es un programa estadístico, el cual relacionó variables a investigar, el desarrollo psicomotor y el funcionamiento familiar arrojando resultados mediante la V de Cramer y tablas de caracterización de la investigación.

3.8 Métodos de recolección de la información

3.8.1 Técnicas

Encuesta: Es una técnica de investigación que permite recolectar información de la población estudiada, para llegar a efectuar un objetivo específico a través de un cuestionario, y por ende llegar a la toma de decisiones, para producir información de calidad correspondiente al análisis construido. (52)

Observación de campo: Es el principal recurso que pone en contacto directo del investigador y el objeto a estudiar, el método por el cual se recoge la información se basa a través de acontecimiento observados, ya que permiten obtener percepciones de

la realidad estudiada, sin intervenir para nada en el grupo social previamente determinados, para observar sus comportamiento y actitudes. (53)

3.8.2 Instrumento

Ficha sociodemográfica: Instrumento que permite la recolección de información personal en cuanto a la edad, género, etnia entre otras características sociales.

Cuestionario Apgar familiar: Instrumento que evalúa la funcionalidad familiar mediante 5 preguntas.

Escala abreviada Dr. Nelson Ortiz: Es un instrumento en el cual evalúa cinco áreas: motricidad gruesa, motricidad fina-adaptativo, audición y lenguaje, personal y social, las cuales dan el nivel de desarrollo psicomotor en el que se encuentra el niño. (54)

3.9 Validación de documentos

Para esta investigación se utilizó la el Apgar familiar y la escala abreviada de desarrollo del Dr. Nelson Ortiz.

Cuestionario Apgar familiar: Es un cuestionario diseñado por el neurólogo Gabriel Smilkstein que fue aceptada y validada mediante un estudio realizado a 92 estudiantes colombianos, en el cuál mostró un alto índice de disfunción familiar lo que representa la alta precisión al mostrar resultados de fácil manejo y entendimiento para los profesionales de la salud. (55)

Escala abreviada Dr. Nelson Ortiz: Es un instrumento diseñado para la valoración global y general de determinadas áreas, con lo cual especifica su validez que fue en el año 1993 por un grupo interdisciplinario de profesionales con el apoyo de la División Materno Infantil de Ministerio de Salud, conjuntamente con médicos, enfermeras y auxiliares de los servicios seccionales de salud, conjuntamente con médicos, y el apoyo técnico y financiero de la UNICEFF. Se organizó a partir de unos estudios de normalización realizados en 1989 y 1990 a una muestra de 16.180 niños de diversas regiones de Colombia. En el Ecuador, fue utilizado por el Instituto Nacional del Niño y la familia (INFFA) por sus diferentes programas, en el año2000;

se basa en una evaluación objetiva y directa del niño/a. Es simple y se requiere de materiales sencillos. (56)

CAPITULO IV

4. Análisis y discusión de los resultados

Tabla N°1

Distribución de la muestra según el rango de edad en meses.

| Meses | Frecuencia | Porcentajes |
|------------------|------------|-------------|
| 12-24(Lactante) | 17 | 68% |
| 24-36 (Infante) | 8 | 32% |
| TOTAL | 25 | 100% |

En la distribución de la muestra según el rango de edad en meses, el 68% se encuentra un rango de 12 a 24 meses (lactante), y el 32% en un rango de 25 a 36 meses (infante), lo que difiere con el censo nacional de estadísticas y censos del cantón Cotacachi que da datos en los cuales los niños menores de 5 años es el 15,2% de toda la población de esta Parroquia. (57)

Tabla N°2

Distribución de la muestra según el género.

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| Masculino | 13 | 52% |
| Femenino | 12 | 48% |
| Total | 25 | 100% |

En la muestra de estudio el 52% corresponde al género masculino y un 48% al género femenino. Datos que coinciden con el plan de desarrollo y ordenamiento del gobierno descentralizado del cantón de Cotacachi al evidenciar cifras de un 52.87% en hombres y un 47.13% en mujeres de la zona de Intag. (58)

Tabla N°3

Distribución de la muestra según la etnia.

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------|------------|------------|
| Mestizo | 12 | 48% |
| Indígena | 2 | 8% |
| Afroecuatoriano | 11 | 44% |
| Total | 25 | 100% |

La presente investigación, muestra predominio con un 48% de población que pertenece a la etnia mestiza, seguida por el 44% a la etnia Afroecuatoriana y un 8% a la etnia indígena, lo que concuerda con el programa de actualización territorial del cantón Santa Ana de Cotacachi en cual específica que el 53,9% de la población comprende a etnia mestiza. (59)

Tabla N°4

Distribución de la muestra según el nivel de desarrollo psicomotor.

| | Frecuencia | Porcentaje |
|------------|------------|------------|
| Alerta | 3 | 12% |
| Medio | 10 | 40% |
| Medio alto | 12 | 48% |
| Total | 25 | 100,0 |

La escala del Dr. Nelson Ortiz evalúa el desarrollo psicomotor, según se aprecia en los resultados de la escala alcanza un 48% de los niños evaluados están con un desarrollo medio alto, un 40% alcanza un desarrollo medio y un 3% en alerta, lo que concuerda con un estudio realizado en Cuenca- Ecuador que evaluó el desarrollo psicomotor en los niños de tres a seis años de edad del centro particular infantil “creciendo libres” establece, que un 61% de los participantes se encuentran con un desarrollo normal y un 18% con un nivel de alerta y un 21% con nivel medio en el desarrollo psicomotor. (60)

Tabla N°5

Distribución de la muestra según el funcionamiento familiar.

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|------------|------------|
| Buena función | 18 | 72% |
| Disfunción leve | 6 | 24% |
| Disfunción moderada | 1 | 4% |
| Total | 25 | 100% |

Se aplicó el test de apgar adulto para los padres de familia a los 25 participantes por lo que, el 72% tiene buen funcionamiento familiar, un 24% está en una disfunción leve y el 4% de los participantes vive en un hogar con disfunción moderada. Lo que concuerda con el artículo propiedades psicométricas de la escala de apgar en personas adultas realizado en Chile, tiene un alto índice de similitud ya que en sus resultados consta del 62% de buen funcionamiento familiar, 23% disfunción leve y un 15% disfunción grave. (61)

Tabla N°6

Distribución de la muestra según el desarrollo psicomotor y el funcionamiento familiar.

| | | Desarrollo psicomotor | | | |
|-------|---------------------|-----------------------|-------------|-------------|--------------|
| | | Alerta | Medio | Medio alto | Total |
| Apgar | Buena función | 0 0,0% | 7 28,0% | 11 44,0% | 18 72,0% |
| | Disfunción leve | 2 8,0% | 3 12,0% | 1 4,0% | 6 24,0% |
| | Disfunción moderada | 1 4,0% | 0 0,0% | 0 0,0% | 1 4,0% |
| Total | | 3 12,0% | 10 40,0% | 12 48,0% | 25 100,0% |

De 25 participantes de esta investigación, se evidenció que los niños que marcaron buena función familiar tienen un nivel de desarrollo medio alto con el 44%, seguido por un nivel de desarrollo medio con el 28%. Los niños que se encuentran en disfunción familiar leve están en un 12% con un nivel de desarrollo medio y un 8% se encuentra en alerta tiene la disfunción moderada con el 1%. Lo que concuerda con un estudio realizado en Arequipa-Perú en el cual tiene como resultado el desarrollo psicomotor y el funcionamiento familiar con un porcentaje de un 33.3% que determinan un desarrollo motor normal con buena función familiar y un 16.1% de los niños en el índice de alerta en el desarrollo con disfunción familiar leve. (62)

Tabla N°7

Relación del desarrollo psicomotor y funcionamiento familiar.

| | | Valor | Significación aproximada |
|-------------------------|----------------|-------|-----------------------------|
| Funcionamiento Familiar | Phi | ,743 | ,008 |
| Desarrollo psicomotor | V de Cramer | ,525 | ,008 |
| N de casos válidos | | 25 | |

Al analizar estadísticamente la relación entre el funcionamiento familiar y el nivel de desarrollo psicomotor, se evidenció que no tiene relación ya que el valor P es mayor a 0.05, datos que difieren del estudio realizado de funcionalidad familiar y desarrollo motriz en la ciudad de Ambato en el cual determinó mediante chi cuadrado que la significancia de relación es baja. (63)

4.1 Respuesta a las preguntas de investigación

¿Cuáles son las características socio demográficas de la población?

Mediante la caracterización de la población se pudo evidenciar mayor predominio del rango edad de 12 a 24 meses (lactante) con el 68%, con el 52% del género masculino y en mayor porcentaje perteneciente a la etnia mestiza con el 48%.

¿Cuál es el desarrollo psicomotor de los sujetos de estudio?

El desarrollo psicomotor en la zona de Intag parroquia Peñerrera presentó con una prevalencia del 48% en el índice de nivel de desarrollo medio alto, seguido con el 40% un nivel de desarrollo medio y con la diferencia del 12% el nivel de desarrollo en alerta, no se constata en los resultados de esta investigación un nivel de desarrollo alto.

¿Cuál es el funcionamiento familiar de los sujetos de estudio?

Los resultados que presentó la aplicación del apgar familiar en referencia al funcionamiento familiar, se determinó que el 72% tiene buen funcionamiento familiar, el 24% están en una disfunción familiar leve y el 4% de porcentaje de la población pertenece a la disfunción familiar moderada.

¿Existe relación entre el desarrollo psicomotor y el funcionamiento familiar?

No existe una relación estadística entre las dos variables, ya que con la correlación mediante V de Cramer el valor P fue mayor a 0.05.

CAPITULO V

5 Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones

- Una vez realizada la caracterización sociodemográfica se evidenció mayor predominio del rango de edad de 12 a 24 meses, de etnia mestiza y de género masculino.
- Una vez evaluado el desarrollo psicomotor se evidenció que el nivel medio alto predominó en la zona de Intag parroquia Peñerrera.
- Se identificó que la mayoría de las familias de la zona de Intag parroquia Peñerrera, tienen buena función familiar.
- Se demostró que no existe relación significativa entre las variables del funcionamiento familiar con el desarrollo psicomotor en los niños, lo que refleja que la disfunción familiar que pueden presentar ciertas familias no influye en el desarrollo de los niños.

5.2 Recomendaciones

- Crear programas de estimulación temprana en la zona de Intag, que ayude a los padres de familia de estas comunidades.
- Impartir charlas educativas sobre el desarrollo psicomotor de los niños por parte de educadoras del CNH y municipalidad de Cotacachi.
- Al personal de salud que labora en esta zona estar pendiente de la valoración infantil, en la que permita identificar a tiempo los factores de riesgo que influyen en el desarrollo psicomotor de los niños.
- Replicar este estudio en otras comunidades de la zona de Intag del cantón Cotacachi.

Bibliografía

1. Organización mundial de la salud. sitio web mundial. [online].; 2019 [cited 19 02 19. available from: <https://www.who.int/es/news-room/detail/19-10-2017-7-000-newborns-die-every-day-despite-steady-decrease-in-under-five-mortality-new-report-says#>.
2. Calabuig re. el divorcio internacional en la unión europea. iuris tantum revista boliviana de derecho. 2016 junio;(22).
3. Bussi M. evolución del desarrollo psicomotor en niños menores de 4 años en situación de abandono. cuidado y salud. 2014 enero-junio; 1(1).
4. Jackeline Román Sacón. en ecuador se realizó un estudio en la zona 7 que reflejó un alto porcentaje de los niños que presentan el desarrollo motor alterado, de los cuales el mayor porcentaje viven en familias disfuncionales existiendo una relación directa con el desarrollo ps. enfermería: cuidados humanizados. 2017 diciembre; 6(2).
5. Celi D. programa de especialización en medicina familiar y comunitaria. universidad nacional de loja. 2017.
6. Prieto-Suarez. determinantes del desempeño psicomotor en escolares de barranquilla, colombia. rev. salud pública. 2017 may-jun; 19(3).
7. Orden, Agustina Vericat -Alicia Bibiana. el desarrollo psicomotor y sus alteraciones:entre lo normal y lo patológico. [online]. [cited 2019 marzo 20. available from: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2013.v18n10/2977-2984/es>.
8. María del Pilar Medina Alva, Inés Caro Kahn, Pamela Muñoz Huerta, Janette Leyva Sánchez, José Moreno Calixto, Sarah María Vega Sánchez. neurodesarrollo infantil: características normales y signos de alarma en el niño menor de cinco años. [online].; 2015 [cited 2020 08 19. available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2015.v32n3/565-573/es>.
9. Laura Calceto-Garavito, Sonia Garzón, Jasmin Bonilla, Dorian Y. Cala-Martínez. relación del estado nutricional con el desarrollo cognitivo y psicomotor de los niños en la primera infancia. revista ecuatoriana de neurología. 2019; 28(2).
11. Dr. Gómez-Andrés, I. Pulido Valdeolivas,L. Fiz Pérez.. desarrollo neurológico normal del niño. pediatría integral. 2015; xix(9).

12. Martínez, José William. desarrollo infantil: una revisión. rev. investigaciones andina. 2014 septiembre; 16(29).
13. Lucía Fernanda Flores, Mgs. Nancy Johana Munar, Mgs. Víctor Patricio Díaz Narváez, PhD. desarrollo psicomotor y variables medioambientales endos poblaciones del ecuador. revista ecuatoriana de neurología. 2013; 22(1-3).
14. Schlack, Dr. Luis. santafe.gov.ar. [online]. [cited 2020 08 20. available from: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/educacion/content/download/149386/732089/file/desarrollo%20neurologico%20infantil.pdf>.
15. Acebes, Xavier Navarro. universidad autónoma de barcelon. [online]. [cited 2020 08 20. available from: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/3840/nml1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
16. Sanz, m Fernanda Rodríguez. sección de neurología. [online]. [cited 2019 04 12. available from: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/exploracion_neurologica.pdf.
17. Rodríguez ad. exploración neurológica. congreso de actualización pediatría 2020. 2020 febrero; 3(0).
18. Santiago. oposinet. [online].; 2015 [cited 2019 marzo 19. available from: <https://www.oposinet.com/temario-tecnico-educacion-infantil/temario-1-tecnico-de-educacion-infantil/tema-10-maduracin-y-aprendizaje-concepto-de-maduracin-aprendizaje-y-desarrollo-teoras-conductista-cognitiva-y-ecologica-influencia-en-la-prctica-educativa/>.
19. García, Barbarita de la Caridad Cabrera Valdés-Marilin de las Nieves Dupeyrón. mendive. revista de educación. [online].; 2019 [cited 2019 agosto 10. available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1815-76962019000200222.
20. Camargos, Ellen Kassia,Maciel, Rosana Mendes. la importancia de la psicomotricidad en la educación de los niños. [online].; 2016 [cited 2020 19 08. available from: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/educacion-es/psicomotor-en-la-educacion-y-el-nino>.
21. Luis Tapia L,Camargo, Azaña E,Lic. Tito Córdova L. horizonte de la ciencia.

- [online].; 2014 [cited 2020 agosto 19. available from:
<file:///c:/users/icesa.sa/appdata/local/temp/dialnet-teoriabasicadelaeducacionpsicomotriz-5420537.pdf>.
22. Arce M. crecimiento y desarrollo infantil temprano. revista peruana de medicina experimental y salud pública. 2015; 32(3).
 23. Asunción M, Martínez Granero M. desarrollo psicomotory signos de alarma. curso de actualización pediatría 2016. 2016 febrero 5;: p. 81-93.
 24. . Martín Fernández-Mayoralas, Fernández-Jaén,A.L. Fernández Perrone, B. Calleja-Pérez, N. Muñoz-Jareño. detección y manejo del retraso psicomotor en la infancia. pediatría integral. 2015; xix(8).
 25. Díaz-Granda, Ruth C.. factores asociados a retardo del desarrollo psicomotor en niños menores de seis meses de edad. simposio internacional de neurociencias. 2017 septiembre.
 26. Aragón, Mónica Bernaldo de Quirós. psicomotricidad guía de evaluación e intervención. primeraelectronica ed. piramides , editor. madrid: ediciones pirámide (grupo anaya, s. a.); 2012.
 27. Medina Alva P, Kahn I, Pamela Muñoz Huerta,Leyva Sánchez J, Moreno C, Vega C. Neurodesarrollo infantil: características normales y signos de alarma en el niño menor de cinco años. revista peruana de medicina experimental y salud pública. 2015 septiembre; 32(3).
 28. Dr. Gómez-Andrés, I. Pulido Valdeolivas,L. Fiz Pérez.. desarrollo neurológico normal del niño. pediatría integral. 2015; xix(9).
 29. Yercin Ortiz, Choque M, Gonzalo Rojas E. estado nutricional y su relación con el coeficiente intelectual de niños en edad escolar. gac med bol. 2014 enero-junio; 37(1): p. 6-10.
 30. Javeriana, Pontificia Universidad.gov.com. [online].; 2016 [cited 2020 08 16. available from:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/vs/pp/ent/escala-abreviada-de-desarrollo-3.pdf>.
 31. Ortiz, Dr. Nelson. escala abreviada de desarrollo. ministerio de salud. ; 1999.
 32. López-Márquez. funcionalidad familiar y participación escolar de las familias de niños con discapacidad. revista de investigación educativa de la rediech.

2017 abril-septiembre;(14).

33. Castilla H, Caycho T, Midori S, Valdivia S. percepción del funcionamiento familiar: análisis psicométrico de la escala apgar-familiar en adolescentes de lima. propósitos y representaciones. 2014 enero-junio; 2(1).
34. Vasallo, MsC. Haydee Maité Martínez. la familia: una visión interdisciplinaria. revista médica electrónica. 2015; 37(5).
35. Pérez M. la familia: desde lo tradicional a lo discutible. revista novedades en población. 2017 diciembre; 13(26).
36. Amai ideas. los once tipos de familias en México. datos diagnósticos tendencias. 2016 octubre.
37. Tatiana Mesager, Nadia Semenova. ciclo_vital.pdf. [online].; 2002 a 2015 [cited 2019 03 20. available from: file:///c:/users/icesa.sa/downloads/ciclo_vital.pdf.
38. Acosta Ecfecar A. la disfunción familiar como predictor de codependencia en adolescentes mexicanos. nova scientia. 2018 octubre; 10(20).
39. Dr. Miguel A. Suarez C. apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. rev med la paz. 2014 enero-junio.
40. Código de la niñez y adolescencia. igualdad.gob.ec. [online].; 2003 [cited 2019 marzo 02. available from: https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/11/codigo_ninez_y_adolescencia.pdf.
41. Secretaría técnica de plan todo una vida. todaunavida.gob.ec. [online].; 2017-2021 [cited 2019 08 12. available from: <https://www.todaunavida.gob.ec/estrategia-nacional-intersectorial-para-la-primera-infancia-infancia-plena/>.
42. Capítulo 3 Metodología de la investigación. [online]. [cited 2020 septiembre 29. available from: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lmk/fonseca_g_a/capitulo3.pdf.
43. Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado, Pilar Baptista Lucio. metodología de la investigación. quinta ed. c.v sad, editor. México: mcgraw-hill / interamericana editores; 2010.

44. Frnandez, Roberto; Fernandez, Carlos; Baptista, Pilar. metodología de la investigación. segunda ed. méxico: mgraw-hill interamericana; 1998.
45. Gobierno autónomo descentralizado parroquial rural de peñaherrera. plan de desarrollo y ordenamiento territorial gad parroquial peñaherrera. [online].; 2015 [cited 2019 03 02. available from: http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/portal_sni/data_sigad_plus/sigadplusdiagnostico/1060020610001_documento%20final%20gad%20parroquial%20pe%c3%blaherrera_30-10-2015_14-09-27.pdf.
46. Ávila, Nuria Rodríguez. envejecimiento: edad, salud y sociedad. horizonte sanitario. 2018 enero-abril; 17(2).
47. Organización Mundial de la Salud. sitio web regionales. [online]. [cited 2019 agosto 12. available from: <https://www.who.int/topics/gender/es/>.
48. Cristina Torres-Parodi, Mónica Bolis. evolución del concepto etnia/raza y su impacto en la formulación de políticas de equidad. rev panam salud publica. ; 22(6).
49. Leonart B. desarrollo psicomotor. pediatría y cirugía infantil. 2017.
50. Wilson G. Siguenza, Román M. Buñay, Marco P. Guamán. funcionamiento familiar real e ideal según el modelo circunplejo de olson. simposio internacional de neurociencias. 2017 septiembre.
51. Paneque R. metodología de la investigación: elementos básicos para la investigación clínica. lic. maría emilia remedios hernández ed. la habana: ciencias médicas; 1998.
52. Pedro López-Roldán, Sandra Fachelli. metodología de la investigación social cuantitativa. 1st ed. barcelona; 2015.
53. Sanjuán, Lidia Díaz. la observación. 1st ed. méxico: método clínico; 2010.
54. Roberto Chaskel, Eugenia Espinosa , Clara Galvis , Heidy Gómez , Lina María Ruiz , Daniel Toledo , Germán Vélez. alterações no neuro desenvolvimento em pré-escolares com antecedente de prematuridade: um estudo de corte. revista med. 2018 enero-junio; 26(1).
55. Benitez Molina A, Caballero Badillo M. estudio psicométrico de las escalas de depresión, ansiedad y funcionalidad familiar en estudiantes de la universidad industrial de santander. acta colombiana de psicología. 2017 noviembre;

20(1).

56. Izquierdo, Elizabeth Cristina Rodríguez. “evaluación de las habilidades básicas: motriz y lenguaje en los niños y niñas de 1 a 3 años de los centros infantiles del buen vivir urbano y rural del cantón cuenca.”. tesis. cuenca: universidad azuay de cuenca, magíster en intervención y educación inicial; 2014.
57. Inec. inec_cantón cotacachi censo urbano y rural. estadísticas y censos. cotacachi: inec, imbabura-cotacachi; 2010.
58. Margarita Espín León . plan de desarrollo y ordenamiento. [online].; 2014-2019 [cited 2019 septiembre 17. available from: http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/portal_sni/data_sigad_plus/sigadplusdiagnostico/1060020610001_documento%20final%20gad%20parroquial%20pe%c3%blaherrera_30-10-2015_14-09-27.pdf.
59. Municipalidad de Cotacachi.[online].; 2015-2035 [cited 2019 septiembre 20. available from: <http://www.imbabura.gob.ec/phocadownloadpap/k-planes-programas/pdot/cantonal/pdot%20cotacachi.pdf>.
60. Valeria Zulay Llivicura Niveló, Maritza Elizabeth Riera Quintuña, Lourdes Estefanía Sánchez Espejo. evaluación del desarrollo psicomotriz de los niños/as de tres a seis años de edad, del centro particular infantil “creciendo libres”. tesis. cuenca: universidad de cuenca , ciencias médicas ; 2015.
61. Cecilia Mayorga-Muñoz, Lorena Gallardo-Peralta, José Luis Galvez-Nieto. propiedades psicométricas de la escala apgar-familiar en personas mayores residentes en zonas rurales multiétnicas chilenas. revista médica de chile. 2019; 147(10).
62. Tejada Gencio, Kelly Deyanire, Vilca Diaz, Rocio Helen. “calidad del ambiente familiar y desarrollo psicomotor en niños y niñas de 3 a 5 años, de la institución educativa inicial de socabaya”. tesis. arequipa: universidad nacional de san agustin, facultad de psicología; 2019.
63. Guerrero López, C. funcionalidad familiar y desarrollo motriz. tesis. ambato: universidad técnica de ambato, carrera de psicología clínica; 2017.

ANEXOS

Anexo 1. Oficio de aprobación

 UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN Nro. 081 - 073 - CEAACES - 2013 - 13
Ibarra - Ecuador
CARRERA TERAPIA FÍSICA MÉDICA

Ibarra, 20 de mayo del 2019
Oficio 020-TFM-UTN

Señor
Antonio Obando
PRESIDENTE
JUNTA PARROQUIAL DE PEÑERRERA
Presente

Señor Presidente:

Reciba un atento saludo de quienes conformamos la Carrera de Terapia Física Médica, de la Universidad Técnica del Norte.

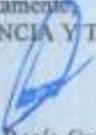
Comendidamente solicito a usted autorizar la realización del Trabajo de Grado "Relación del Desarrollo Psicomotor con el Funcionamiento Familiar en la Zona de Intag Parroquia Peñerrera". Autora: Katherine Morales Folleco. Director: Magister Paulina Garrido.

El desarrollo del mencionado trabajo de investigación se lo realizará mediante el consentimiento informado de cada paciente, y la aplicación de test de evaluación del desarrollo psicomotor de las niñas y los niños, en sus domicilios.

Cabe indicar a usted, que la realización del trabajo de investigación es de carácter estrictamente académico y confidencial.

Por su favorable atención a la presente, le agradezco y me despido.

Atentamente,
"CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO"


MSc. Rocío Castillo A.
DECANA FCS-UTN

Anexo B.

Copia: Interesada.

 25-05-19
Rocio

MISSION INSTITUCIONAL
"Contribuir al desarrollo educativo, científico, tecnológico, académico y cultural de la región norte del país.
Formar profesionales comprometidos con el cambio social y con la preservación del medio ambiente".

Anexo 2. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA TERAPIA FÍSICA MÉDICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo (nombre),en forma voluntaria consiento a que la Sra. MORALES FOLLECO KATHERINE GABRIELA estudiantes de la carrera de Terapia Física, realice una evaluación del desarrollo motor en los niños de 12 a 36 meses, los cuales serán documentados con videos y fotos, posteriormente publicados en el proyecto RELACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR CON EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN NIÑOS/A DE LA "ZONA DE INTAG" PARROQUIA PEÑERRERA.

No existe riesgo de ningún tipo de lesión física durante el proceso garantizando una evaluación segura para el paciente.

Se me ha explicado y entendido de forma clara el procedimiento a realizarse, he entendido las condiciones y objetivos de la evaluación física que se va a practicar, estoy satisfecho/a con la información recibida de la profesional quien lo ha hecho un lenguaje claro y sencillo y me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas a satisfacción, además comprendo que la información podrá ser usada con el fin de explicar de forma clara las herramientas evaluativas, en tales condiciones consiento que se realice la valoración de la condición física.

Atentamente,

Firma.....

Nombre.....

Cédula.....

Anexo 3. Apgar familiar

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR ADULTO

| | |
|-----------------------|--|
| Nombre profesional: | |
| Persona entrevistada: | |
| Fecha: | |

| Función | Nunca (0 Puntos) | Casi Nunca (1 punto) | Algunas veces (2 puntos) | Casi siempre (3 puntos) | Siempre (4 puntos) |
|--|------------------------|-------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------------|
| Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad | | | | | |
| Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite | | | | | |
| Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades. | | | | | |
| Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor, etc. | | | | | |
| Me satisface cómo compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos b) los espacios de la casa, c) el dinero | | | | | |
| PUNTAJE PARCIAL | | | | | |
| PUNTAJE TOTAL | | | | | |

| FUNCIÓN | PUNTAJE |
|------------------------------|----------------|
| Buena función familiar | 18 – 20 |
| Disfunción familiar leve | 14 – 17 |
| Disfunción familiar moderada | 10 – 13 |
| Disfunción familiar severa | 9 o menos |

Anexo 4. Escala abreviada del desarrollo Dr. Nelson Ortiz

Escala Abreviada de desarrollo (EAD-1)

No. Historia Clínica

DIRECCION DE SALUD _____

ORGANISMO DE SALUD _____

Nombre del niño

1er. Apellido 2do. Apellido Nombres

Sexo: (1) Masculino - (2) Femenino

Dirección

Fecha de nacimiento

| | | | | | |
|-----|-----|-----|--|--|--|
| | | | | | |
| Día | Mes | Año | | | |

Peso _____ Talla _____

SINTESIS EVALUACIONES

| FECHA EVALUACION | | | EDAD | RESULTADOS POR AREAS | | | | |
|------------------|-----|-----|-------|----------------------|-------------|-----------|-----------|-------|
| DIA | MES | AÑO | MESES | A M.G. | B M.F.A. | C A.L. | D P.S. | TOTAL |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Este instrumento fue diseñado y normalizado a nivel nacional con el apoyo técnico y financiero de UNICEF.

ESCALA ABREVIADA DE DESARROLLO (EAD 1)

| Rango edad | ITEM | A MOTRICIDAD GRUEGA | Anote Edad en meses para cada evaluación | Rango edad | ITEM | B MOTRICIDAD FINO ADAPTATIVA | Anote Edad en meses para cada evaluación |
|------------|------|---|--|------------|------|--|--|
| >1 | 0 | Patea vigorosamente | | >1 | 0 | Sigue movimiento horizontal y vertical del objeto. | |
| 1 | 1 | Levanta la cabeza en prona. | | 1 | 1 | Abre y mira sus manos. | |
| 3 | 2 | Levanta cabeza y pecho en prona | | 3 | 2 | Sostiene objeto en la mano. | |
| | 3 | Sostiene cabeza al levantarlo de los brazos | | | 3 | Se lleva objeto a la boca. | |
| 4 | 4 | Control de cabeza sentado | | 4 | 4 | Agarra objetos voluntariamente. | |
| 6 | 5 | Se voltea de un lado a otro | | 6 | 5 | Sostiene un objeto en cada mano. | |
| | 6 | Intenta sentarse solo. | | | 6 | Pasa objeto de una mano a otra. | |
| 7 | 7 | Se sostiene sentado con ayuda. | | 7 | 7 | Manipula varios objetos a la vez. | |
| 9 | 8 | Se arrastra en posición prona. | | 9 | 8 | Agarra objeto pequeño con los dedos. | |
| | 9 | Se sienta por sí solo. | | | 9 | Agarra cubo con pulgar e índice. | |
| 10 | 10 | Gatea bien. | | 10 | 10 | Mete y saca objetos en caja. | |
| 12 | 11 | Se agarra y sostiene de pie | | 12 | 11 | Agarra tercer objeto sin soltar otros. | |
| | 12 | Se para solo. | | | 12 | Busca objetos escondidos. | |
| 13 | 13 | Da pasitos solo. | | 13 | 13 | Hace torre de tres cubos. | |
| 18 | 14 | Camina solo bien | | 18 | 14 | Pasa hojas de un libro. | |
| | 15 | Corre. | | | 15 | Anticipa salida del objeto | |
| 19 | 16 | Patea la pelota | | 19 | 16 | Tape bien la caja. | |
| 24 | 17 | Lanza la pelota con las manos. | | 24 | 17 | Hace garabatos circulares. | |
| | 18 | Salta en los dos pies | | | 18 | Hace torre de 5 o más cubos. | |
| 25 | 19 | Se empuja en ambos pies | | 25 | 19 | Inserta 6 o más cuentas. | |
| 36 | 20 | Se levanta sin usar las manos. | | 36 | 20 | Copia línea horizontal y vertical | |
| | 21 | Camina hacia atrás. | | | 21 | Separa objetos grandes y pequeños | |

| Rango edad | I T E M | A MOTRICIDAD GRUESA | Anotar Edad en meses para cada evaluación | | | | Rango edad | I T E M | B MOTRICIDAD FINO ADAPTATIVA | Anotar Edad en meses para cada evaluación | | | |
|---------------|---------|--------------------------------------|---|--|--|--|---------------|---------|------------------------------------|---|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | |
| 37 a 48 | 22 | Camina en punta de pies. | | | | | 37 a 48 | 22 | Figura humana rudimentaria I | | | | |
| | 23 | Se para en un solo pie. | | | | | | 23 | Corta papel con las tijeras. | | | | |
| | 24 | Lanza y agarra la pelota. | | | | | | 24 | Copia cuadrado y círculo. | | | | |
| 49 a 60 | 25 | Camina en línea recta | | | | | 49 a 60 | 25 | Dibuja figura humana II | | | | |
| | 26 | Tres o más pesos en un pie. | | | | | | 26 | Agrupar color y forma. | | | | |
| | 27 | Hace rebotar y agarra la pelota. | | | | | | 27 | Dibuja escalera finita. | | | | |
| 61 a 72 | 28 | Salta a pies juntas cuerda a 25 cms. | | | | | 61 a 72 | 28 | Agrupar por color forma y tamaño | | | | |
| | 29 | Hace cabalitos alternando los pies. | | | | | | 29 | Reconstruye escalera 10 cubo. | | | | |
| | 30 | Salta desde 60 cms. de altura. | | | | | | 30 | Dibuja casa. | | | | |

Escala Abreviada de Desarrollo (EAD 1)

| Rango edad | ITEM | C AUDICION LENGUAJE | Anota Edad en meses para cada evaluación | | | | | ITEM | Rango edad | D PERSONAL SOCIAL | Anota Edad en meses para cada evaluación | | | | | |
|------------|------|--|--|--|--|--|--|------|------------|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| >1 | 0 | Se sobresalta con ruido | | | | | | >1 | 0 | Sigue movimiento del rostro. | | | | | | |
| 1 | 1 | Busca sonido con la mirada | | | | | | 1 | 1 | Reconoce a la madre. | | | | | | |
| 2 | 2 | Dos sonidos guturales diferentes. | | | | | | 2 | 2 | Sonríe al acariciarlo. | | | | | | |
| 3 | 3 | Balucea con las personas. | | | | | | 3 | 3 | Se volta cuando se le habla. | | | | | | |
| 4 | 4 | 4 o más sonidos diferentes. | | | | | | 4 | 4 | Coge manos del examinador. | | | | | | |
| 5 | 5 | Ríe | | | | | | 5 | 5 | Acepta y coge juguete. | | | | | | |
| 6 | 6 | "carcajadas". Reacciona cuando se le llama. | | | | | | 6 | 6 | Pone atención a la conversación. | | | | | | |
| 7 | 7 | Pronuncia 3 o más sílabas. | | | | | | 7 | 7 | Ayuda a sostener taza para beber. | | | | | | |
| 8 | 8 | Hace sonar la campana. | | | | | | 8 | 8 | Reacciona imagen en el espejo. | | | | | | |
| 9 | 9 | Una palabra clara. | | | | | | 9 | 9 | Imita aplausos. | | | | | | |
| 10 | 10 | Niega con la cabeza. | | | | | | 10 | 10 | Entrega juguete al examinador. | | | | | | |
| 11 | 11 | Llama a la madre o acompañante. | | | | | | 11 | 11 | Pide un juguete u objeto. | | | | | | |
| 12 | 12 | Entiende orden sencilla | | | | | | 12 | 12 | Bebe en taza solo. | | | | | | |
| 13 | 13 | Reconoce tres objetos | | | | | | 13 | 13 | Señala una prenda de vestir. | | | | | | |
| 14 | 14 | Combina dos palabras. | | | | | | 14 | 14 | Señala dos partes del cuerpo. | | | | | | |
| 15 | 15 | Reconoce seis objetos. | | | | | | 15 | 15 | Avisa higiene personal. | | | | | | |
| 16 | 16 | Nombre cinco objetos. | | | | | | 16 | 16 | Señala 5 partes del cuerpo. | | | | | | |
| 17 | 17 | Use frases de tres palabras. | | | | | | 17 | 17 | Trata de contar experiencias. | | | | | | |
| 18 | 18 | Más de 20 palabras claras. | | | | | | 18 | 18 | Control diurno de la orina. | | | | | | |
| 19 | 19 | Dice su nombre completo. | | | | | | 19 | 19 | Diferencia niño-niña. | | | | | | |
| 20 | 20 | Conoce alto-bajo, grande-pequeño. | | | | | | 20 | 20 | Dice nombre papá y mamá. | | | | | | |
| 21 | 21 | Use oraciones completas. | | | | | | 21 | 21 | Se baña solo manos y cara. | | | | | | |

| Rango edad | ITEM | C AUDICION LENGUAJE | Anota Edad en meses para cada evaluación | | | | ITEM | Rango edad | D PERSONAL SOCIAL | Anota Edad en meses para cada evaluación | | | |
|------------|------|---|--|--|--|--|------|------------|---|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | |
| 37 | 22 | Define por uso cinco objetos. | | | | | 37 | 22 | Puede desvestirse solo. | | | | |
| a | 23 | Repite tres dígitos. | | | | | a | 23 | | | | | |
| 48 | 24 | Describe bien el dibujo. | | | | | 48 | 24 | Comparte juego con otros niños. Tiene amigo especial. | | | | |
| 49 | 25 | Cuenta dedos de las manos. | | | | | 49 | 25 | Puede vestirse y desvestirse solo. Sabe cuántos años tiene. | | | | |
| a | 26 | Distingue adelante-atrás, arriba-abajo. | | | | | a | 26 | Organiza juegos. | | | | |
| 60 | 27 | Nombra 4-5 colores | | | | | 60 | 27 | | | | | |
| 61 | 28 | Expresa opiniones. | | | | | 61 | 28 | Hece "mandados". | | | | |
| a | 29 | | | | | | a | 29 | Conoce nombre vereda-barrio o pueblo de residencia. | | | | |
| 72 | 30 | Conoce izquierda y derecha. Conoce días de la semana. | | | | | 72 | 30 | Comenta vida familiar. | | | | |

Anexo 5. Certificación del abstract

ar Mover a Categorizar Posponer Deshacer

Certificado de revisión de Abstract 1

En este presente correo encontrará un Abstract perteneciente a:

MORALES FOLLECO KATHERINE GABRIELA
1004107965
CARRERA TERAPIA FÍSICA MÉDICA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

El cual ha sido revisado, se ha cambiado y modificado de acuerdo a estructura a lo posible intentando sostener la idea principal sin alterar con los cambios.

El estudiante puede hacer uso del Abstract estrictamente para fines académicos. Se recomienda que el estudiante modifique el estilo (tipo, tamaño, tipo de letras y bordes) más concuerde a sus necesidades.

Este correo puede ser usado como certificado de revisión de Abstract, ya que sale directamente y de uso solamente de mi correo institucional (ljchuquint@lauemprende.com).

Atentamente,

Lic. Luis Javier Chuquin
CAPACITADOR DE LA UEMPRENDE E.P.

Anexo 6. Análisis del Urkund



Document Information

Analyzed document kathy doc tesis.docx (D79608237)
Submitted 9/22/2020 4:46:00 AM
Submitted by
Submitter email kgmoralesf@utn.edu.ec
Similarity 6%
Analysis address dazurita.utn@analysis.orkund.com

Lic. Daniela Alexandra Zurita Pinto MSc.

C.I.: 100301974-0

Sources included in the report

| | | | |
|-----------|---|--|---|
| SA | UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / TESIS FINAL EDITH DAYANARA ANGULO VALENCIA.docx Document TESIS FINAL EDITH DAYANARA ANGULO VALENCIA.docx (D55883245) Submitted by: verojohap@hotmail.com Receiver: vjpotosi.utn@analysis.orkund.com | | 9 |
| SA | UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / TESIS DAYANARA A.docx Document TESIS DAYANARA A.docx (D55935123) Submitted by: verojohap@hotmail.com Receiver: vjpotosi.utn@analysis.orkund.com | | 1 |
| SA | UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / URKUND ANGIE CHAMORRO (1).docx Document URKUND ANGIE CHAMORRO (1).docx (D55934019) Submitted by: verojohap@hotmail.com Receiver: vjpotosi.utn@analysis.orkund.com | | 1 |
| W | URL: https://www.who.int/es/news-room/detail/19-10-2017-7-000-newborns-die-every-day-de ... Fetched: 9/22/2020 4:47:00 AM | | 1 |

Anexo 7. Evidencia fotográfica

Fotografía Nro 1



Autor: Morales Folleco Katherine Gabriela
Socialización del proyecto con madre de familia

Fotografía Nro 2



Autor: Morales Folleco Katherine Gabriela
Evaluación de la motricidad fino adaptativo

Fotografía Nro 3



Autor: Morales Folleco Katherine Gabriela
Evaluación de la motricidad gruesa

Fotografía Nro 4



Autor: Morales Folleco Katherine Gabriela
Evaluación del área personal social y fino adaptativo

Fotografía Nro 5



Autor: Morales Folleco Katherine Gabriela
Evaluación de la audición y lenguaje