



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE TERAPIA FÍSICA MÉDICA

Tesis previa a la obtención del título de licenciada en Terapia Física Médica

Tema:

**EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS/AS DE 0 – 3
AÑOS DEL CENTRO INFANTIL DEL BUEN VIVIR “SIMÓN BOLÍVAR” CANTON
IBARRA, PROVINCIA DE IMBABURA PERIODO 2015 – 2016**

AUTORA:

Mirian Jacqueline Tipantuña Balladares

DIRECTORA DE TESIS:

Dra. Jeliz Reyes Zamora

IBARRA - ECUADOR

2017

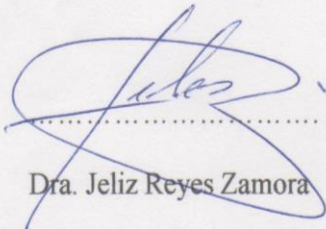
TEMA:

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS/AS DE 0 – 3 AÑOS
DEL CENTRO INFANTIL DEL BUEN VIVIR “SIMÓN BOLÍVAR” CANTON IBARRA,
PROVINCIA DE IMBABURA PERIODO 2015 - 2016

APROBACIÓN DE LA TUTORA.

Yo, Dra. Jeliz Reyes Zamora en calidad de tutora de la tesis titulada: **“EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS/AS DE 0 – 3 AÑOS DEL CENTRO INFANTIL DEL BUEN VIVIR “SIMÓN BOLÍVAR” CANTON IBARRA, PROVINCIA DE IMBABURA PERIODO 2015 – 2016”**, de autoría Mirian Jacqueline Tipantuña Balladares. Una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas certifico que está apta para su defensa, y para que sea sometida a evaluación de tribunales.

Atentamente.



Dra. Jeliz Reyes Zamora

C.I. 1756970099

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Mirian Jacqueline Tipantuña Balladares, portadora de la cédula de ciudadanía con Nro. 1720236676, declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría y total responsabilidad: **EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS/AS DE 0 – 3 AÑOS DEL CENTRO INFANTIL DEL BUEN VIVIR “SIMÓN BOLÍVAR” CANTÓN IBARRA, PROVINCIA DE IMBABURA PERIODO 2015 – 2016**, que no ha sido previamente presentado para ningún grado, y que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.



Mirian Jacqueline Tipantuña Balladares

C:C. 1720236676



AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto repositorio digital institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad. Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición de la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO	
CEDULA DE CIUDADANIA:	172023667-6
APELLIDOS Y NOMBRES:	TIPANTUÑA BALLADARES MIRIAN JACQUELINE
DIERECCIÓN:	Quito barrio el Tejar, prolongación Mejía oe 11-78
EMAIL:	jaqueline.tipan@hotmail.com
TELÉFONO FIJO Y MOVIL:	022571-596 0995076168
DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO	EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS/AS DE 0 – 3 AÑOS DEL CENTRO INFANTIL DEL BUEN VIVIR “SIMÓN BOLÍVAR” CANTÓN IBARRA, PROVINCIA DE IMBABURA PERIODO 2015 – 2016
AUTORA:	Mirian Jacqueline Tipantuña Balladares
FECHA:	09 de febrero del 2017
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciada en Terapia Física Médica
DIRECTOR DE TESIS:	Dra. Jeliz Reyes Zamora

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Mirian Jacqueline Tipantuña Balladares con cédula Nro. 172023667-6, en calidad de autora y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hacemos entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

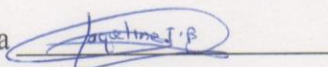
3. CONSTANCIAS

La autora manifiesta 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 la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asumen la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrán en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 09 días del mes de febrero del año 2017

LA AUTORA:

Firma



Tipantuña Balladares Mirian Jacqueline

C.I: 172023667-6

Facultado por resolución del Consejo Universitario.



Facultado por resolución de Consejo Universitario

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

**CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE
LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

Yo, Mirian Jacqueline Tipantuña Balladares con cédula Nro. 172023667-6, expreso mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de propiedad intelectual del Ecuador, artículo 4, 5 y 6 en calidad de autora de la obra o trabajo de grado denominado; **“EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS/AS DE 0 – 3 AÑOS DEL CENTRO INFANTIL DEL BUEN VIVIR “SIMÓN BOLÍVAR” CANTON IBARRA, PROVINCIA DE IMBABURA PERIODO 2015 – 2016 ”**; que ha sido desarrollado para optar por el título de **Licenciada en Terapia Física Médica**, en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En calidad de autora reservando los derechos morales de la obra antes citada. Suscribo este documento en el momento de entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a los 09 días del mes de febrero del año 2017

LA AUTORA:

Firma

Tipantuña Balladares Mirian Jacqueline

C.I: 172023667-6

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por protegerme durante todo mi camino y vida estudiantil sobre todo por darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de mi vida. Por ello, se la dedico primeramente a él.

A mi madre y padre, por ser el pilar más importante que con su demostración y apoyo incondicional me han enseñado y me ha sabido forma con buenos sentimientos hábitos y valores para no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre perseverar a través de sus sabios consejos.

A mi Hermana, por compartir momentos significativos conmigo y por siempre estar dispuesta a escucharme y ayudarme en cualquier momento.

A mi hermano y cuñada que siempre ha estado junto a mí brindándome su apoyo emocional y económico y muchas veces poniéndose en el papel de padres.

A mis sobrinos quienes son un pilar importante en mi vida porque siempre me demuestran su amor.

Mirian Jacqueline Tipantuña Balladares

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por la fortaleza brindada y la fuerza necesario para terminar con éxito esta etapa tan importante de mi vida.

A la Universidad Técnica del Norte, a la Facultad de Ciencias de la Salud, a la Carrera de Terapia Física por habernos abiertos las puertas de sus aulas y haber recibido el conocimiento intelectual y humano de cada uno de los docentes de la Escuela, que con paciencia y amor nos brindaron todos su apoyo y nos encaminaron a ser buenos profesionales.

A mi tutora, Dra. Jeliz Reyes por su colaboración inmensa en el desarrollo de este trabajo y por la paciencia y la amistad brindada durante cada una de las correcciones del trabajo investigativo y así guiarnos para terminarlo con éxito.

Un agradecimiento muy especial por la comprensión, paciencia y el ánimo recibido de mis Familiares, A todos ellos muchas gracias.

Mirian Jacqueline Tipantuña Balladares.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

TEMA:	ii
APROBACIÓN DE LA TUTORA.....	iii
AUTORÍA.....	iv
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD	
TÉCNICA DEL NORTE.	v
1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA.....	v
2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD.....	vi
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.....	vii
DEDICATORIA	viii
AGRADECIMIENTO	ix
ÍNDICE DE CONTENIDOS	x
ÍNDICE DE TABLAS	xiii
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xiv
RESUMEN	xv
ABSTRACT.....	xvi
CAPÍTULO I	17
1. EL PROBLEMA.....	17
1.1. Planteamiento del problema.....	17
1.2. Formulación del problema	20
1.3. Justificación.....	20
1.4. Objetivos de la investigación	21
1.4.1. Objetivo General.	21
1.4.2. Objetivos Específicos.	21
1.4.3. Preguntas de investigación.	21
CAPÍTULO II.....	23
2. MARCO TEÓRICO.....	23
2.1. Desarrollo psicomotor.....	23
2.2. Características del desarrollo psicomotor	23
2.3. Principios del control motor.....	24
2.3.1. Principio céfalo-caudal.....	24

2.3.2. Principio próximo-distal.....	24
2.3.3. Principio General - Específico.....	24
2.3.4. Principio de los músculos flexores a extensores	25
2.4. Áreas del desarrollo psicomotor.....	25
2.4.1. Motricidad Gruesa	25
2.4.2. Motricidad Fina	25
2.4.3. Desarrollo de la capacidad sensorial y perceptiva.....	25
2.4.4. Desarrollo del Lenguaje.	26
2.5. Factores que afectan en el desarrollo psicomotor.	26
2.5.1. Factores Riesgo Biológicos:	26
2.5.2. Factores de Riesgo ambientales.....	26
2.6. Retraso psicomotor.....	26
2.7. Signos de alarma del desarrollo psicomotor.	27
2.7.1. Signos de alarma físico y motor:	27
2.7.2. Signos de alarma sensoriales:	28
2.7.3. Signos de alarma en el desarrollo cognitivo:.....	28
2.7.4. Signos de alarma de conducta:	29
2.8. Desarrollo psicomotor en niños de 0 a 3 años.....	29
2.9. Crecimiento y desarrollo.	48
2.9.1. El crecimiento.....	49
2.9.2. El desarrollo.....	49
2.10. Valoración del crecimiento.	49
2.10.1. Peso.....	50
2.10.2. Talla.....	51
2.10.3. Índice de Masa Corporal (IMC)	51
2.11. Evaluación del desarrollo Psicomotor.....	52
2.11.1. Escala de evaluación del desarrollo psicomotor (EEDP).....	53
2.11.2. Test de evaluación del desarrollo psicomotor (TEPSI).....	53
2.11.3. Test de Denver II.	53
2.11.4. Escala de desarrollo motor Brunet y Lezine.....	53
2.12. Instrumento de evaluación utilizado en la investigación	54
2.12.1. Escala Abreviada de desarrollo Dr. Nelson Ortiz Pinilla:	54
2. Cuatro áreas del desarrollo que evalúa	55

2.12.2. Tiempo de evaluación.....	55
2.12.3. Punto de iniciación y punto de corte.	55
2.12.4. Calificación y registro de los datos	56
2.13. Encuesta de estratificación del nivel socioeconómico del instituto nacional de estadística y censos.	56
2.14. Marco legal.....	57
CAPÍTULO III.....	61
3. METODOLOGÍA.....	61
3.1. Tipo de estudio.....	61
3.2. Tipo de diseño	61
3.3. Tipo de investigación	61
3.4. Universo,	62
3.4.1. Criterios de inclusión, exclusión, salida.	63
3.5. Cuadro de operacionalización de variables.....	64
3.6. Métodos de investigación.....	66
3.7. Estrategias	66
3.8. Validación y confiabilidad	67
CAPÍTULO IV.....	69
4. RESULTADOS.....	69
4.1. Análisis e interpretación de los resultados.	69
4.2. Respuesta a las preguntas.....	90
4.3. Conclusiones	92
4.4 Recomendaciones.....	93
BIBLIOGRAFÍA	94
ANEXOS	100
ANEXO 1. Encuesta de estratificación del Nivel Socioeconómico	101
ANEXO 2. Escala abreviada de desarrollo del Dr. Nelson Ortiz (Ministerio de Salud – Nelson Ortiz – Noviembre 1999).....	104
ANEXO 3. Curvas de crecimiento del niño menor de 5 años.....	110
ANEXO 4. Fotográficas.....	117

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Distribución de la población según el género.	69
Tabla N° 2 Distribución de la población según el rango de edad	71
Tabla N° 3 Distribución de la población según el área de motricidad gruesa.	73
Tabla N° 4 Distribución de la población según el área de motricidad Fina.	74
Tabla N° 5 Distribución de la población según el área de audición y Lenguaje.	76
Tabla N° 6 Distribución de la población según el área de aspecto personal social	78
Tabla N° 7 Distribución del desarrollo psicomotor de la población según el total de la escala del desarrollo del Dr. Nelson Ortiz.	80
Tabla N° 8 Distribución de la población según el nivel socioeconómico.	82
Tabla N° 9 Distribución de la población según el estado nutricional.	84
Tabla N° 10 Distribución de la población según el nivel Socioeconómico y Desarrollo Psicomotor	86
Tabla N° 11 Distribución de la población según el estado Nutricional y el Desarrollo Psicomotor.	88

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1 Distribución de la población según el género.	69
Gráfico N° 2 Distribución de la población según el rango de edad.....	71
Gráfico N° 3 Distribución de la población según el área de motricidad gruesa.....	73
Gráfico N° 4 Distribución de la población según el área de motricidad Fina.	74
Gráfico N° 5 Distribución de la población según el área de audición y lenguaje.	76
Gráfico N° 6 Distribución de la población según el área de aspecto personal	78
Gráfico N° 7 Distribución del desarrollo psicomotor de la población según el total de la escala del desarrollo del Dr. Nelson Ortiz.	80
Gráfico N° 8 Distribución de la población según el nivel socioeconómico.	82
Gráfico N° 9 Distribución de la población según el estado nutricional.....	84
Gráfico N° 10 Distribución de la población según el nivel Socioeconómico y Desarrollo Psicomotor	86
Gráfico N° 11 Distribución de la población según el estado Nutricional y el Desarrollo Psicomotor	88

**EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS/AS DE 0 – 3
AÑOS DEL CENTRO INFANTIL DEL BUEN VIVIR “SIMÓN BOLÍVAR” CANTON
IBARRA, PROVINCIA DE IMBABURA PERIODO 2015 – 2016**

AUTORA: Mirian Jacqueline Tipantuña Balladares

TUTORA: Dra. Jeliz Reyes Zamora

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue evaluar el desarrollo psicomotor en los niños/as de 0 – 3 años del Centro Infantil del Buen Vivir “Simón Bolívar.” Se distribuyó por género y por edad, se caracterizó el nivel socioeconómico y el estado nutricional y se describió el desarrollo psicomotor según el nivel socioeconómico y el estado nutricional. La metodología que se empleó fue un enfoque cuali-cuantitativo un estudio descriptivo y es de tipo es no experimental y de corte transversal. En el presente estudio se aplicó la escala abreviada del desarrollo del Dr. Nelson Ortiz, la encuesta de estratificación del nivel socioeconómico realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos, el protocolo de atención y el manual de consejería para el crecimiento del niño y la niña (Ministerio de Salud Pública del Ecuador coordinación nacional de nutrición). De los 31 niños/as que formaron parte del estudio los resultados fueron, según el género predominó el sexo masculino, en la edad fue superior la de 25 a 36 meses. En la evaluación del desarrollo psicomotor global, el mayor número de niños/as se encuentran en un nivel Medio Alto. En el nivel socioeconómico más de la mitad de la población se encuentra en el nivel Medio Bajo, y en el estado nutricional de los niños/as evidencio un grupo mayoritario en un estado normal. El desarrollo psicomotor según el nivel socioeconómico y estado nutricional evidencio que el nivel Medio Alto del desarrollo psicomotor se ubicó en un mayor porcentaje en cada nivel socioeconómico y nutricional.

Palabras clave: Evaluación del desarrollo psicomotor, escala abreviada del desarrollo Dr.

Nelson Ortiz, nivel socioeconómico y estado nutricional.

EVALUATION OF THE PSYCHOMOTOR DEVELOPMENT IN CHILDREN FROM 0 TO 3 YEAR OLD, WHO ATTENDS TO THE “BUEN VIVIR”, CHILD CARE CENTER “SIMON BOLIVAR”, IMBABURA PROVINCE IN THE PERIOD 2015 – 2016.

AUTHOR: Mirian Jacqueline Tipantuña Balladares

TUTOR: Dra. Jeliz Reyes Zamora

ABSTRACT

The objective of the research was to evaluate the psychomotor development children of 0 - 3 years old from “Centro Infantil of Buen Vivir Simon Bolivar”. This research was done considering gender and age, in addition to socio-economic level and their nutritional condition. Moreover, the psychomotor development was described according to the socio-economic level and the nutritional condition. The methodology used was a quality-quantitative approach, it was a descriptive and non-experimental, type and a cross sectional study. The Dr. Nelson Ortiz abbreviated scale was applied, a survey of stratification was performed by “Instituto Nacional de Estadística y Censo” the medical record and the counseling manual for the children’s growing (Ministry of Public health of Ecuador and National Coordination of nutrition). The results of the study were 31 girls and boys, according to the genre, male was predominant from 25 to 36 month, this level was superior, on the assessment of the global psychomotor development, the greatest number of the children were in a Medium-High level; in the social-economic level, more than a half of the population was in a Medium Low Level. Referring to the nutritional condition, they show normal conditions. According to the socio-economic level and their nutritional condition, the psychomotor development show that the Medium High psychomotor development was a great percentage in each socio-economic and nutritional level.

Keywords: Psychomotor development, scale, socio-economic, level nutritional status.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Una evaluación del desarrollo psicomotor genera ese conocimiento a través de la medición, que es la que permite resumir informaciones del desarrollo de los niños y niñas, que va desde los movimientos: reflejos mecánicos y automáticos hasta los movimientos coordinados complejos. (1)

La evaluación del desarrollo psicomotor (DSM) es un componente esencial en la supervisión de salud. Las técnicas desarrolladas para evaluar este proceso va desde, test, escalas y una evaluación mensual pediátrica, ya que con una intervención y tratamiento temprana permitirá prevenir algunas alteraciones para mejorar la calidad de vida del niño y su entorno. (1)

En la actualidad, la Unión Europea, está financiando importantes estudios de seguimiento, con el propósito de evaluar el desarrollo infantil con respecto a toda una serie de parámetros que contemplan desde la alimentación de la madre, la exposición a contaminantes ambientales incluyendo el seguimiento físico, psicológico y social del desarrollo. (2)

En Latinoamérica, la evaluación del desarrollo psicomotor no suele desarrollarse en forma sistemática. Esto se atribuye en general, a recursos escasos, tanto materiales como al tiempo disponible para realizar dichas pruebas en el nivel primario de atención. (3)

En Chile existe un Programa de Evaluación del DSM, el cual cubre a los menores que se atienden en el sistema público de salud. Este programa considera la evaluación de los niños mediante dos pruebas la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) y el Test de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (TEPSI), en los controles de salud de los 8, 18 y 36 meses. En Chile en el año 2013 de acuerdo al registro del sistema público de salud el 11,6% de los niños tendrían riesgo o retraso en el (DSM). (4)

En Perú en el 2013 se aplicó el Test de Denver II a 120 niños que tenían residencia alemana, desde el nacimiento, a una zona minera con el fin de evaluar su estado del DSM. La evaluación incluyó el estudio de cuatro conductas: motor grueso, motor fino, personal social y lenguaje. De los 120 niños evaluados según el Test de Denver II se encontró que 66% presentaron un DSM (desarrollo psicomotor) “normal” y 34% “retraso” del DSM. Además, las conductas que no aprobaron en mayor frecuencia los niños que presentaron retraso del DSM fueron lenguaje y motor fino. (5)

En Ecuador son pocas las investigaciones realizadas acerca de la evaluación del desarrollo psicomotor en los niños. Se recoge algunos estudios en el 2014, una de ellas se realizó en la escuela “Ivan Salgado Espinosa” de la ciudad de Cuenca, donde se evaluó el desarrollo psicomotor en los preescolares de 3 a 5 años, y se aplicó la Escala del desarrollo psicomotor de la primera infancia de Brunet-Lezine y arrojó como resultado que presentaban retraso psicomotor de los cuales el 13.9% fue considerado leve y el 28% moderado. (6)

Otro estudio similar fue realizado por estudiantes de la Universidad de Cuenca en el cantón Cañar en el mismo año, obteniendo la Prevalencia de retraso psicomotor a través del Test de Denver y su relación con el estado nutricional y el nivel socioeconómico en los niños de 6 meses a 4 años, que incluyó a una población urbana y rural. La muestra fue de 409

niños/as que asistían a los centros infantiles obteniendo como resultados según las áreas evaluadas del desarrollo psicomotor que el 13% de escolares tuvieron déficit del área personal social, el 14,2% del área motor fino, el 12, 2% del área motor grueso y el 11,7% del área del lenguaje. (7)

En todos los Centros Infantiles del Buen Vivir del Ecuador, previo al inicio hace un año de esta investigación, solo se recoge un estudio, en los centros infantiles del Buen Vivir urbano y rural del cantón Cuenca en la cual se evaluó las habilidades básicas: Motriz y Lenguaje en los niños y niñas de 1 a 3 años a través de la Escala Abreviada del Desarrollo del Dr. Nelson Ortiz, obteniéndose como resultados diferencias significativas del desarrollo psicomotor global, con claras ventajas para los niños de procedencia urbana pues estos tuvieron un 19,4% en el nivel medio alto, un 62,7% en el nivel medio y un 17,9% en alerta. Mientras que en el grupo rural tiene un 4,4% ubicada en el nivel medio alto, un 58,8% en el nivel medio y un 36,8 en alerta. (8).

Actualmente ya han finalizado estudios de titulación similares a esta investigación en los Centros Infantiles del Buen Vivir de la provincia de Imbabura, existiendo de todos ellos un estudio análogo a la presente investigación, que evaluó el desarrollo psicomotor de los niños/as de 0 a 3 años en el Centro Infantil del Buen Vivir “Estrellitas” en el sector urbano, con un grupo de estudio de 50 niños/as, en la cual se implementó como instrumento de medición la Escala Abreviada de Desarrollo de Nelson Ortiz obteniéndose como resultados que un 59.5 % de los niños están en un nivel medio y un 40,5% en un nivel medio alto. En el CIBV Simón Bolívar del cantón Ibarra no se han realizado ninguna investigación que evalué el desarrollo psicomotor, y describir el desarrollo psicomotor según el nivel socioeconómico y el estado nutricional. Por tal motivo es importante realizar una evaluación del desarrollo

psicomotor y dar a conocer las alteraciones que presentan los niños, con el fin de que reciban estimulación temprana que estimule su desarrollo psicomotor.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es el resultado de la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en niños/as de 0 – 3 años del Centro Infantil del Buen Vivir “Simón Bolívar” Cantón Ibarra, provincia de Imbabura?

1.3. Justificación

La presente investigación fue realizada con el objetivo de evaluar de forma individual el desarrollo psicomotor de los niños y niñas de 0 a 3 años del Centro Infantil del Buen Vivir “Simón Bolívar” Cantón Ibarra provincia de Imbabura.

La evaluación individualizada de estos niños y niñas permitirá mejorar la calidad de la atención de los mismos al detectar precozmente alteraciones establecidas y derivándoles a consultas médicas especializadas de evaluación y tratamiento habilitador, así como detectar casos de alertas e intervenir oportunamente realizando con ellos programas de atención temprana que estimule su desarrollo psicomotor.

El presente estudio es factible gracias al apoyo de la Universidad Técnica del Norte, la dirección del centro infantil del Buen Vivir y el consentimiento de los padres de familia donde se realizó el presente trabajo. Además es viable ya que se contó con los recursos económicos que fueron cubiertos por el investigador y también se cuenta con los recursos humanos (tutor, investigador, población) para realizar la investigación, siendo los grandes beneficiados en forma directa los niños/as de la institución y sus padres y en forma indirecta

la Universidad Técnica del Norte y la investigadora que con ello culminar su trabajo de titulación.

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo General.

Caracterizar a los niños/as de 0 a 3 años del Centro Infantil del Buen Vivir “Simón Bolívar” cantón Ibarra provincia de Imbabura según desarrollo psicomotor, nivel socioeconómico y estado nutricional.

1.4.2. Objetivos Específicos.

- Distribuir según género y edad a los niños/as de 0 a 3 años que asisten al Centro de desarrollo infantil del buen vivir “Simón Bolívar” del Cantón Ibarra, Provincia de Imbabura.
- Determinar el desarrollo psicomotor de la población de estudio.
- Caracterizar el nivel socioeconómico y el estado nutricional de los niños/as de 0 – 3 años en el Centro Infantil del Buen Vivir “Simón Bolívar” cantón Ibarra provincia de Imbabura.
- Describir el desarrollo psicomotor según el nivel socioeconómico y el estado nutricional del grupo de estudio.

1.4.3. Preguntas de investigación.

- ¿Cuál es la distribución según género y edad los niños de 0 a 3 años que asisten al Centro de desarrollo infantil del buen vivir “Simón Bolívar” del Cantón Ibarra, Provincia de Imbabura?
- ¿Cuál es la determinación del desarrollo psicomotor de la población de estudio?

- ¿Cuál es la caracterización del nivel socioeconómico y el estado nutricional de los niños/as de 0 – 3 años en el Centro Infantil del Buen Vivir “Simón Bolívar” cantón Ibarra provincia de Imbabura?
- ¿Cuál es la descripción del desarrollo psicomotor según el nivel socioeconómico y el estado nutricional del grupo de estudio?

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Desarrollo psicomotor.

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 infancia. Las habilidades mencionadas comprenden la comunicación, el comportamiento y la motricidad del niño. (9)

Esto es así porque durante el desarrollo, la adquisición progresiva de funciones no se realiza según un programa secuencial rígido, sino que por el contrario, presenta variaciones en el ritmo o tiempo de desarrollo que requiere cada nueva habilidad lograda, así como también en la edad cronológica en que es esperable el logro de una habilidad o evento determinado (9)

2.2. Características del desarrollo psicomotor

De acuerdo con Hurlock (1967) las características del desarrollo Psicomotor las podemos resumir en las siguientes: (10).

El desarrollo dependen 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. Es en ese momento cuando entra en juego el factor entrenamiento, la práctica, para que el niño aprenda a usar los músculos de una forma coordinada y consigue el dominio de la habilidad (10).

El aprendizaje solo es eficaz cuando la maduración ha establecido su fundamento. Si el sistema nervioso y muscular no han conseguido su nivel idóneo de maduración, no es posible enseñar eficazmente al niño la coordinación de movimiento (10)

El desarrollo motor se realiza de acuerdo con una dirección o principio. Cefalocaudal, proximodistal, general- específico y flexores extensores (10)

2.3. Principios del control motor

2.3.1. Principio céfalo-caudal

Se refiere a la dirección secuencial del crecimiento y desarrollo. Procede, generalmente, desde la región cefálica hacia el área caudal. De esta forma, el niño va a dominar su cuerpo: primero, controlando los movimientos de la cabeza y, posteriormente, los de los pies. Esta ley explica el hecho de que el niño sea capaz de mantener erguida la cabeza antes que la espalda, y ésta antes que las piernas (11)

2.3.2. Principio próximo-distal

El desarrollo procede de la parte central o próxima del cuerpo hacia la periferia o distal; ejemplo la función del control de los movimientos del tronco y de los hombros precede al control del funcionamiento de los codos, muñecas y los dedos. Por lo tanto, el niño va a dominar su cuerpo comenzando por los brazos, para controlar luego las muñecas, las manos y, finalmente, los dedos (11).

2.3.3. Principio General - Específico

Este principio señala que en su proceso de desarrollo el bebé pasa de movimientos globales a movimientos localizados. Así, el bebé pasará de tener movimientos generales

incontrolados a movimientos específicos controlados. Por ejemplo, un bebé de pocos meses, al ver a una persona conocida agitará todo el cuerpo fuertemente, mientras que un niño de mayor edad sonreirá y realizará un solo gesto para que éste se acerque (11).

2.3.4. Principio de los músculos flexores a extensores

Los músculos flexores se desarrollan primero por lo que, consecuentemente, el niño está capacitado para coger antes que para soltar los objetos intencionalmente. Mientras que a los tres meses es capaz de sostener el sonajero, tendremos que esperar a los cinco años o seis meses más para verle soltar con la misma facilidad los objetos (11)

2.4. Áreas del desarrollo psicomotor

2.4.1. Motricidad Gruesa

Es la habilidad que el niño va adquiriendo en forma progresiva para poder mover armoniosamente los músculos de su cuerpo y mantener el equilibrio, además de adquirir fuerza y velocidad e sus movimientos (12).

2.4.2. Motricidad Fina

Involucra los pequeños movimientos del cuerpo especialmente de la mano y dedos es mucho más difícil de dominar que la motricidad gruesa (12)

2.4.3. Desarrollo de la capacidad sensorial y perceptiva

El desarrollo sensorial es la base del desarrollo cognitivo motor. Los procesos sensoriales son capacidades que nos permiten relacionarnos con el entorno (12).

2.4.4. Desarrollo del Lenguaje.

El lenguaje es un fenómeno cultural y social que usa símbolos y signos adquiridos, los cuales permiten la comunicación con los demás. Esta es una destreza que se aprende naturalmente y se convierte en pieza fundamental de la comunicación puesto que admite proyectar emociones, pensamientos e ideas en el tiempo y en el espacio (13)

2.5. Factores que afectan en el desarrollo psicomotor.

Existen dos factores que puedes afectar el desarrollo psicomotor.

2.5.1. Factores Riesgo Biológicos:

- **Prenatales:** Factores genéticos, infecciones intrauterinas.
- **Perinatal:** Dificultad en el proceso del parto, falta de oxígeno en él bebe, parto prematuro.
- **Postnatal:** Por un traumatismo, o enfermedades infecciosas.

2.5.2. Factores de Riesgo ambientales

Un medio ambiente favorable puede facilitar un desarrollo normal, el cual posibilita una mejor exploración e interacción con su entorno. Por el contrario, un ambiente desfavorable puede enlentecer el ritmo del desarrollo, lo que disminuiría la calidad de la interacción del niño con su medio, restringiendo su desarrollo y capacidad de aprendizaje (14).

2.6. Retraso psicomotor.

Implica como diagnostico provisional que los logros de un niño durante sus primeros años de vida aparecen con una secuencia lenta para su edad. Es preciso distinguir el retraso

psicomotor global que afecta no solo a las adquisiciones motrices sino también al ritmo de aparición de las habilidades para comunicarse, jugar y resolver problemas apropiados a sus edad. En otras ocasiones el retraso es solo evidente en una área específica, como las adquisiciones postura motrices, el lenguaje y las habilidades de interacción social (15).

2.7. Signos de alarma del desarrollo psicomotor.

Un signo de alarma no es precisamente presencia de problemas neurológica, pero es una alerta que hace que se realice un seguimiento más exhaustivo al niño. (16)

2.7.1. Signos de alarma físico y motor:

Físicos:

- Desarrollo anormal del perímetro cefálico
- Anomalías en la fontanela o en las suturas
- Anomalías oculares (17)

Motores:

- 2 meses: pulgar en aducción.
- 4 meses: no existe un control de su cabeza.
- 9 meses: no puede sentarse
- 10 meses: el niño no puede desplazarse.
- 5 meses: no puede coger los juguetes.
- El niño tiene problemas de (hipertonía, hipotonía).
- Movimientos anormales (temblor, disimetría).
- Ausencia: sentarse, gateo, succión (17)

2.7.2. Signos de alarma sensoriales:

Visión:

- Movimiento anormal de sus ojos.
- Ausencia de seguimiento visual (17)

Audición:

- Escasa reacción a la voz o a los sonidos o a ruidos extremos.
- Ausencia de orientación hacia el origen del sonido. (16)

Lenguaje:

- Primeros meses: el niño no puede vocalizar.
- Segundo trimestre: el niño tiene ausencia de balbuceo.
- 2 meses: no reacciona a la voz de la madre
- 4 meses: no exista giro de la cabeza.
- 15 meses: no pueden pronunciar bisílabos ejemplo ca-rro
- 18 meses: no entiende órdenes fáciles.
- 2 años: el niño no puede señalar partes de la cara o del cuerpo
- 30 meses: el niño no puede decir frases cortas (16)

2.7.3. Signos de alarma en el desarrollo cognitivo:

- No existe viveza en sus ojos.
- Ausencia de sonrisa social.
- Insuficiente interés por las personas o cosas.
- Ausencia de reacción ante caras o voces familiares.

- 12 meses: no extraña a la familia, y tampoco imita gestos, no comprende el no.
- 18 meses: jamás realiza juegos imitando a alguien. (16)

2.7.4. Signos de alarma de conducta:

- Cuando un niño no le gusta hacer nada, cambian de carácter es muy irritante.
- Tienen una mirada rara.
- No les agrada contacto físico.
- Son niños agresivos.
- Tiene crisis de ansiedad. (16)

2.8. Desarrollo psicomotor en niños de 0 a 3 años.

Durante muchos años se ha ido describiendo el desarrollo psicomotor como una toma de control progresivo, realizado por el niño. Las primeras adquisiciones motrices del pequeño son descritas como un paso de movimientos sencillos a movimientos cada vez más complejos. Así se ven, en este orden desde los movimientos de los pies y de las piernas hasta la marcha, pasando por el volteo, la cuadrúpeda y la estación del pie (17).

PRIMER MES:
Motricidad gruesa. Postura en flexión. Boca abajo eleva el mentón.
Visomotor Capacidad Visual muy limitada, poca visión lateral.
Lenguaje: Responde al sonido parpadeando Emite sonidos guturales. Cambia el ritmo respiratorio.
Personal social: Se queda observando las caras y responde quedándose callado y quieto.

Fuente: Reeducción cerebro motriz del niño pequeño Educación Terapéutica.

Responsable: M. Le Métayer

SEGUNDO MES
Motricidad gruesa. Puede mantener la cabeza hasta en un ángulo de 45 grados, por algunos segundos. La cabeza se retrasa al llevarlo a posición de sentado.
Visomotor Fija su atención sobre uno de los objetos que se le muestra. Las manos semi-abiertas en estado de vigilia.
Lenguaje. Manifiesta mayor atención a la voz de la madre. Vocaliza: Dice "aaa", "eee", "uuu".
Personal social. Presenta sonrisa social. Mira a los ojos. Se comunica con muecas.

Fuente: Reeducción cerebro motriz del niño pequeño Educación Terapéutica.

Responsable: M. Le Métayer

TERCER MES.**Motricidad gruesa.**

Levanta y girar su cabeza.

De decúbito ventral: se apoya en los antebrazos. Y levanta la cabeza 45-90°

De cubito supino: Se mira las manos, las rodillas aún están flexionadas, pero toca los talones en la cama.

Visomotor

Al colocar un objeto en la mano, lo coge y sostener pero no lo largamente.

Tiene a menudo abiertas las manos.

Se coge las manos y las mira.

Lenguaje:

Produce balbuceos con consonante y vocales.

Presta mayor atención a la voz de la madre.

Expresa risitas.

Grita o llora.

Personal social:

Reconoce a los familiares

Risas a carcajadas.

Mira cuando alguien le habla.

Es capaz de estar tranquilo solo.

Fuente: Reeducción cerebro motriz del niño pequeño Educación Terapéutica.

Responsable: M. Le Métayer

CUARTO MESES

Motricidad gruesa.

Sostiene perfectamente la cabeza

Rueda de decúbito ventral a dorsal.

Boca abajo hace palanca con los brazos, y eleva el tronco y la cabeza.

Se lleva las manos a la boca

Motor fino:

Junta las manos en la línea media.

Lleva objetos a la boca.

Intentar prensión palmar voluntaria.

Golpear objetos.

Lenguaje:

Para el llanto cuando se le habla.

Da gritos, gira la cabeza hacia las voces conocidas.

Ríe a carcajadas.

Personal social:

Se interesa y puede sonreír al ver su imagen en el espejo.

Sonríe naturalmente, con otras personas

Jugar con la personas.

Reproduce algunos movimientos y gestos faciales.

Fuente: Reeducción cerebro motriz del niño pequeño Educación Terapéutica.

Responsable: M. Le Métayer

QUINTO MES

Motricidad gruesa.

decúbito dorsal es francamente simétrica,

Rota de decúbito ventral a dorsal y de dorsal a lateral.

Inicia a cogerse las piernas, hasta introducir el pie en la boca.

Hace trípode, puede soltar una mano para agarrar alguna cosa.

Motor fino

La prensión palmar es voluntaria pero aún torpe.

Cambia objetos de una mano a otra.

Golpear objetos.

Lenguaje

Grita y gira la cabeza hacia las voces conocidas.

Comunica sus emociones.

Personal social

Le gusta mirarse al espejo.

Sonríe cuando le hablan.

Cuando se enoja lo manifiesta con movimientos de brazos y piernas.

Fuente: Reeducción cerebro motriz del niño pequeño Educación Terapéutica.

Responsable: M. Le Métayer

SEXTO MES**Motricidad gruesa.**

Hace trípode se sostiene en una mano. Puede darse la vuelta.

Sujetándole por las axilas: se apoya sobre los pies, no cruzar las piernas y "salta".

Se mantiene sentado sin apoyo por unos segundos.

Motor fino.

Mantiene dos objetos (uno en cada mano).

Lleva objetos a la boca.

Le fascina arrugar papeles.

Lenguaje.

Usa consonantes (dada, baba)

Grita.

Gira la cabeza hacia las voces conocidas

Imita sonidos.

Personal social.

Sonríe cuando una persona se le acerca.

Muestra preferencia por sus padres.

Se interesa por juguetes y se enoja si se los quitan

Fuente: Reeducción cerebro motriz del niño pequeño Educación Terapéutica.

Responsable: M. Le Métayer

SÉPTIMO Y OCTAVO MES

Motricidad gruesa.

Se sienta sin apoyo

Se agarra los pies y se chupa el dedo gordo. Se da la vuelta.

Extiende las manos hacia adelante para apoyarse

Se inclina para coger cosas.

Sosteniéndole de pie por las axilas: salta.

Motor fino:

Cambia un juguete de mano.

Sujeta un objeto entre el pulgar y el meñique.

Suelta voluntariamente los objetos.

Lenguaje:

Pronuncia "da, ta", "pa", "ga", "ca", "ma".

Reconoce su nombre y el de algunos objetos.

Emplea gestos de agrado y de enojo.

Personal social:

Disfruta el jugar a las escondidas.

Busca un objeto escondido.

No le gusta que le quiten un juguete

Mira hacia un objeto cuando se lo nombra.

Grita para llamar la atención.

Fuente: Reeducción cerebro motriz del niño pequeño Educación Terapéutica.

Responsable: M. Le Métayer

NOVENO MES

Motricidad gruesa.

Inicia el gateo.

Comienza a ponerse de pie apoyándose en los muebles.

Se mantiene de pie unos instantes y se cae.

Motor fino.

Juega a golpear las cosas de forma brusca y las lanzas al suelo.

Lenguaje.

Utiliza la voz para llamar la atención, en vez de usar el llanto.

Dice “ma-ma” “pa-pa”;

Presta atención a la música suave.

Personal social.

Comienza juegos.

Señala con las manos que quiere un juguete.

Se resiste a que le quiten un juguete.

Fuente: Reeducción cerebro motriz del niño pequeño Educación Terapéutica.

Responsable: M. Le Métayer

DÉCIMO Y ONCEAVO MES

Motricidad gruesa.

Se pone de pie solo, se agarra en los muebles da la mano para iniciar a caminar

Motor fino

Inicia a introducir y retirar objetos de una caja

Bebe solo en vaso o taza.

Lenguaje.

Comprende preguntas sencillas “¿Dónde está papá?”.

Observa cuando se pronuncia su nombre

Personal social

Da palmaditas.

Busca objetos.

Juega a las escondidas.

Fuente: Reeducción cerebro motriz del niño pequeño Educación Terapéutica.

Responsable: M. Le Métayer

DOCEAVO MES**Motricidad gruesa.**

Inicia camina con apoyo y de la mano.

Da pocos pasos solo.

Motor fino:

Inicia a señala con el dedo algún objeto

Entrega objetos voluntariamente.

Raya el papel con el lápiz

Intenta colocar 2 cubos.

Lenguaje.

Inicia a decir mama y papa.

Comprende órdenes sencillas.

Personal social.

Cuando se lo llama se acerca.

Ayuda a vestirse

Saluda con la mano.

Fuente: Reeducción cerebro motriz del niño pequeño Educación Terapéutica.

Responsable: M. Le Métayer

13 MESES.**Motricidad gruesa.**

Se sostiene de pie cada vez mejor

Puede caminar sólo

Jala y arrastra un juguete que está amarrado a una cuerda.

Caminar sobre superficies irregular.

Motricidad fina.

Amasa plastilina con toda la mano y con los dedos.

Pone cubitos en un recipiente y los saca de él.

Dirige la cuchara a su boca, el cepillo a su pelo y el teléfono al oído.

Intenta garabatear trazos finos y cortos en una hoja con crayolas.

Desarrollo intelectual

Explora las cosas y sus alrededores, es la etapa de "aprende a aprender", utilizando la imitación.

Tiene atracción visual por objetos a dos metros de distancia.

Pronuncia sus primeras palabras, algunas de ellas inventadas por él mismo y les da significado.

Obedece órdenes sencillas como: muéstrame tu cara, dame el osito,

Personal social.

Se integra al grupo familiar mediante su intensa actividad.

El juego constituye un elemento fundamental, ya que por medio de él explora, madura, aprende y se relaciona con el mundo.

Quiere hacer todo por sí mismo, pero a la vez requiere apoyo, ayuda y afecto.

Puede permanecer más tiempo sólo.

Fuente: Reeducción cerebro motriz del niño pequeño Educación Terapéutica.

Responsable: M. Le Métayer

14 MESES

Motricidad gruesa.

Inicia a subir gradas agarrado de la mano.

El niño pateo la pelota si va caminando.

Motricidad fina.

El niño inicia a tomar sólo la taza con una colada, agarra la cuchara y se lo lleva a la boca.

Tapa y destapa frascos.

Tirar la pelota por encima de la cabeza.

Lenguaje.

Tiene un extenso vocabulario gestual que utiliza para hacerse entender y conseguir lo que quiere.

La palabra "NO" es su palabra favorita.

Reconoce sonidos de diferentes instrumentos musicales.

Personal social.

Señala las cosas cuando se le pregunta

Entiende cuando se le pregunta por un objeto que tiene cerca.

Indica partes de su cuerpo.

Cumple órdenes fáciles : vamos a almorzar , llama a papi..

Arma rompecabezas, legos, carritos

Es tímido con extraños, se aferra a la madre.

Realiza pataletas para obtener lo que quiere.

Necesita compartir con otros niños.

Admite separaciones por corto tiempos

Fuente: Reeducción cerebro motriz del niño pequeño Educación Terapéutica.

Responsable: M. Le Métayer

15 MESES

Motricidad gruesa.

Sube y baja escalones tomado de la mano.
Puede agacharse y ponerse de pie sin ayuda.
Agita el cuerpo al oír música.
Lanza cosas al suelo.

Motricidad fina

Quiere abotonar y desabotonar una camisa
Quiere quitarse y ponerse zapatos.
Lleva con la cuchara alimento a la boca.
Pasa las hojas de un cuento.
Empuja y hace rodar la bolita con la mano

Desarrollo intelectual

Identifica en sí mismo partes de su cuerpo.
Reconoce los desplazamientos de las cosas.
Puede diferenciar las cosas .
Inicia a encontrar similitud en las cosas.

Personal social

La independencia se acentúa.
Sus palabras de cariño son más frecuentes.
Es muy participativo,
Se le pide que acerque un juguete y lo hace muy feliz.
Ayuda a vestirse.

Fuente: Reeducción cerebro motriz del niño pequeño Educación Terapéutica.

Responsable: M. Le Métayer

16 MESES

Motricidad gruesa

Su caminar es seguro, corre, trepa, baja, se agacha y retrocede con apoyo.

Se baja sólo de la cama y de la silla.

Sube tres o cuatro escalones con ayuda.

Continúa quitándose los zapatos y zafándose los cordones.

Motricidad fina

Puede rasgar diferentes tipos de papel.

Manipula las crayolas o lápices para garabatear en el papel como el quiere.

Maneja movimientos finos y de precisión.

Entierra y desentierra palitos y tapas de refrescos en la plastilina o barro.

Desarrollo intelectual

Comprende y obedece órdenes cada vez más complejas.

El conocimiento de las partes de su cuerpo es casi total.

Reconoce más de cuatro láminas e identifica los objetos similares.

Encaja bien las formas redondas.

Personal social

Repite constantemente los actos que le causan gracia.

Ya sabe lo que quiere y cuando lo quiere. Su sentido de la paciencia aún no está desarrollado, por eso hace pataletas.

Acepta separaciones por tiempos cortos.

Trata de socializar con otros niños: tocando su pelo, brazos.

Fuente: Reeducación cerebro motriz del niño pequeño Educación Terapéutica.

Responsable: M. Le Métayer

17 MESES

Motricidad gruesa

Sube y baja escaleras prendido de la baranda.

Se trepa obsesivamente en todo lo que se encuentra.

Cuando va caminando para y recoge objetos.

Puede caminar por una pasarela sin caerse.

Motricidad fina.

Mete objetos pequeños dentro de botellas u orificios pequeños.

Ya maneja bien la taza, pero no del todo la cuchara.

Puede hacer torres de tres cubos.

Puede botonar y desabotonar con mayor facilidad.

Lenguaje

Tiene un claro repertorio de palabras.

Señala diciendo "mío", lo que le pertenece.

Pueden figurar entre sus palabras expresiones como: "gracias" y "ven".

Comienza a unir palabras.

Personal social.

Es resistente a los cambios de rutina.

Trata de poner en orden sus juguetes.

Usa normas de cortesía y saludos varios cuando se le pide.

Ayuda afectivamente en las tareas de la casa.

Fuente: Reeducción cerebro motriz del niño pequeño Educación Terapéutica.

Responsable: M. Le Métayer

18 y 19 MESES

Motricidad gruesa.

Camina alrededor de una habitación con obstáculos; como una silla para que pase por debajo o unos bultos para que pase por encima.

Lleva juguetes u objetos pequeños de un lugar a otro.

Camina hacia los lados y hacia atrás.

Comienza a saltar sobre dos pies.

Motricidad fina

Le quita la envoltura a un dulce.

Puede abrir cremalleras.

Utiliza los diferentes tipos de presión de acuerdo con tamaño, uso y forma de los objetos.

Construye una torre de cuatro o cinco cubos.

Lenguaje

Tiene un claro repertorio de palabras.

Muestra los dibujos de animales en láminas, cuando se le pregunta por uno de ellos.

Cumple dos órdenes una tras otra: "Toma la pelota" y "Dásela a papá".

Comienza a diferenciar: arriba, abajo y adentro, afuera

Personal social.

Realiza juegos que le encanta compartir con sus padres.

Reconoce diferencias o parecidos con otros niños.

Su comportamiento continúa siendo posesivo.

Trata de socializar con otros niños: tocando su pelo, brazos.

Fuente: Reeduación cerebro motriz del niño pequeño Educación Terapéutica.

Responsable: M. Le Métayer

20- 21 meses.
Motricidad gruesa. Corren suben y bajan escaleras alternando brincan en dos pies se sostienen brevemente en un pie
Motricidad fina. pintan, hacen garabatos, juegan con plastilina
Lenguaje. Utiliza verbos. Nombra cosas. Aprende palabras diariamente.

Fuente: Reeducción cerebro motriz del niño pequeño Educación Terapéutica.

Responsable: M. Le Métayer

22 -24 meses**Motricidad gruesa.**

Aprenden a saltar

Suben las escaleras y se agarran a la barandilla

Se suben en una silla solito

Pueden construir una torre de bloques.

Vestirse solos.

Necesitan ayuda al cepillarse los dientes.

Motricidad fina

Les agrada coger lápiz y papel y crean dibujos.

Lenguaje

Forman frases de 3 palabras

Identificar varias partes de su cuerpo

Inician a hablar de lo que les agrada y desagrada

Empiezan a preguntarte él porque

Personal Social.

Juega con otros niños

Juego con un muñeco (da de comer a la muñeca),

Necesita ayuda para vestirse y cepillarse los dientes.

Comienza el control de esfínteres.

Fuente: Reeduación cerebro motriz del niño pequeño Educación Terapéutica.

Responsable: M. Le Métayer

24 Meses

Motricidad grueso:

Corre perfectamente.

Puede subir y bajar con ayuda,

Lanza la pelota y la mira.

Trepa por los muebles.

Motor fino:

Utiliza cuchara y tenedor

Da trazo vertical y horizontal con el lápiz

Acumula torres de a 4 a 6 cubos

Abre las puertas,

Comienza a dar vuelta a las hojas de un libro.

Sostiene una taza con una mano con seguridad.

Lenguaje:

Posee un vocabulario de 50 palabras

forma frases de 3 palabras, con sustantivo y verbo,

Dice “yo” tocando su cuerpo. Dice “mi” y “mío”.

Habla mientras juega solo.

Socio-adaptativo:

juega con otros niños,

juego con muñecos,

necesita ayuda para vestirse y cepillarse los dientes

Comienza el control de esfínteres.

Fuente: Reeducción cerebro motriz del niño pequeño Educación Terapéutica.

Responsable: M. Le Métayer

2 AÑOS Y MEDIO

Motricidad grueso.

Salta con ambos pies.

Sube y baja las escaleras alternando los pies.

Puede caminar en puntas de pies

Lanza la pelota.

Motor fino.

Agarra el lápiz.

Realiza líneas y trazo circular.

Desabrocha botones.

Lenguaje:

Dice 50 palabras

Dice su nombre completo.

Comienza a identificar su sexo.

Personal social

Participa de juegos imaginarios.

Inicia jugar junto a otros niños.

Fuente: Reeducción cerebro motriz del niño pequeño Educación Terapéutica.

Responsable: M. Le Métayer

3 Años
<p>Motricidad grueso.</p> <p>Marcha y corre seguro y para con facilidad.</p> <p>Se mantiene en un pie pocos segundos.</p>
<p>Motor fino:</p> <p>Forma torres de 8 cubos.</p> <p>Se puede vestir en parte</p> <p>Copia un círculo.</p> <p>Puede armar rompecabezas fáciles</p> <p>Intenta cortar con tijera.</p>
<p>Lenguaje:</p> <p>Dice su nombre completo.</p> <p>Arma oraciones completas pasado.</p> <p>Comprende: frío, cansancio, hambre.</p> <p>Comprende: grande y pequeño</p> <p>Nombra partes del cuerpo y su función.</p>
<p>Personal social.</p> <p>Tiene juego imaginario.</p> <p>Le gusta escuchar cuentos cortos.</p> <p>Diferencia hombre mujer.</p> <p>Controla esfínteres.</p> <p>Puede ser berrinchudo.</p>

Fuente: Reeducción cerebro motriz del niño pequeño Educación Terapéutica.

Responsable: M. Le Métayer

2.9. Crecimiento y desarrollo.

El crecimiento y desarrollo del niño son dos fenómenos íntimamente ligados, que es importante diferenciarlos.

2.9.1. El crecimiento

Es un proceso que sucede en el interior de su organismo, y consiste en el aumento del número y tamaño de sus células. Este crecimiento puede ser medido por el peso, la longitud o talla de su cuerpo y por el tamaño del contorno de su cabeza se expresa en kilogramos y se mide en centímetros. (1)

2.9.2. El desarrollo

Desarrollarse es adquirir nuevas habilidades y aprender, mediante la experiencia, nuevos comportamientos y funciones. (1)

2.10. Valoración del crecimiento.

Una evaluación sencilla del crecimiento implica medir el peso y la talla, y relacionarlos con la edad cronológica de la niña o niño.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, adopta los nuevos patrones de crecimiento del niño y niña de la OMS, como instrumento único que permite la evaluación del crecimiento de niños y niñas menores de cinco años, así como los patrones de referencia para la evaluación recogidos en el protocolo de atención y el manual de consejería para el crecimiento del niño y la niña cuya elaboración se construyó con las nuevas curvas de la OMS. (18)

Se ha determinado los siguientes indicadores:

- Peso para la edad (P/e),
- Longitud o talla para la edad (l/e) o (t/e)
- Índice de Masa corporal para la edad (IMC/e).

2.10.1. Peso

El peso es mayor durante los 2 primeros años de vida y después disminuye progresivamente. Una guía para saber si los niños y niñas están creciendo de manera adecuada es que al año de edad sea 3 veces más del peso que tenía al nacer y a los dos años se cuadruplica (18)

1. Medición del Peso

Se debe utilizar la gráfica de la curva patrón de Peso/edad. En cada una de estas curvas, el eje X presenta la edad y el eje Y, presenta el peso en kilogramos. La edad se marca como meses cumplidos hasta los doce meses y posteriormente, como años y meses cumplidos. Realice la interpretación correspondiente (18).

La mediana desviación estándar cero o puntuaciones Z está representada por una línea más gruesa. El área sombreada comprendida entre las líneas que representan +2 DE y -2 DE o puntuaciones Z corresponde al rango normal, donde debe ubicarse la mayor parte de niños y niñas (18).

Si el punto graficado se ubica encima de la línea +2DE deben ser catalogados como niños o niñas con peso elevado para su edad. Si el punto graficado se ubica debajo de -2de se trata de un niño o niña con bajo peso para su edad. Si el punto está por debajo de -3de existe bajo peso severo. Si el punto graficado se ubica exactamente en las líneas +2de y -2de, la interpretación se realiza con la condición menos severa, es decir, si está exactamente en la línea +2de en riesgo de peso elevado, y no como un niño o niña que ya tiene peso elevado, en el caso de estar en la línea -2de, se identifica como un niño o niña en riesgo de bajo peso y no como que ya tiene bajo peso. (18)

2.10.2. Talla

La Longitud o Talla muestra el crecimiento longitudinal alcanzado por la niña o niño, según su edad. (18)

1. Valoración de la talla.

La mediana (Desviación estándar cero) aparece representada por una línea más gruesa. El área sombreada entre las líneas que representan +2 DE y -2 DE corresponder al rango normal. Si el punto graficado se ubica por encima de la línea de +2DE, los niños o niñas presentan talla alta para su edad. Si el punto graficado se ubica encima de la línea +3DE, los niños y niñas deben ser catalogados con talla muy alta para la edad. Si el punto graficado se ubica debajo de -2DE, se trata de un niño o niña con baja talla o retardo en talla para la edad (18).

Si el punto está debajo de -3DE, se trata de niños o niñas con baja talla severa. Tome en cuenta que con baja talla o baja talla severa. Si el punto graficado se ubica exactamente en las líneas de +3DE y -2DE, la interpretación debe realizarse como la condición menos severa; es decir, si está exactamente en la línea +3DE, se identificará como un niño o niña en riesgo de talla muy alta y NO como uno que ya tiene talla muy alta. En el caso de que se ubique exactamente en la línea -2DE, se identificará como un niño o niña en riesgo de baja talla y NO como que ya tiene baja talla (18).

2.10.3. Índice de Masa Corporal (IMC)

Es una medida de asociación entre el peso y la talla de una persona. Se calcula $\text{Peso en kg} \div \text{talla o longitud en metros al cuadrado}$.

1. Valoración Masa Corporal (IMC).

La mediana (Desviación estándar cero) aparece representada por una línea más gruesa. El área sombreada comprendida entre las líneas que representan +2 DE y -2 DE corresponden al rango normal, donde debe ubicarse la mayor parte de los niños y niñas (18).

Si el punto graficado se ubica por encima de la línea +1DE y por debajo de +2DE, los niños o niñas presentan riesgo de sobrepeso. Si el punto graficado se ubica por encima de la línea +2DE y por debajo de +3DE, se trata de niños o niñas con sobrepeso. Si el punto graficado se ubica encima de la línea +3DE, deben ser catalogados con obesidad. Si el punto graficado se ubica debajo de -2DE y encima de -3DE se trata de una niña o niño emaciado. Si el punto está debajo de -3DE, se trata de un niño o niña severamente emaciado. Si el punto graficado se ubica exactamente en las líneas de +2DE y -2DE, la interpretación se realiza con la condición menos severa; es decir, si está exacta en la línea +2DE, se identificará al niño o niña en riesgo de sobrepeso y NO como sobrepeso.

En el caso de que se ubique en la línea -2 DE, se identificará al niño o niña en riesgo de emaciación y NO como emaciado (18).

2.11. Evaluación del desarrollo Psicomotor

Los métodos para evaluación del desarrollo son numerosos y variados, incluyendo encuestas a los padres y escalas del desarrollo, al igual depende de la edad del niño. Esto es con el fin de identificar tempranamente la naturaleza de los problemas para orientar el tratamiento. (19).

2.11.1. Escala de evaluación del desarrollo psicomotor (EEDP).

Es una herramienta de origen chileno para ser empleada en niños desde el nacimiento hasta los 24 meses. Las áreas evaluadas en esta prueba son: social, lenguaje, coordinación y motricidad, obteniéndose un coeficiente de desarrollo. (19)

2.11.2. Test de evaluación del desarrollo psicomotor (TEPSI).

De origen Chileno, ha sido empleado en varios países de Latinoamérica. Es un test que evalúa niños de 2 a 5 años en las áreas de coordinación, motricidad y lenguaje. (19)

2.11.3. Test de Denver II.

Se emplea en niños desde el nacimiento hasta los 6 años. Fue ideado para proporcionar un método breve de detección de problemas del desarrollo. Analiza cuatro áreas: motricidad gruesa, lenguaje, motricidad fina-adaptativa y personal-social. (19)

2.11.4. Escala de desarrollo motor Brunet y Lezine.

Se emplea a niños de 1 mes a 6 años el test evalúa, control postural y motricidad, coordinación oculomotriz y conducta de adaptación a los objetos, lenguaje, sociabilidad o relaciones sociales y personales, como misión determinar el cociente de desarrollo del niño al comparar la edad cronológica real con la edad del desarrollo (20)

2.12. Instrumento de evaluación utilizado en la investigación

2.12.1. Escala Abreviada de desarrollo Dr. Nelson Ortiz Pinilla:

La escala se elaboró en 1993, con la ayuda de la División Materno Infantil, los médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería de los Servicios Seccionales de salud de Colombia y el apoyo técnico y financiero de UNICEF. (21)

El estudio que soporto su validez y confiabilidad fue aplicada a una población de un grupo de niños colombianos menores de 5 años de ambos sexos la muestra incluyo 16.180 niños de algunas regiones del país, no hay duda que uno de los beneficios más directos fue la posibilidad de detectar tempranamente a los niños de mayor riesgo, que presentan alteraciones de su proceso de desarrollo, con el fin de tomar medidas preventivas y que reciban estimulación temprana. (21).

1. Características.

La presente Escala está diseñado para realizar una valoración global y general de determinadas áreas del desarrollo.

Su propósito fundamental es analizar a niños de diferentes edades, para evaluar su desarrollo infantil, la edad que opera es de 1 mes a 60 meses. La escala está compuesta un rango de edad, por 120 reactivos o ítems distribuidos en la misma proporción para cada uno de las cuatro áreas del desarrollo, la categorización de los ítems por áreas, obedecido tanto a criterios de orden teórico, como a consideraciones empíricas y prácticas (21).

2. Cuatro áreas del desarrollo que evalúa:

Área motricidad gruesa: maduración neurológica, coordinación motriz de cabeza, miembros, tronco (21).

Área motriz fino-adaptativa: capacidad de coordinación de movimientos específicos, ojo-mano, aprehensión fina, cálculo de distancias y seguimiento visual (21).

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 (21).

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 (21).

2.12.2. Tiempo de evaluación.

La prueba no tiene tiempo límite, la Escala toma aproximadamente 15 o 20 minutos como máximo.

2.12.3. Punto de iniciación y punto de corte.

El punto de iniciación se refiere al ítem a partir del cual debe empezarse la evaluación. El punto de corte indica el último ítem que debe ser registrado.

La evaluación debe comenzarse en cada una de las áreas:

Primer ítem correspondiente al rango de edad en el cual se ubica la edad del niño y todos los ítems de ese rango de edad deben ser observados y registrados, se continúa con los ítems del siguiente rango de edad hasta tanto el niño falle en por lo menos TRES ítems consecutivos, en este punto se suspende. Si el niño falla en el primer ítem administrado, deberán observarse los ítems anteriores en su orden inverso, hasta tanto el niño apruebe por lo menos TRES ítems consecutivos. Los criterios anteriores de iniciación y suspensión deben aplicarse para todas y cada una de las áreas de la Escala (21).

2.12.4. Calificación y registro de los datos

Si el niño o niña realiza el ítem calificamos con 1 y si no se observa, se calificara con 0. Para obtener la calificación global para cada área, se contabiliza el número de ítems aprobados (calificación 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), se ubicara en la tabla final de la escala que permite determinar los estados de alerta, medio, medio alto, alto. Para obtener el puntaje total en la Escala simplemente sume todos los puntajes obtenidos en cada una de las áreas y la suma se coloca en el rango al q pertenece obteniendo el estado en el que se encuentra el niño.

2.13. Encuesta de estratificación del nivel socioeconómico del instituto nacional de estadística y censos.

Una encuesta de estratificación de nivel socioeconómico realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos. Es un cuestionario de preguntas relacionadas como vivienda, educación, economía, bienes, hábitos de consumo y tecnología con la cual cada pregunta tiene una calificación que al ser terminada se sumara y se calificara en el nivel que se encuentra. (22)

Ayudan a los investigadores a tener una calificación que permita clasificar a los hogares en estratos. (23).

Grupos socioeconómicos Umbrales

- A (Alto) De 845,1 a 1000 puntos
- B (Medio alto) De 696,1 a 845 puntos
- C+ (Medio típico) De 535,1 a 696 puntos
- C- (Medio bajo) De 316,1 a 535 puntos
- D (Bajo) De 0 a 316 puntos (24)

2.14. Marco legal

De acuerdo con la investigación realizada, el presente proyecto se halla avalado por los siguientes artículos y textos legales como: el código de la niñez y adolescencia, los Objetivos para el buen vivir, y la Constitución de la República del Ecuador 2008 que a continuación se detallan.

Código de la niñez y adolescencia

Titulo 1 definiciones Art. 1 El Estado, la sociedad y la familia deben garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes que viven en el Ecuador, con el fin de lograr su desarrollo integral y el disfrute pleno de sus derechos, en un marco de libertad, dignidad y equidad. (25)

Capitulo II Derechos de supervivencia

Art 26. Derecho a una vida digna.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a una vida digna, que les permita disfrutar de las condiciones socioeconómicas necesarias para su desarrollo integral. Este derecho incluye aquellas prestaciones que aseguren una alimentación

nutritiva, equilibrada y suficiente, recreación y juego, acceso a los servicios de salud, a educación de calidad, vestuario adecuado, vivienda segura, higiénica y dotada de los servicios básicos (25)

Art. 27.- Derecho a la salud.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual.

El derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes comprende:

1. Acceso gratuito a los programas y acciones de salud públicos; nutrición adecuada y a un medio ambiente saludable.
2. Acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud públicos, para la prevención, tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los servicios de salud públicos son gratuitos para los niños, niñas.
5. Información sobre su estado de salud, de acuerdo al nivel evolutivo del niño, niña o adolescente (25)

Objetivos para el buen vivir

Objetivo 2: Mejorar las capacidades y potencialidades de la ciudadanía.

Política 2.1. Asegurar una alimentación sana, nutritiva, natural y con productos del medio para disminuir drásticamente las deficiencias nutricionales. (26)

Objetivo 3: Mejorar la calidad de vida de la población.

Política 3.1 Promover prácticas de vida saludable en la población

Política 3.3. Garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad. (26)

La Constitución de la República del Ecuador 2008

Capítulo segundo: Derechos del Buen Vivir

Sección primera

Agua y alimentación

Art. 13.- Las personas y colectividades tienen derecho al acceso seguro y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos; preferentemente producidos a nivel local y en correspondencia con sus diversas identidades y tradiciones culturales. (27)

Ambiente sano

Art. 14.- Se reconoce el derecho de la población a vivir en un ambiente sano y ecológicamente equilibrado, que garantice la sostenibilidad y el buen vivir, *sumak kawsay*. (27)

Sección séptima

Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir (27)

Capítulo tercero: De los derechos, garantías y deberes

Sección quinta

De los grupos vulnerables

Art. 48.- Será obligación del Estado, la sociedad y la familia, promover con máxima prioridad el desarrollo integral de niños y adolescentes y asegurar el ejercicio pleno de sus derechos. En todos los casos se aplicará el principio del interés superior de los niños, y sus derechos prevalecerán sobre los de los demás. (28)

Art. 49.- Los niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes al ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado les asegurará y garantizará el derecho a la vida, desde su concepción; a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social, a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social, al respeto a su libertad y dignidad, y a ser consultados en los asuntos que les afecten. (28)

Art. 50.- El Estado adoptará las medidas que aseguren a los niños y adolescentes las siguientes garantías: Atención prioritaria para los menores de seis años que garantice nutrición, salud, educación y cuidado diario.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio

La presente investigación esta direccionada en base al enfoque cualitativo - cuantitativo, la cual permitió obtener datos e información. En el presente estudio se aplicó la escala abreviada del desarrollo del Dr. Nelson Ortiz mediante la cual se obtuvo características del desarrollo psicomotor en forma individual, para la obtención del nivel socioeconómico se aplicó una encuesta de estratificación del nivel socioeconómico realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos y para el estado nutricional se utilizó como instrumento el protocolo de atención y el manual de consejería para el crecimiento del niño y la niña (Ministerio de Salud Pública del Ecuador coordinación nacional de nutrición). Los resultados alcanzados de la investigación serán tabulados, y presentados en gráficos estadísticos.

3.2. Tipo de diseño

El tipo de diseño de investigación es no experimental porque no se manipulo variable y es de corte transversal ya que se recopilo información en un solo momento es decir, se realizó una encuesta y evaluaciones a cada niño y niña cuya actividad se llevó a cabo la semana del 18 al 22 de enero del presente año.

3.3. Tipo de investigación

La presente es un estudio descriptivo, en la cual se utilizó para la evaluación del desarrollo psicomotor la escala abreviada del desarrollo del Dr. Nelson Ortiz, el cual

identifica el estado psicomotor en sus cuatro áreas: motricidad gruesa y fina, audición y lenguaje y personal social, a cada niño/a y se utilizó la encuesta de estratificación del nivel socioeconómico realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos, y para la evaluación del estado nutricional el protocolo de atención y el manual de consejería para el crecimiento del niño y la niña (Ministerio de Salud Pública del Ecuador coordinación nacional de nutrición)

3.4. Universo,

Universo.

Entendiéndose como universo al conjunto de personas o seres de una comunidad que para el presente trabajo de investigación, se ha considerado a los Centros Infantiles del Buen Vivir de la provincia de Imbabura que consta de 945 niños y niñas ubicadas en el sector urbano y rural..

Población

La población considerada en la investigación, está constituida por 40 niños, del centro infantil del Buen Vivir “Simón Bolívar”.

Muestra

Está constituida por 31 niños y niñas de 0 meses a 36 meses, que cumplen los criterios de inclusión y exclusión a los cuales se aplicó la Escala abreviada de desarrollo del Dr. Nelson Ortiz, la encuesta de estratificación del nivel socioeconómico realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos, y el protocolo de atención y el manual de consejería para el crecimiento del niño y la niña (Ministerio de Salud Pública del Ecuador

coordinación nacional de nutrición) que permitirá obtener una evaluación individualizada del desarrollo psicomotor de los niños/as del centro infantil.

3.4.1. Criterios de inclusión, exclusión, salida.

Criterios de inclusión.

Para considerar la población de estudio en la investigación sujetos de inclusión los niños y las niñas tendrán que cumplir los siguientes requisitos; en primer lugar la edad cronológica deberá oscilar entre 0-3 años, es decir de 0 a 36 meses a demás que asisten regularmente al centro infantil Simón Bolívar.

Criterio de exclusión.

Para poder excluir la población de estudio se ha considerado tomar en cuenta a los niños y niñas que tengan enfermedades; neurológicas, congénitas, con discapacidad visual, auditiva y mental. Además de que sus padres no acepten formar parte de la evaluación.

Criterio de salida.

Para los criterios de salida se consideran aquellos niños y niñas que por alguna razón causen baja del centro infantil o no estén presentes en el período de evaluación.

3.5. Cuadro de operacionalización de variables

Variables de interés.

	VARIABLE	CLASIFICACION	DIMENSIONES	ESCALA	DEFINICION OPERACIONAL
Variable de Interés	Desarrollo Psicomotor del niño.	Cualitativa Nominal- Politómica	Instrumento Abreviado de Nelson Ortiz	Alerta Medio Medio Alto Alto	Valoración del desarrollo psicomotor

Variables de caracterización

	VARIABLE	CLASIFICACIÓN	DIMENSIONES	ESCALA	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Variables de caracterización.	Estado Nutricional	Cualitativa Ordinal	Peso Talla Índice de masa corporal	Severamente emaciado Emaciado Normal	Protocolo de atención y manual de consejería para el crecimiento del niño/a del MSP.

				Posible riesgo de sobrepeso Sobrepeso Obesidad	
	Edad	Cuantitativa en expresión Nominal	Meses	1 a 3 meses 4 a 5 meses 7 a 9 meses 10 a 12 meses 13 a 18 meses 19 a 24meses 25 a 36meses	Edad en meses cumplidos de acuerdo rangos de la escala de Nelson Ortiz
	Género	Cualitativa Nominal Dicotómica	Hombre Mujer	Masculino Femenino	Diferencia física y constitutiva del hombre y la mujer Según la observación
	Nivel Socio- económico	Cualitativa Ordinal Politómica	Encuesta de Estratificación Socioeconómica del INEC	Alto Medio Alto. Medio Típico. Medio Bajo. Bajo.	Según el nivel socioeconómico de acuerdo a ingresos que tengan en el hogar.

3.6. Métodos de investigación.

Analítico – Sintético.

Se aplicó este método porque permitió recolectar información de distintas fuentes bibliográficas para la elaboración del marco teórico, y ampliar los conocimientos del tema.

Inductivo – Deductivo.

Se utilizó este método porque a partir del conocimiento general que es el desarrollo psicomotor y mediante la aplicación de la escala se podrá describir cada una de sus áreas, el nivel socioeconómico y el estado nutricional para poder analizar los datos obtenidos.

Documental - bibliográfica.

Para fundamentar el presente trabajo investigativo teórica, legal y demás teorías conceptuales, se apoyó a través de libros, tesis, revistas y artículos científicos e investigaciones electrónicas, las mismas que sirvió de soporte científico.

Método Estadístico.

En el presente estudio se organizó previamente una planilla de recolección de datos en Excel, para luego ser tabulados utilizando el programa informático SPSS Statistics 23 que permitió presentar, describir y analizar dichos datos que posteriormente, se presentan en cuadros estadísticos y gráficos.

3.7. Estrategias

Para la ejecución de este Proyecto de Investigación se realizó los siguientes pasos.

Se seleccionó el tema el cual fue Evaluación del desarrollo psicomotor en niños/as de 0 – 3 años del centro infantil del buen vivir “Simón Bolívar” Cantón Ibarra, provincia de

Imbabura, una vez obtenido el tema, la Universidad Técnica del Norte, de la Carrera de Terapia Física realiza los oficio pertinentes al Ministerio de Inclusión Económica y Social “MIES” solicitando que se permita realizar el estudio de la evaluación del desarrollo psicomotor en los niños/as de los CIBV al igual que su ingreso durante la semana del 18 al 22 de enero del 2016.

Las actividades se realizaron en los horarios de 8 am a 3 pm. Para la selección de la muestra fue mediante la utilización de criterios de inclusión, exclusión y salida.

- Se inició con la toma de peso y talla.
- Se procedió a realizar la evaluación del desarrollo psicomotor de los niños/as con ayuda de las parvularias de la institución.
- Se aplicada a los padres de familia de los niños, la encuesta de estratificación del nivel socioeconómico realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos.

3.8. Validación y confiabilidad

Para la validación y la confiabilidad de la presente investigación, se aplicó la escala abreviada del desarrollo del Dr. Nelson Ortiz, (1999) que fue elaborada por el psicólogo colombiano Nelson Ortiz Pinilla por el cual se nombra esta escala que fue aplicada en la población colombiana que se asemeja en sus características a la población Ecuatoriana. La validación de la misma fue realizada por el Ministerio de Salud y a la UNICEF.

Con respecto al nivel socioeconómico se empleó la encuesta de estratificación del nivel socioeconómico realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos que fue realizada entre el 2010 y 2011 con una herramienta eficaz para: homologar la estratificación de hogares, que contempla seis dimensiones: vivienda, educación, económica, bienes,

tecnología y hábitos de consumo, cumpliendo así con su papel de difusión estadística y con su compromiso de entregar cifras útiles y de calidad.

Para obtener el estado nutricional se utilizó instrumentos el protocolo de atención y el manual de consejería para el crecimiento del niño y la niña (Ministerio de Salud Pública del Ecuador coordinación nacional de nutrición).

En cuanto a la confiabilidad se aplicaran métodos estadísticos a los datos tabulados a través del programa estadístico SPSS Statistics 23 que permitirán demostrar los objetivos planteados

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

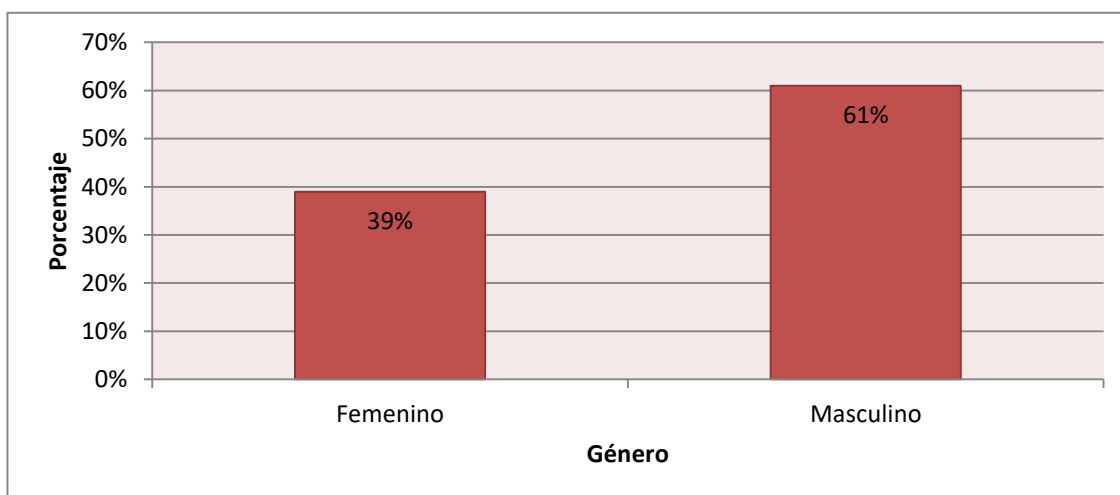
4.1. Análisis e interpretación de los resultados.

Tabla N° 1 Distribución de la población según el género.

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	12	39%
Masculino	19	61%
Total	31	100%

Fuente: Registro de ingresos de los niños /as de la coordinadora del Centro Infantil del Buen Vivir “Simón Bolívar.” 2016
Responsable: Tipantuña Jacqueline.

Gráfico N° 1 Distribución de la población según el género.



Fuente: Registro de ingresos de los niños /as de la coordinadora del Centro Infantil del Buen Vivir “Simón Bolívar.” 2016
Responsable: Tipantuña Jacqueline.

La tabla y gráfico 1 muestran la distribución de la población según el género observándose que hay un marcado predominio del sexo masculino sobre el femenino lo cual se contradice con los resultados del gobierno autónomo descentralizado de San Miguel de Ibarra en el plan de desarrollo y ordenamiento territorial del cantón Ibarra 2015, donde la población total alcanza a 181.175 habitantes de los cuales 93.389 perteneciente al 52% corresponden al género femenino y un 87.786 perteneciente al 48% al género masculino.

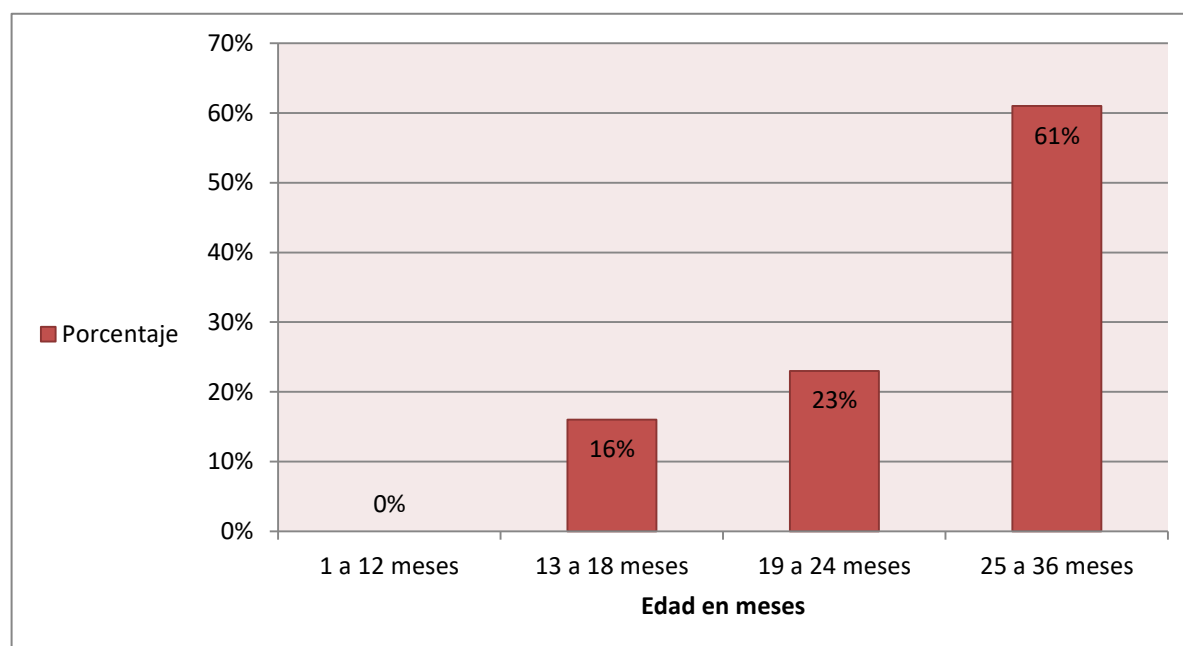
(29). Este resultado es similar a los encontrados en estudios homólogos a este, como los realizados por estudiantes de la Universidad Técnica del norte en el 2015-2016 en los diferentes centros infantiles del buen vivir, “Barrio Central”, “Jesús te Ama”, “Caranqui”, “Angelitos de Amor”, “Caritas Sonrientes”, en los cuales se obtuvo que el sexo masculino predominó más. Sin embargo estos resultados no se asemejan a un estudio realizado en Cuenca en el 2011, en el centro de desarrollo infantil el “Arenal”, durante la Implementación de un proceso de detección oportuna de problemas de crecimiento y desarrollo psicomotor de los niños, obteniendo como resultados que de un total de 45 niños, 20 eran del sexo masculino (44%) y 25 pertenecían al sexo femenino (56%). (30)

Tabla N° 2 Distribución de la población según el rango de edad

Edad en meses	Frecuencia	Porcentaje
1 a 3 meses	0	0%
4 a 6 meses	0	0%
7 a 9 meses	0	0%
10 a 12 meses	0	0%
13 a 18 meses	5	16%
19 a 24 meses	7	23%
25 a 36 meses	19	61%
Total	31	100%

Fuente: Registro de ingresos de los niños /as de la coordinadora del Centro Infantil del Buen Vivir “Simón Bolívar.”
Responsable: Tipantuña Jacqueline.

Gráfico N° 2 Distribución de la población según el rango de edad



Fuente: Registro de ingresos de los niños /as de la coordinadora del Centro Infantil del Buen Vivir “Simón Bolívar.”
Responsable: Tipantuña Jacqueline.

En la tabla y gráfico 2 se observa la distribución de la población según el rango de edad, donde se percibe un marcado predominio del rango de 25 a 36 meses seguido del rango de 19 a 24 meses y no se encontraron en este CIBV niños menores de 12 meses. Estos valores concuerdan con los datos obtenidos en un estudio que se realizó en Ibarra en el centro infantil del buen vivir Caranqui, que “Evaluó el desarrollo psicomotor en los niños de 0-3 años/as”

en esta investigación señala que de 30 niños/as, el 64% corresponde a 25-36 meses, un 23% 19 a 24 meses y un 13% 13 a 18 meses (31) Sin embargo estos resultados difieren con los obtenidos en un estudio realizado en el CIVB pequeños traviesos de la ciudadela Imbaya, parroquia San Luis, cantón Otavalo provincia de Imbabura 2014, por Vanessa Dávila, acerca de “La calidad del servicio educativo y de atención de los centros infantiles del buen vivir, perspectivas y expectativas de los padres de familia estudio de caso”, en el cual se obtuvo que en el grupo etario que predominó fue el de 12-24 meses con un 60%, seguido del grupo de 0-12 meses con un 24%, y el de 24-36 meses equivalía a un 14%. (32)

Lo que nos hace pensar que las familias de Ibarra es posible que consideren que la edad más adecuada de que un niño ingrese a un centro infantil es a partir del año.

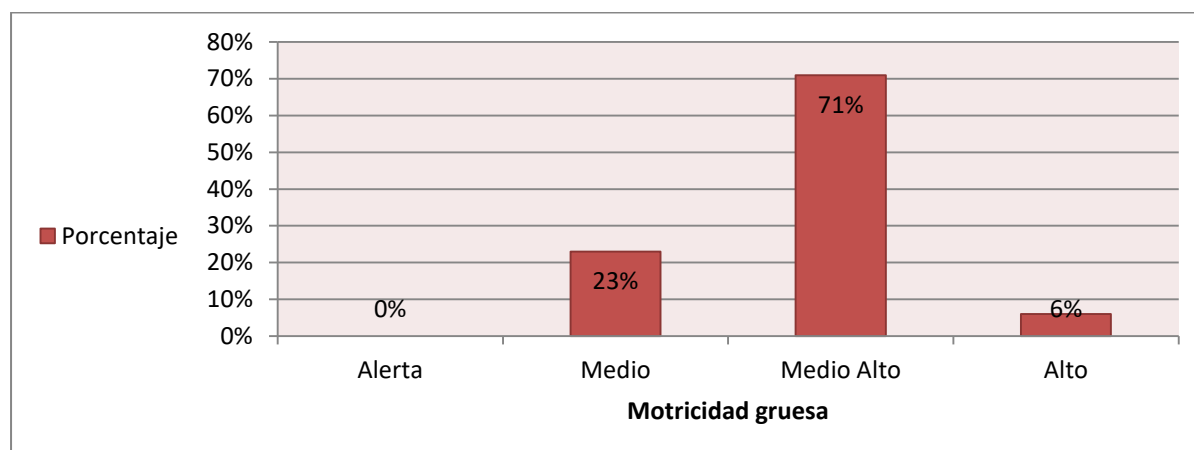
Tabla N° 3 Distribución de la población según el área de motricidad gruesa.

Motricidad gruesa	Frecuencia	Porcentaje
Alerta	0	0%
Medio	7	23%
Medio Alto	22	71%
Alto	2	6%
Total	31	100%

Fuente: Escala de desarrollo de Dr. Nelson Ortiz

Responsable: Tipantuña Jacqueline.

Gráfico N° 3 Distribución de la población según el área de motricidad gruesa.



Fuente: Escala de desarrollo de Dr. Nelson Ortiz

Responsable: Tipantuña Jacqueline.

En la tabla y gráfico 3 donde se observa la distribución de la población en el área de motricidad gruesa se puede visualizar que el mayor grupo en estudio están en un nivel medio alto. Este resultado es similar al encontrada en un estudio del macro proyecto de la Universidad Técnica del Norte en el 2015-2016 realizada en el centro infantil “Jesús te Ama” en donde se obtuvo que el Nivel Medio Alto es más predomina. Sin embargo este resultado no se asemeja a un estudio realizado en Cuenca en el 2014 en los centros infantiles del Buen Vivir urbano y rural, que “Evaluaron las habilidades básicas; Motriz y de Lenguaje de 1 a 3 años” con la escala de desarrollo del Dr. Nelson Ortiz obteniendo como resultado en el sector urbano, que de 68 niños/as un 14,90% pertenecían a un nivel medio alto. (8)

Lo cual podemos decir que si existe estimulación por parte de las parvularias y padres ayudándoles a los niño/a dominar habilidades y a desarrollar las destrezas que corresponden a su edad.

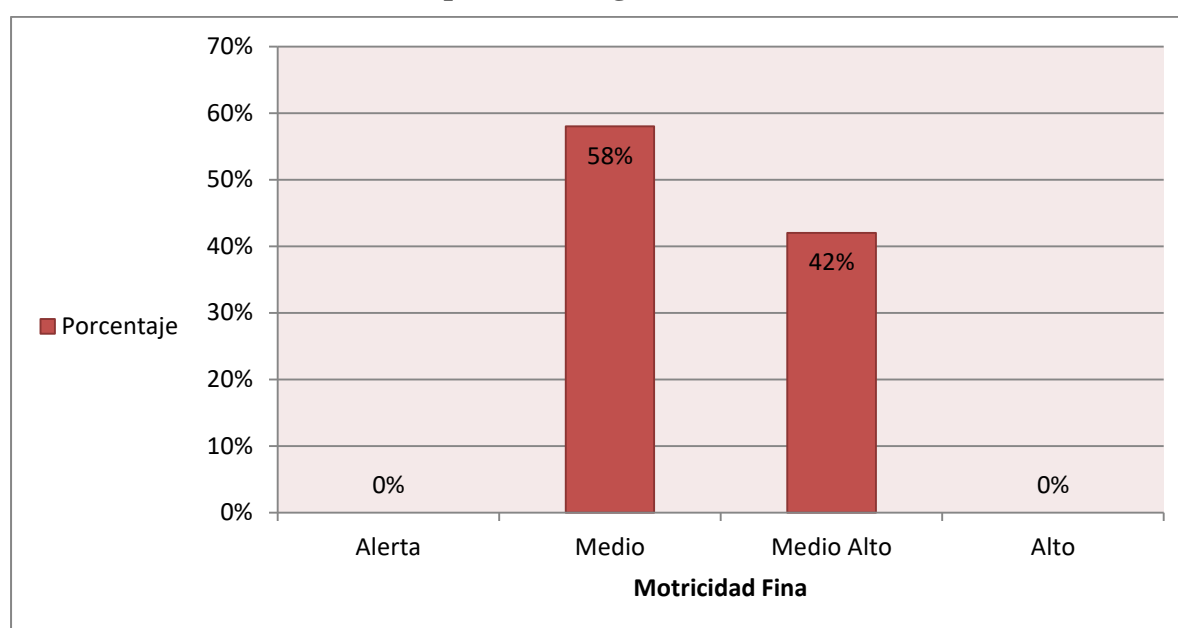
Tabla N° 4 Distribución de la población según el área de motricidad Fina.

Motricidad Fina	Frecuencia	Porcentaje
Alerta	0	0%
Medio	18	58%
Medio Alto	13	42%
Alto	0	0%
Total	31	100%

Fuente: Escala de desarrollo de Dr. Nelson Ortiz

Responsable: Tipantuña Jacqueline.

Gráfico N° 4 Distribución de la población según el área de motricidad Fina.



Fuente: Escala de desarrollo de Dr. Nelson Ortiz

Responsable: Tipantuña Jacqueline.

En la tabla y gráfico 4 donde se puede evidenciar la distribución de la población en el área de motricidad fina se observa que más de la mitad del grupo de estudio se encuentra en un nivel medio, seguido de medio alto. Resultado similar a un estudio realizado en Cuenca en el 2014 en los centros infantiles del Buen Vivir urbano y rural, realizado por Cristina Rodríguez que ejecuto una “Evaluación de las habilidades básicas: Motriz y Lenguaje en los niños del 1 a 3 años” con la escala de desarrollo del Dr. Nelson Ortiz obteniendo como resultados en el sector urbano con 68 niños/as que el grupo mayoritario corresponde a un 64,20% se encuentran en un nivel medio, seguida de un nivel medio alto

con un 22,40%. (33) Así también lo indico, Peña, A. en su estudio del macro proyecto de la Universidad Técnica del Norte en el 2015-2016 realizado en el centro infantil del buen vivir “Estrellitas” describe que los niveles más frecuente para esta área del desarrollo psicomotor son Medio y Medio Alto.

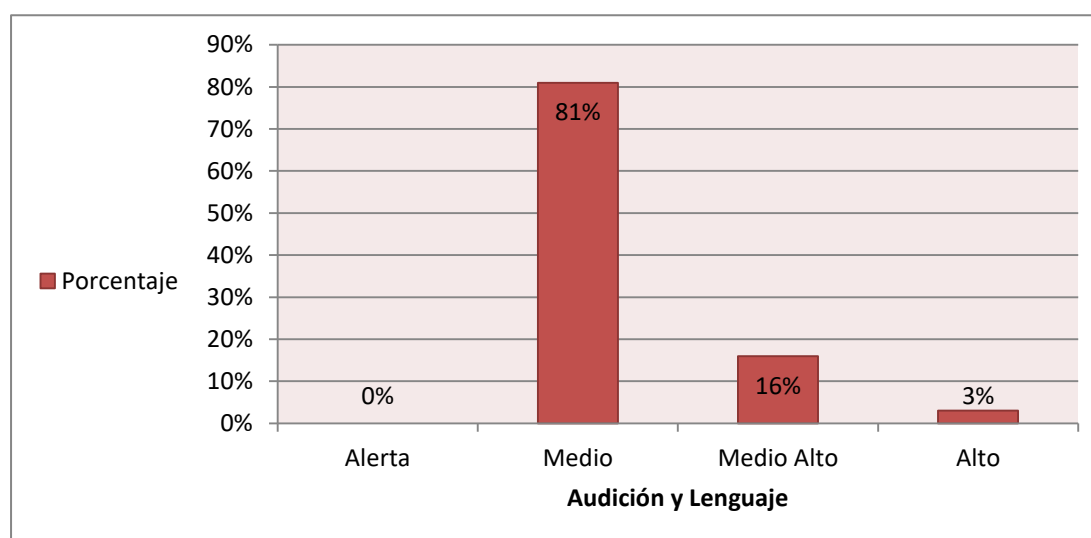
Lo que me permite deducir que existe una buena estimulación en el área de motricidad fina en este grupo de estudio, y con ello obtienen mejorar las habilidades del niño/a para lograr su independencia para alimentarse y realizar actividades.

Tabla N° 5 Distribución de la población según el área de audición y Lenguaje.

Audición y Lenguaje	Frecuencia	Porcentaje
Alerta	0	0%
Medio	25	81%
Medio Alto	5	16%
Alto	1	3%
Total	31	100%

Fuente: Escala de desarrollo de Dr. Nelson Ortiz
 Responsable: Tipantuña Jacqueline.

Gráfico N° 5 Distribución de la población según el área de audición y lenguaje.



Fuente: Escala de desarrollo de Dr. Nelson Ortiz
 Responsable: Tipantuña Jacqueline.

En la tabla y gráfico 5 se puede observar la distribución de la población en el área de audición y lenguaje donde se refleja que un grupo mayoritario se encuentran en un nivel medio, y un minoritario en un nivel medio alto. Resultado que coincide con un estudio realizado en Cuenca que “Evaluó las habilidades básicas: Motriz y Lenguaje en los niños de 1 a 3 años” de los centros infantiles del buen vivir urbano y rural correspondiendo a 68 niños/as al sector urbano obtuvieron un porcentaje alto del 56,7% en un nivel medio seguida de un 23,9% en un nivel medio alto. (33)

Así también lo indico, Quilca, C. en su estudio del macro proyecto de la Universidad Técnica del Norte en el 2015-2016 realizado en el centro infantil del buen vivir “Caritas Sonrientes” en el cual obtuvo como resultado que el Nivel medio tiene un mayor porcentaje seguido del nivel Medio Alto.

Lo cual nos da a entender que si existe una estimulación en el área de lenguaje por parte de las parvularias del centro infantil corrigiendo problemas relacionados con el uso del lenguaje y el habla.

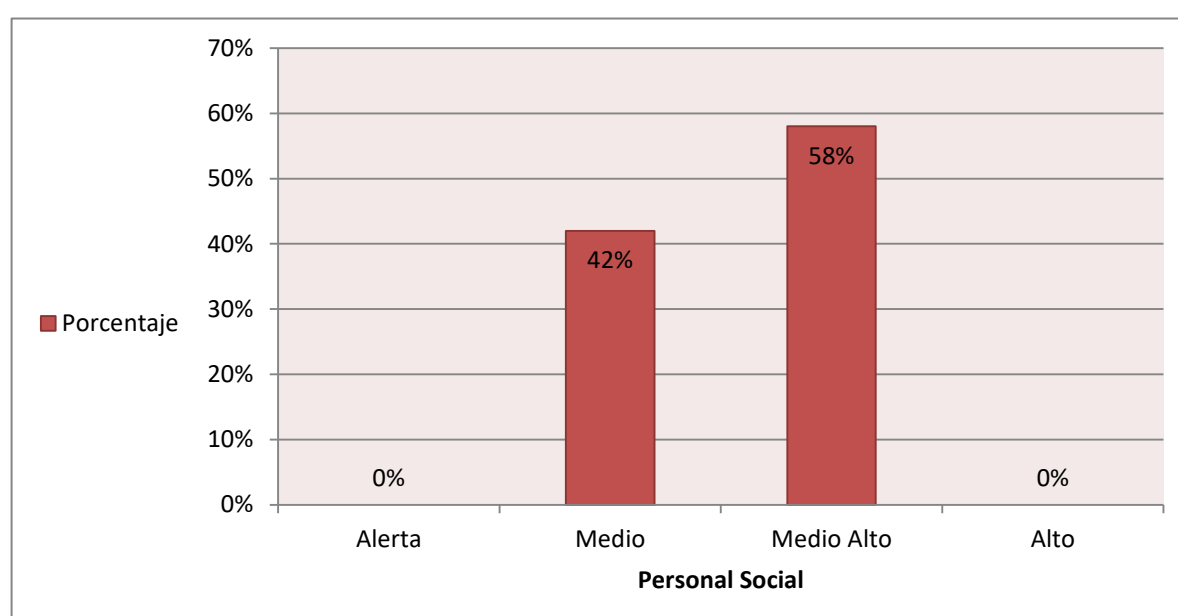
Tabla N° 6 Distribución de la población según el área de aspecto personal social

Personal Social	Frecuencia	Porcentaje
Alerta	0	0%
Medio	13	42%
Medio Alto	18	58%
Alto	0	0%
Total	31	100%

Fuente: Escala de desarrollo de Dr. Nelson Ortiz

Responsable: Tipantuña Jacqueline.

Gráfico N° 6 Distribución de la población según el área de aspecto personal



Fuente: Escala de desarrollo de Dr. Nelson Ortiz

Responsable: Tipantuña Jacqueline.

En la tabla y gráfico 6 se observa la distribución de la población en el área de aspecto personal social, se evidencia que un mayor porcentaje tiene un nivel medio alto, seguida de un nivel medio. Resultados similares a los encontrados en estudios homólogos a este como los realizados por estudiantes de la Universidad Técnica del norte 2015-2016 en los diferentes centros infantiles del buen vivir realizados por, Ruales, X. y Ramos, S. donde el grupo mayoritario de los niños pertenecieron al nivel Medio Alto seguido del nivel Medio. Sin embargo estos resultados no son similares a un estudio realizado en Cuenca en el 2011 por el Dr. Miguel Castro, que “Implemento un proceso de detección oportuna de

problemas de crecimiento y desarrollo psicomotor de los niños del centro de desarrollo infantil el Arenal”, que evaluó con la escala de desarrollo del Dr. Nelson Ortiz a un número de 45 niños/as obteniendo, que en el área personal social, en el nivel medio un 40%, y en medio alto un 29%. (30) Lo que puede deberse a que si existe estimulación por parte de familiares y parvularios que fomentan a que los niños se integren con el medio que los rodea.

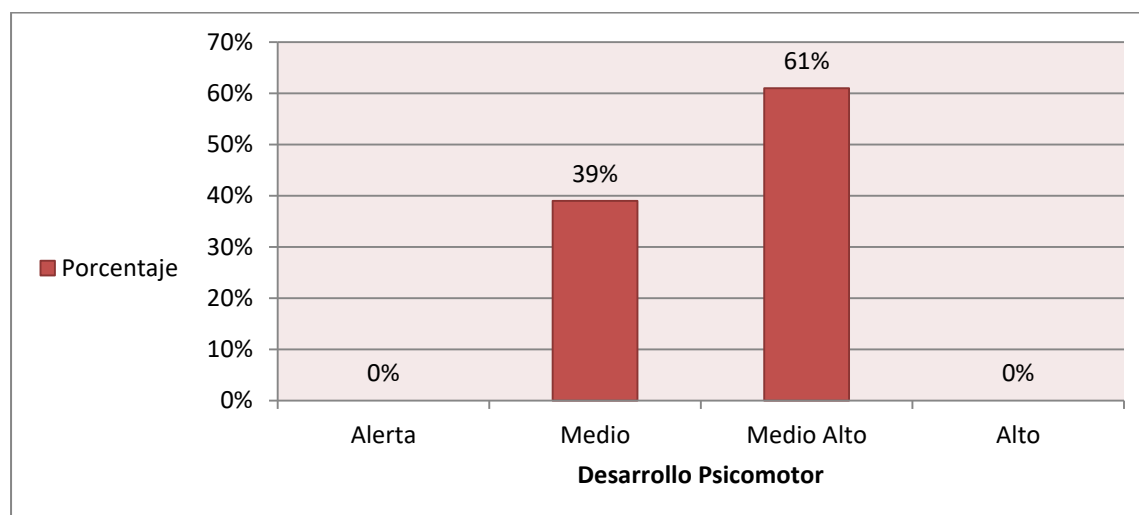
Tabla N° 7 Distribución del desarrollo psicomotor de la población según el total de la escala del desarrollo del Dr. Nelson Ortiz.

Desarrollo Psicomotor	Frecuencia	Porcentaje
Alerta	0	0%
Medio	12	39%
Medio Alto	19	61%
Alto	0	0%
Total	31	100%

Fuente: Escala de desarrollo de Dr. Nelson Ortiz

Responsable: Tipantuña Jacqueline.

Gráfico N° 7 Distribución del desarrollo psicomotor de la población según el total de la escala del desarrollo del Dr. Nelson Ortiz.



Fuente: Escala de desarrollo de Dr. Nelson Ortiz

Responsable: Tipantuña Jacqueline.

En la tabla y gráfico 7 se observa la distribución de la población del total de la evaluación del desarrollo psicomotor donde se mira que un grupo mayoritario está en un nivel medio alto, y en un mínimo en el nivel medio. Estos resultados son similares a un estudio que se encontró haciendo una recopilación de información de algunos de los proyectos pertenecientes al macro proyecto de la Universidad Técnica del Norte 2015-2016 realizados por Ramos, S. en donde el grupo de niños con un gran porcentaje reflejan un desarrollo psicomotor en nivel Medio Alto. Resultado que no tienen similitud con un estudio realizado en Cuenca en el 2014 en los centros infantiles del Buen Vivir urbano y rural

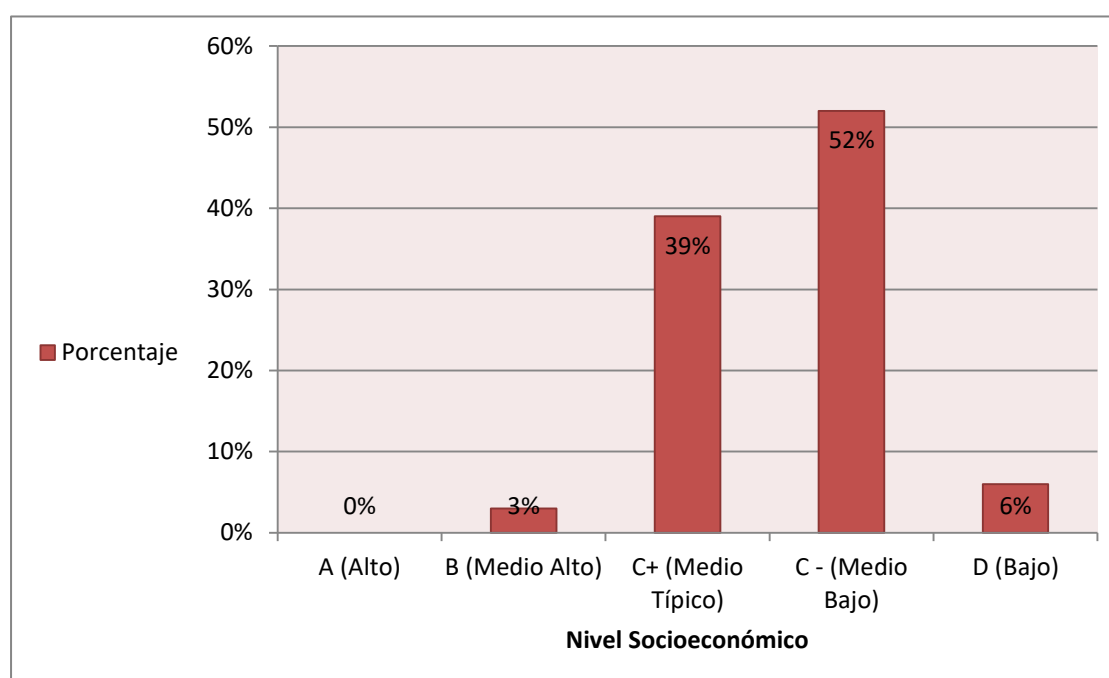
realizado por Cristina Rodríguez que “Evaluó las habilidades básicas: Motriz y Lenguaje en los niños de 1 a 3 años”, correspondiendo un número de 68 niños/as al sector urbano, los cuales fueron evaluados con la escala de desarrollo del Dr., Nelson Ortiz obteniendo que en el total del desarrollo psicomotor presentaron un 19,4% al nivel medio alto, y un 62,70% a un nivel medio. (8) Esto puede deberse a que los niños recibieron estimulación temprana por áreas del desarrollo.

Tabla N° 8 Distribución de la población según el nivel socioeconómico.

Nivel Socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje
A (Alto)	0	0%
B (Medio Alto)	1	3%
C+ (Medio Típico)	12	39%
C - (Medio Bajo)	16	52%
D (Bajo)	2	6%
Total	31	100%

Fuente: Encuesta de estratificación del Nivel Socioeconómico del Instituto Nacional de Estadística y Censo
Responsable: Tipantuña Jacqueline.

Gráfico N° 8 Distribución de la población según el nivel socioeconómico.



Fuente: Encuesta de estratificación del Nivel Socioeconómico del Instituto Nacional de Estadística y Censo
Responsable: Tipantuña Jacqueline.

En la tabla y gráfico 8 donde se refleja la distribución del grupo de estudio según el nivel socioeconómico podemos observar, que más de la mitad de la población se encuentran en el nivel Medio Bajo. Resultados muy similares se obtuvieron en el 2014 en una investigación de la prevalencia de retraso psicomotor y su relación con el estado nutricional y el nivel socioeconómico en los niños de 6 meses a 4 años de 409 niños/as que asistían a los centros de cuidados infantiles de la ciudad de Cañar que incluía una población urbana y rural

, realizada con la encuesta de estratificación del Nivel Socioeconómico del INEC en el que predominó el nivel medio bajo con un 48,7% seguidos de una condición socioeconómica baja que representaba el 25,2%. (7)

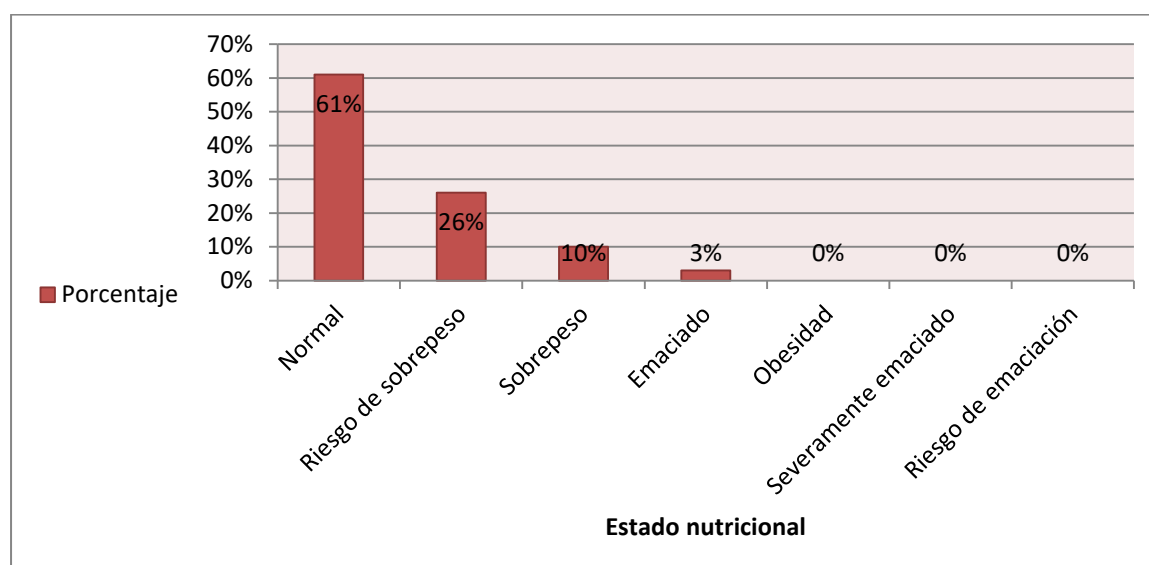
Estos resultados son similares a algunos estudios que se encontró haciendo una recopilación de información de algunos de los proyectos pertenecientes al macro proyecto de la Universidad Técnica del Norte 2015-2016 realizados por Quilca, C. Ruales, X. Ramos, S. en los cuales el nivel socioeconómico Medio Bajo tuvo mayor porcentaje. Lo cual es un reflejo del nivel socioeconómico del sector de la población donde radica el centro infantil de esta investigación

Tabla N° 9 Distribución de la población según el estado nutricional.

Estado nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Normal	19	61%
Riesgo de sobrepeso	8	26%
Sobrepeso	3	10%
Emaciado	1	3%
Obesidad	0	0%
Severamente emaciado	0	0%
Riesgo de emaciación	0	0%
Total	31	100%

Fuente: Protocolo de Atención y Manual de Consejería para el crecimiento del niño/a del Ministerio de Salud Pública.
 Responsable: Tipantuña Jacqueline.

Gráfico N° 9 Distribución de la población según el estado nutricional.



Fuente: Protocolo de Atención y Manual de Consejería para el crecimiento del niño/a del Ministerio de Salud Pública.
 Responsable: Tipantuña Jacqueline.

En la tabla y gráfico 9 se muestra la distribución del estado nutricional del grupo de estudio en el que se observó que un grupo mayoritario de niños se encuentran en un estado normal, seguido de niños con riesgo de sobrepeso, y se puede evidenciar la presencia mínima de niños en sobrepeso y emaciado.

Estos resultados concuerdan con un estudio realizado en Cuenca en el 2011 en el centro de desarrollo infantil el Arenal en una investigación en el que “Implementaron un

proceso de detección oportuna de problemas de crecimiento y desarrollo psicomotor de los niños” obteniendo que de un total de 45 niños el 91% presentaron un estado nutricional normal y un 9% sobrepeso. (30)

Estos resultados tienen similitud con un estudio realizado en el centro infantil del buen vivir “Caranqui” en Ibarra en el 2015-2016 donde se evaluó el desarrollo psicomotor de niños de 0 a 3 años obteniéndose que un 77 % de los niños se encuentran en un estado nutricional normal. (31)

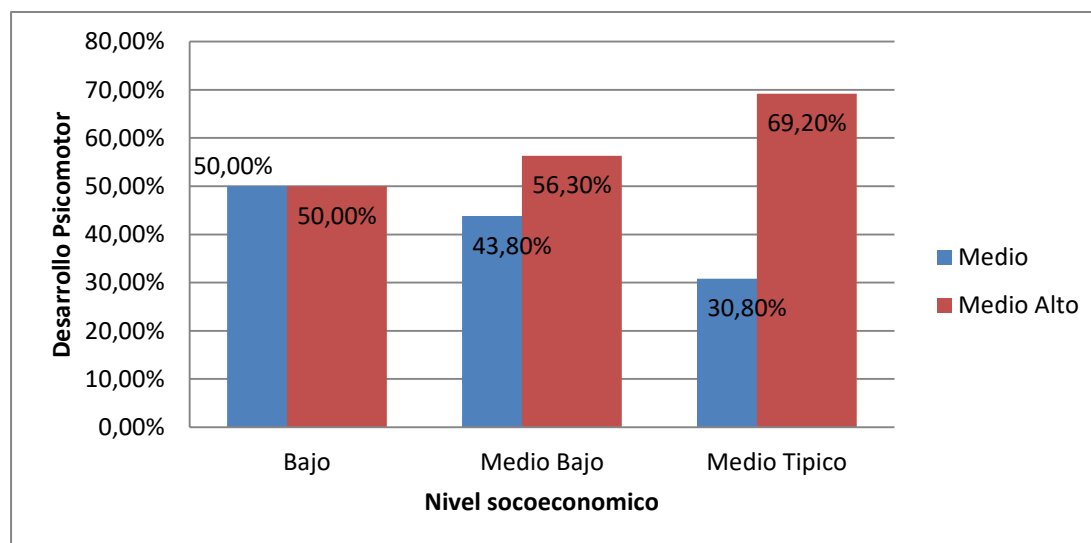
Lo cual nos da entender que reciben una cantidad y calidad de alimentación necesaria con respecto a su edad.

Tabla N° 10 Distribución de la población según el nivel Socioeconómico y Desarrollo Psicomotor

Nivel Socioeconómico	Desarrollo psicomotor		Total
	Medio	Medio Alto	
Bajo	1	1	2
	50,0%	50,0%	100,0%
Medio bajo	7	9	16
	43,8%	56,3%	100,0%
Medio típico	4	9	13
	30,8%	69,2%	100,0%
Total	12	19	31
	38,7%	61,3%	100,0%

Fuente: Encuesta de estratificación del Nivel Socioeconómico y escala de desarrollo del Dr. Nelson Ortiz.
Responsable: Tipantuña Jacqueline.

Gráfico N° 10 Distribución de la población según el nivel Socioeconómico y Desarrollo Psicomotor



Fuente: Encuesta de estratificación del Nivel Socioeconómico y escala de desarrollo del Dr. Nelson Ortiz.
Responsable: Tipantuña Jacqueline.

En la tabla y gráfico 10 se observa la distribución de la población según el nivel Socioeconómico y Desarrollo Psicomotor, se evidencia que el nivel de desarrollo psicomotor Medio y Medio Alto que son considerados como niveles aceptables o con normalidad se encuentra en cada nivel socioeconómico Bajo, Medio Bajo, Medio Típico observándose que el nivel Medio Alto del desarrollo psicomotor se ubica en mayor porcentaje en el nivel

socioeconómico Medio Bajo y Medio Típico. Este resultado es similar al que se encontró haciendo una recopilación de información de algunos de los proyectos pertenecientes al macro proyecto de la Universidad Técnica del Norte 2015-2016 elaborado por Bombón, M. donde se reflejó que el desarrollo psicomotor es independiente del nivel socioeconómico sin embargo estos resultados difieren a un estudio realizado de la “Influencia del nivel socioeconómico familiar sobre el desarrollo psicomotor de niños y niñas de 4 a 5 años de edad de la ciudad de Talca – Chile” que evaluó el desarrollo psicomotor a un grupo sujetos por medio de la aplicación de la batería TEPSI para determinar el nivel socioeconómico se aplicó una encuesta sociodemográfica a los padres y/o tutores de los estudiantes; en tal sentido, el nivel socioeconómico fue operacional izado en dos variables específicas: el ingreso per cápita y el nivel educacional del jefe/a de hogar. De este modo, en base a los resultados, se concluyó que el nivel socioeconómico influye sobre el desarrollo psicomotor.

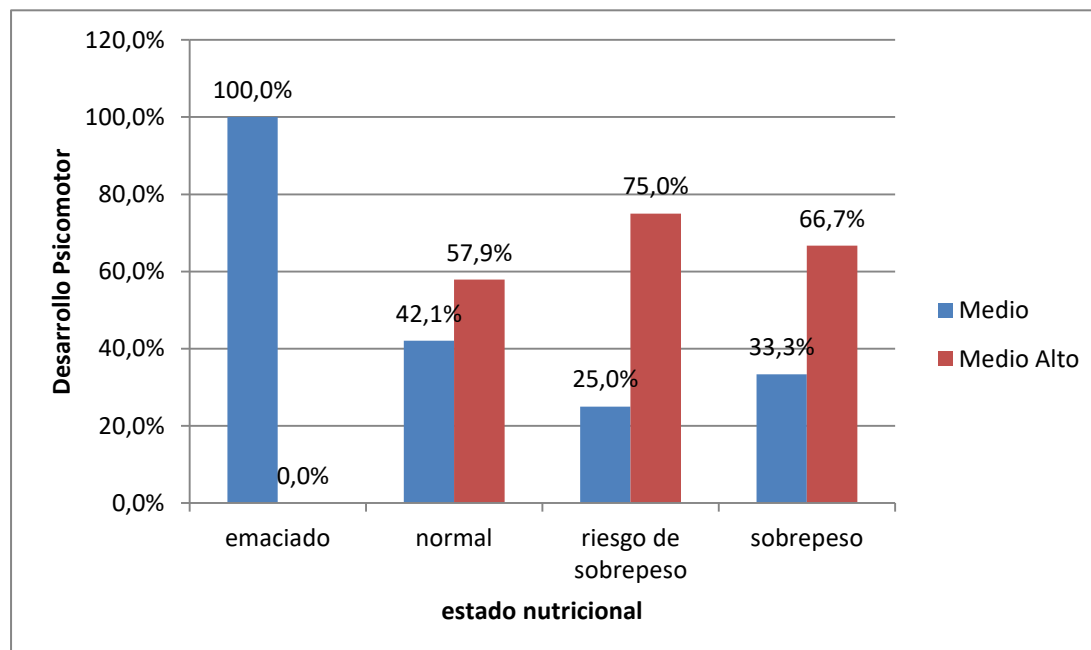
En base a los resultados de la presente investigación, se concluyó que el nivel socioeconómico no influye sobre el desarrollo psicomotor. (34)

Tabla N° 11 Distribución de la población según el estado Nutricional y el Desarrollo Psicomotor.

Estado nutricional	Desarrollo psicomotor		Total
	Medio	Medio Alto	
Emaciado	1	0	1
	100,0%	0,0%	100,0%
Normal	8	11	19
	42,1%	57,9%	100,0%
riesgo de sobrepeso	2	6	8
	25,0%	75,0%	100,0%
Sobrepeso	1	2	3
	33,3%	66,7%	100,0%
Total	12	19	31
	38,7%	61,3%	100,0%

Fuente: Protocolo de Atención y Manual de Consejería para el crecimiento del niño/a del Ministerio de Salud Pública y la Escala de desarrollo de Dr. Nelson Ortiz
Responsable: Tipantuña Jacqueline.

Gráfico N° 11 Distribución de la población según el estado Nutricional y el Desarrollo Psicomotor



Fuente: Protocolo de Atención y Manual de Consejería para el crecimiento del niño/a del Ministerio de Salud Pública y la Escala de desarrollo de Dr. Nelson Ortiz.
Responsable: Tipantuña Jacqueline.

En la tabla y gráfico 11 se puede evidenciar la distribución de la población según el estado nutricional y el desarrollo psicomotor, donde se observó que el nivel Medio Alto del desarrollo psicomotor es el más representativo en los estado nutricional normal, riesgo de sobrepeso y sobrepeso, y también podemos observar que el nivel Medio del desarrollo psicomotor existe en pequeños porcentajes en los estado nutricional de normal, riesgo de sobrepeso y sobrepeso y encontrando a un solo niño con un nivel de desarrollo psicomotor medio en emaciado. Este resultado es similar a un estudio encontrado en la recopilación de información de algunos de los proyectos pertenecientes al macro proyecto de la Universidad Técnica del Norte 2015-2016 elaborado por Bombón, M. donde se reflejó que el desarrollo psicomotor no guarda relación con el estado nutricional. Sin embargo estos resultados difieren a un estudio realizado en Guano en el 2015, acerca del “Estado nutricional y su relación con el desarrollo psicomotriz en niños de primero y segundo año de educación básica en la escuela Jorge Isaac Cabezas” La comprobación se realizó mediante la aplicación de la prueba de Chi Cuadrado, lo que demostrar la significación estadística de la variable dependiente con relación a la independiente, por lo que puede decirse que el estado nutricional influye en el desarrollo psicomotor.

Esta discrepancia de resultados puede deberse a que cada centro educativo tiene distintos reglas alimenticias.

4.2. Respuesta a las preguntas.

¿Cuál es el porcentaje según género y edad los niños de 0 a 3 años que asisten al Centro de desarrollo infantil del buen vivir “Simón Bolívar” del Cantón Ibarra, Provincia de Imbabura?

Para determinar el género y la edad en esta investigación se implementó la escala abreviada del desarrollo del Dr. Nelson Ortiz. En el cual se obtuvo en cuanto a género que el 39% pertenece al género femenino seguido de 61% del género masculino, siendo el género masculino el de mayor predominio, y en cuanto a la edad por meses se observó que no existen menores de 1 a 12 meses, que la mayoría se encuentra entre 13 a 36 meses y se observa que predomina el rango de 25 a 36 meses con un número de 19 niños correspondiente al 61% de la población.

¿Cuál es el resultado de la evaluación del desarrollo psicomotor de la población de estudio?

Al obtener la evaluación del desarrollo psicomotor de la población, se evidenció que los niños y niñas se encuentran en un nivel medio y medio alto, notándose la ausencia en alerta y alto.

¿Cuál es el nivel socioeconómico y el estado nutricional de los niños/as de 0 – 3 años en el Centro Infantil del Buen Vivir “Simón Bolívar” cantón Ibarra provincia de Imbabura?

El nivel socioeconómico de las familias pertenecientes al centro infantil se determinó mediante la encuesta de estratificación del nivel socioeconómico del Instituto Nacional de Estadística Censo Ecuador 2011, y se pudo evidenciar que el grupo en estudio pertenecen a

un nivel socioeconómico medio bajo con el porcentaje más alto, seguida del nivel medio típico y un porcentaje mínimo en el nivel bajo y medio alto. En cuanto al estado nutricional, se observó que un grupo mayoritario están estado nutricional normal.

¿Cuál es la descripción del desarrollo psicomotor según el nivel socioeconómico y el estado nutricional del grupo de estudio?

Al describir el desarrollo psicomotor según el nivel socioeconómico observamos que el nivel de desarrollo psicomotor Medio y Medio Alto se encuentra en cada nivel socioeconómico Bajo, Medio Bajo, Medio Típico observándose que el nivel Medio Alto del desarrollo psicomotor se ubica en mayor porcentaje en el nivel socioeconómico Medio Bajo y Medio Típico.

En cuanto a la descripción del desarrollo psicomotor con el estado nutricional se observa que en el estado nutricional normal, riesgo de sobrepeso y sobrepeso existe un nivel del desarrollo psicomotor medio alto con mayor porcentaje.

4.3. Conclusiones

- En el Centro Infantil “Simón Bolívar” se determinó que el género masculino supera en número al género femenino, y la distribución de la población según el rango de edad oscila entre los 25 a 36 meses.
- En lo que se refiere a la evaluación del desarrollo psicomotor se observó que la población estudiada se encuentra entre los niveles de medio y medio alto, con ausencia de los niveles de alerta y alto.
- El nivel socioeconómico de la población estudiada, se encuentran entre los niveles de medio típico y medio bajo. En cuanto al estado nutricional un grupo mayoritario se encuentran en un estado normal.
- La descripción del desarrollo psicomotor según nivel socioeconómico y el estado nutricional, se observó que predomina el nivel medio alto en cada nivel socioeconómico y estado nutricional.

4.4 Recomendaciones.

- Las unidades de salud a las cuales pertenecen los diferentes Centro Infantiles del Buen Vivir, debería realizar evaluaciones periódicas del desarrollo psicomotor con un equipo multidisciplinario, a fin de detectar precozmente cualquier alteración en el desarrollo psicomotor y de esta forma poder realizar acciones de intervención adecuadas en los niños.
- Se debería incluir en las unidades de salud como parte del equipo multidisciplinario de trabajo, al menos un terapeuta de lenguaje, físico y ocupacional, que realizarían estimulación temprana en aquellos niños donde se detecten áreas con alerta o problemas concretos del desarrollo psicomotor una vez evaluados.
- Se recomendaría realizar charlas o conferencias acerca del desarrollo de los niños en el primer ciclo de vida a los padres, con el fin de que estén en alerta, si se presenta alguna alteración.
- Los nutricionistas de las unidades de salud deberían realizar evaluaciones periódicas del estado nutricional de los niños de los CIBV y realizar seguimiento de aquellos con alteraciones, así como brindar orientación nutricional a la familia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Garaigordobil M. [Online].; 1999 [cited 2015 sep 28. Available from: http://www.sc.ehu.es/ptwgalam/art_completo/psicomotri.PDF.
2. Rosa Ramos FCMPMTSCRBUVKTDCC. Predicción del desarrollo mental a los 20 meses de edad por medio de la evaluación del desarrollo psicomotor a los seis meses de vida en niños sanos. 2008; vol.31.
3. Viteri PDFE. Herramientas de Screening del Desarrollo Psicomotor en Latinoamérica. 2010; v.81.
4. UISA SCHONHAUT B. IAR. Aplicabilidad del Ages & Stages Questionnaires para el tamizaje del desarrollo psicomotor. 214; vol.85.
5. Rivera Pb.
space.unitru.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/223/BlasRivera_P.pdf?sequence=1&isAllowed=y. [Online].; 2013 [cited 2015 septiembre 01. Available from: space.unitru.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/223/BlasRivera_P.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
6. Mayra chacha MC.
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21317/1/TESIS.pdf>. [Online].; 2015 [cited 2015 julio 15.
7. OCHOA CSS. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20562/1/tesis.pdf>. [Online].; 2014 [cited 2016 julio 8.
8. Cristina R. <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/4013>. [Online].; 2014 [cited 2016 julio 6.
9. Vericat A, Orden AB. El desarrollo psicomotor y sus alteraciones: entre lo normal y lo patológico. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013 Oct; 18(2977-2984).
10. Madrona PG. Desarrollo psicomotor en educación infantil (0-6 años). segunda

edición ed. wanceulen , editor. Madrid: deportiva S.L; 2010.

11. R. Cano-de la Cuerda AMSCT. Teoría modelo de control y aprendizaje motor Aplicaciones clínicas en neurorehabilitación. EL SEIVER. 2015 ENERO - FEBRERO; 30(1).
12. Gloria Cabezuelo Huerta PFI. El desarrollo psicomotor: Desde la infancia hasta la adolescencia. Primera ed. Madrid- España: Narcea S.A; 2010.
13. Marvic Bautista Melendrez TERHHC. Calidad del cuidado de enfermería y la evaluación del desarrollo psicomotor del niño menor de cinco años en el Centro de Salud “Virgen del Carmen” La Era, Lurigancho Chosica - Lima. Revista Científica de Ciencias de la Salud. 2015 Mayo ; 1(86).
14. MEDINA ESPEJO , LEYTON K. [Online].; 2011 [cited 2016 septiembre 12. Available from: <http://moverseenlibertad.cl/wp-content/uploads/2012/05/Impacto-Moverse-en-Libertad-Parte-1.pdf>.
15. Chacha XM, Crespo MG. [Online].; 2015 [cited 2016 septiembre 24. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21317/1/TESIS.pdf>.
16. MJ Martínez González. 2014. [Online]. [cited 2015 10 14].
17. Metayer ML. REEDUCACION CEREBROMOTRIZ DEL NIÑO PEQUEÑO. Primera ed. Barcelona: MASSON; 1995.
18. Pública MdSdE. [PROTOCOLO DE ATENCIÓN Y MANUAL DE CONSEJERÍA para el crecimiento del niño y la niña].; 2011 [cited 2016 01 04. Available from: <http://www.salud.gob.ec/>.
19. Agustina V. Herramientas de Screening del Desarrollo Psicomotor en Latinoamérica. Scielo. 2010 octubre; 81(5).
20. Alvarado MdlÁM. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO MOTOR. 2002.

21. Pinilla DNO. [Online].; 1999 [cited 2016 Enero 5. Available from:
<http://www.envigado.gov.co/Secretarias/SecretariadeSalud/documentos/Prestacion%20de%20servicios/ciclo%20de%20capacitaciones/crecimiento%20y%20desarrollo/ESCALA%20ABREVIADA%20DE%20DESARROLLO%20UNICEF%20COLOMBIA.pdf>.
22. comercio E. El comercio.com. [Online].; 2011 [cited 2011 enero 09. Available from:
<http://www.elcomercio.com/actualidad/negocios/nivel-socioeconomico-no-se-define.html>.
23. Mercurio. EL MERCURIO DIARI INDEPENDIENTE. [Online].; 2016 [cited 2009 enero 3. Available from: <http://www.elmercurio.com.ec/221431-inec-realizara-primera-estratificacion-socioeconomica-del-ecuador/#.VrqCblJ7HgY>.
24. INEC. [Online].; 2011 [cited 2016 enero 7. Available from:
http://www.inec.gob.ec/estadisticas/?option=com_content&view=article&id=112&Itemid=90&.
25. Nacional C. [Online].; 2007. Available from:
http://www.oei.es/quipu/ecuador/Cod_ninez.pdf.
26. Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013. [Online].; 2016. Available from:
<http://plan.senplades.gob.ec/objetivos-nacionales-de-desarrollo-humano;jsessionid=49D0F10D657C9B0956745BAD94D9F4F.nodeaplan>.
27. www.lexis.com.ec. [Online].; 2011. Available from:
http://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf.
28. derechoecuador. [Online].; 2013. Available from:
<http://www.derechoecuador.com/articulos/detalle/archive/doctrinas/derechodelaninezylaadolescencia/2005/12/07/normas-legales-sobre-el-principio-del-intereacutes-superior-del-nintildeo>.
29. Ibarra. GAddSMd. http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/PDOT/ZONA1/NIVEL_DEL_PDOT_CANTONAL/IMBABURA/IBARRA/INFORMACION_GAD/01%20CANTON%20IBARRA_PDOT/1%20Plan%20de%20Desarrollo%20y%20Ordenamiento%20Territorial%20del%20Cant%C3%B3n%20I

barra/PARTE%201%20-%20PLAN%20IBARRA%202031.p. [Online].; 2015.

30. Castro DM. Implementar un proceso de detención oportuna del problema del crecimiento y desarrollo Psicomotriz de los niños del centro de desarrollo infantil el arenal. 2011.
31. Paols P. : “EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS/AS DE 0 – 3 AÑOS DEL CENTRO INFANTIL DEL BUEN VIVIR “CARANQUI” CANTON IBARRA, PROVINCIA DE IMBABURA PERIODO 2015 – 2016. 2016..
32. Nancy C. <http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/7725>. [Online].; 2014 [cited 2016 junio 12].
33. Piedra K. <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/4014/1/10613.pdf>. [Online].; 2014 [cited 2016 junio 9].
34. Rosario Spencer Contreras MVA. INFLUENCIA DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO FAMILIAR. 2011; Vol. 20.
35. Marian Garrido Eguizábal ARRRRR. El Niño de 0 a 3 años Guía de Atención Primaria. Revista La Rioja. 2008 Septiembre; 1(8).
36. Explored. [Online].; 2015. Available from: <http://www.explored.com.ec/ecuador/consti/titu34e.htm>.
37. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación cuarta edición México D.F.: McGraw-Hill/Interamericana editores, S.A; 2006.
38. Secretos para Contar. [Online].; 2011 [cited 2016 01 05. Available from: <http://www.secretosparacontar.org/Lectores/Contenidosytemas/Qu%C3%A9escrecimientoydesarrollo.aspx?CurrentCatId=27>.
39. Cabezuelo G, Frontera P. EL desarrollo Psicomotor desde la Infancia hasta la adolescencia España: NARCEA.S.A. DE EDICIONES ; 2010.

40. Molina R. Innovación y experiencias educativas. [Online].; 2009 [cited 2016 01 16]. Available from: http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_15/REMEDIOS_MOLINA_2.pdf.
41. Madrona G. Desarrollo Psicomotor en Educación Infantil 0 a 6 años Argentina: Editorial Deportiva Wanceulen; 2010.
42. Japa M. [Online].; 2013 [cited 2016 01 25. Available from: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/71/1/TESIS%20lista,%20Margarita%20Japa.pdf>.
43. Londoño L. Protocolo de Crecimiento y Desarrollo. [Online].; 2010 [cited 2016 01 25. Available from: www.utp.edu.co/maternoinfantil/protocolo.pdf.
44. Vericat A, Bibiana A. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. [Online].; 2013 [cited 2016 01 26. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63028210023>.
45. Barbecho MC, Chuisaca N, Tapay NR. [Online].; 2010 [cited 2015 09 20. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3670/1/ENF09.pdf>.
46. León DBC. Desarrollo Psicomotor. Revista Mexicana de Medicina y Rehabilitación. 2002 Abril - Diciembre; 2 - 4(14).
47. Belén F. Fundación Belén. [Online].; 2016 [cited 2016. Available from: <http://fundacionbelen.org/taller-padres/etapas-del-desarrollo-cognitivo-cero-tres-anos/>.
48. Salgado TOP. Desarrollo Motor Normal. Children's Neurologic. 2007 Marzo .
49. Bly L. Componentes del Desarrollo Motor Típico y Atípico Herzberg O, editor. Santiago de Chile: Copyright; 1983.
50. Perpinya MJCyA. Psicotricidad en la Educación Infantil. 1st ed. Viano V, editor.

Barcelona España : www.editorialceac.com; 2003.

51. Bly L. Componentes del desarrollo motor típico y atípico. 1st ed. Herzberg KO, editor. Santiago de Chile: Copyright; 1983/ 2011.
52. Thomas Road. Crecimiento y Desarrollo. Phoenix children´s Hospital. 2007.
53. Rodríguez G, Gil J, García E. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA Granada (España): Aljibe; 1996.
54. Sampieri DRH. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN. Quinto Edición ed. Chacón JM, editor. Mexico : McGRAW-HILL / INTERAMERICANA; 2010.
55. Salkind N. Métodos de Investigación tercera edición Mexico: PRENTICE HALL; 1999.
56. EDIBOSCO Edrd. metodología de la Ivestigación científica Cuenca: Edibosco; 1992.
57. Centro de Investigación en Matemáticas, A.C. [Online].; 2005 [cited 2015 12 07]. Available from: <http://www.cimat.mx/es/node/798>.

ANEXOS

ANEXO 1. Encuesta de estratificación del Nivel Socioeconómico



Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico

Conozca el nivel socioeconómico de su hogar

Marque una sola respuesta con una (x) en cada una de la siguientes preguntas:

Características de la vivienda		puntajes finales
1 ¿Cuál es el tipo de vivienda?		
Suite de lujo	<input type="checkbox"/>	59
Cuarto(s) en casa de inquilinato	<input type="checkbox"/>	59
Departamento en casa o edificio	<input type="checkbox"/>	59
Casa/Villa	<input type="checkbox"/>	59
Mediagua	<input type="checkbox"/>	40
Rancho	<input type="checkbox"/>	4
Choza/ Covacha/Otro	<input type="checkbox"/>	0
2 El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:		
Hormigón	<input type="checkbox"/>	59
Ladrillo o bloque	<input type="checkbox"/>	55
Adobe/ Tapia	<input type="checkbox"/>	47
Caña revestida o bahareque/ Madera	<input type="checkbox"/>	17
Caña no revestida/ Otros materiales	<input type="checkbox"/>	0
3 El material predominante del piso de la vivienda es de:		
Duela, parquet, tablón o piso flotante	<input type="checkbox"/>	48
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón	<input type="checkbox"/>	46
Ladrillo o cemento	<input type="checkbox"/>	34
Tabla sin tratar	<input type="checkbox"/>	32
Tierra/ Caña/ Otros materiales	<input type="checkbox"/>	0
4 ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha	<input type="checkbox"/>	12
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/>	24
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/>	32
5 El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:		
No tiene	<input type="checkbox"/>	0
Letrina	<input type="checkbox"/>	15
Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada	<input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo ciego	<input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo séptico	<input type="checkbox"/>	22
Conectado a red pública de alcantarillado	<input type="checkbox"/>	38

Acceso a tecnología		puntajes finales
1 ¿Tiene este hogar servicio de internet?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	45
2 ¿Tiene computadora de escritorio?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	35
3 ¿Tiene computadora portátil?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
4 ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?		
No tiene celular nadie en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 celular	<input type="checkbox"/>	8
Tiene 2 celulares	<input type="checkbox"/>	22
Tiene 3 celulares	<input type="checkbox"/>	32
Tiene 4 ó más celulares	<input type="checkbox"/>	42

Posesión de bienes		puntajes finales
1 ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	19
2 ¿Tiene cocina con horno?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	29
3 ¿Tiene refrigeradora?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	30
4 ¿Tiene lavadora?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18
5 ¿Tiene equipo de sonido?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18
6 ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?		
No tiene TV a color en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 TV a color	<input type="checkbox"/>	9
Tiene 2 TV a color	<input type="checkbox"/>	23
Tiene 3 ó más TV a color	<input type="checkbox"/>	34
7 ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene vehículo exclusivo para el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	6
Tiene 2 vehículos exclusivos	<input type="checkbox"/>	11
Tiene 3 ó más vehículos exclusivos	<input type="checkbox"/>	15

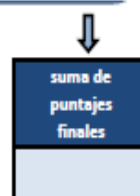
Hábitos de consumo		puntajes finales
1 ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	6
2 ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	26
3 ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	27
4 ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	28
5 Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	12

Nivel de educación		puntajes finales
1 ¿Cuál es el nivel de instrucción del Jefe del hogar?		
Sin estudios	<input type="checkbox"/>	0
Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	21
Primaria completa	<input type="checkbox"/>	39
Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>	41
Secundaria completa	<input type="checkbox"/>	65
Hasta 3 años de educación superior	<input type="checkbox"/>	91
4 ó más años de educación superior (sin post grado)	<input type="checkbox"/>	127
Post grado	<input type="checkbox"/>	171

Actividad económica del hogar		puntajes finales
1 ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
2 ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	55
3 ¿Cuál es la ocupación del Jefe del hogar?		
Personal directivo de la Administración Pública y de empresas	<input type="checkbox"/>	76
Profesionales científicos e intelectuales	<input type="checkbox"/>	69
Técnicos y profesionales de nivel medio	<input type="checkbox"/>	46
Empleados de oficina	<input type="checkbox"/>	31
Trabajador de los servicios y comerciantes	<input type="checkbox"/>	18
Trabajador calificados agropecuarios y pesqueros	<input type="checkbox"/>	17
Oficiales operarios y artesanos	<input type="checkbox"/>	17
Operadores de instalaciones y máquinas	<input type="checkbox"/>	17
Trabajadores no calificados	<input type="checkbox"/>	0
Fuerzas Armadas	<input type="checkbox"/>	54
Desocupados	<input type="checkbox"/>	14
Inactivos	<input type="checkbox"/>	17

Según la suma de puntaje final (Umbrales),
identifique a que grupo socioeconómico pertenece su hogar:

Grupos socioeconómicos	Umbrales
A (alto)	De 845,1 a 1000 puntos
B (medio alto)	De 696,1 a 845 puntos
C+ (medio típico)	De 535,1 a 696 puntos
C- (medio bajo)	De 316,1 a 535 puntos
D (bajo)	De 0 a 316 puntos



ANEXO 2. Escala abreviada de desarrollo del Dr. Nelson Ortiz (Ministerio de Salud – Nelson Ortiz – Noviembre 1999)

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 normatizado a nivel nacional con el apoyo técnico y financiero de UNICEF.

ESCALA ABREVIADA DE DESARROLLO (EAD 1)

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

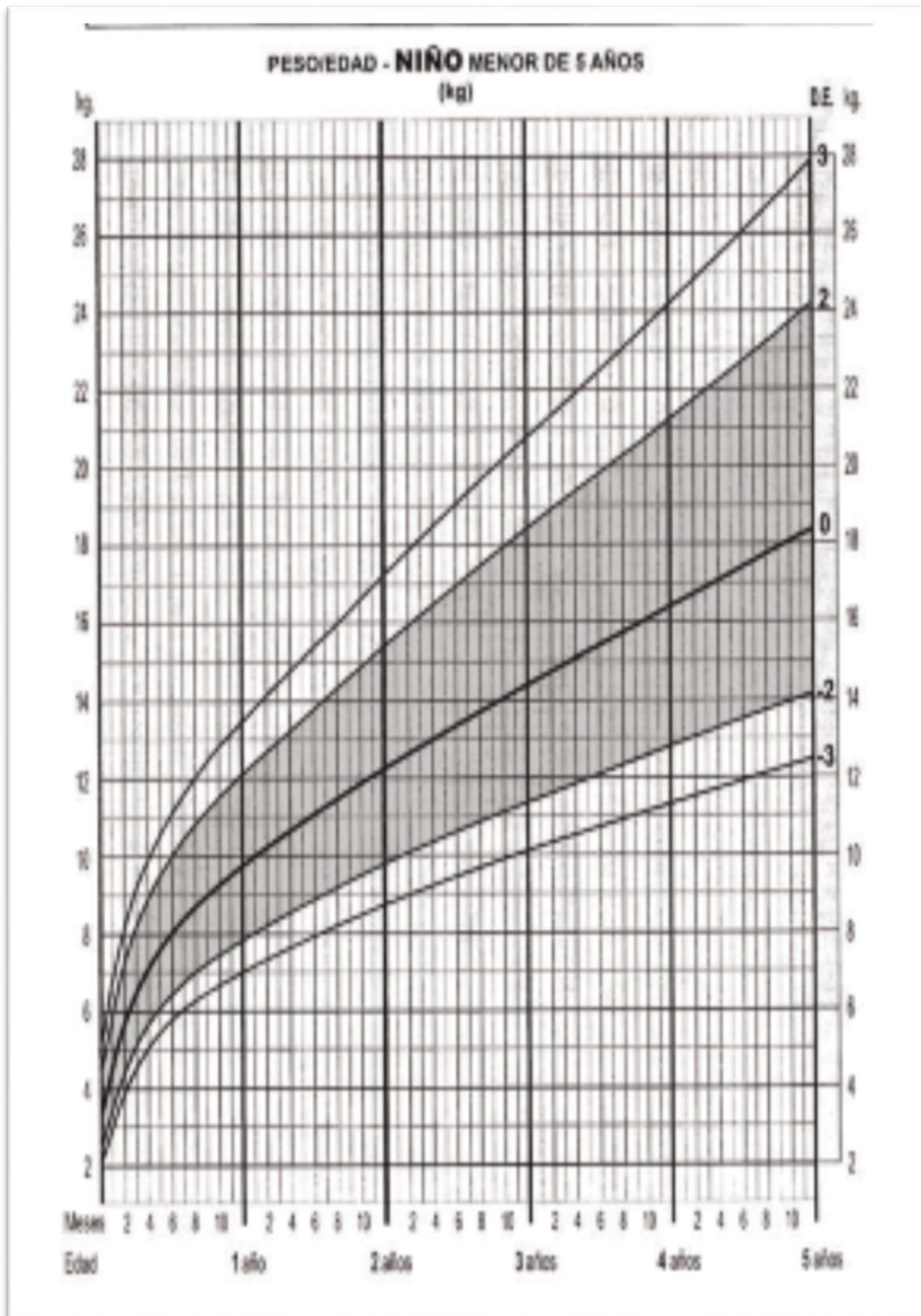
Rango O Grupos	I T E M	A MOTRICIDAD GRUESA	Anote Edad en meses para cada evaluación			Rango O Grupos	I T E M	B MOTRICIDAD FINO ADAPTATIVA	Anote Edad en meses para cada evaluación		
37 a 48	22	Camina en punta de pies.				37 a 48	22	Figura humana rudimentaria I			
	23						23	Corta papel con las tijeras.			
	24	Se para en un solo pie. 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						26	Agrupar color y forma.			
	27	Tres o más pasos en un pie. Hace rebotar y agarra la pelota.					27	Dibuja escalera imita.			
61 a 72	28	Salta a pies juntillas cuerda a 25 cms.				61 a 72	28	Agrupar por color forma y tamaño			
	29	Hace caballitos alternando los pies.					29	Reconstruye escalera 10 cubo. Dibuja casa.			
	30	Salta desde 60 cms. de altura.					30				

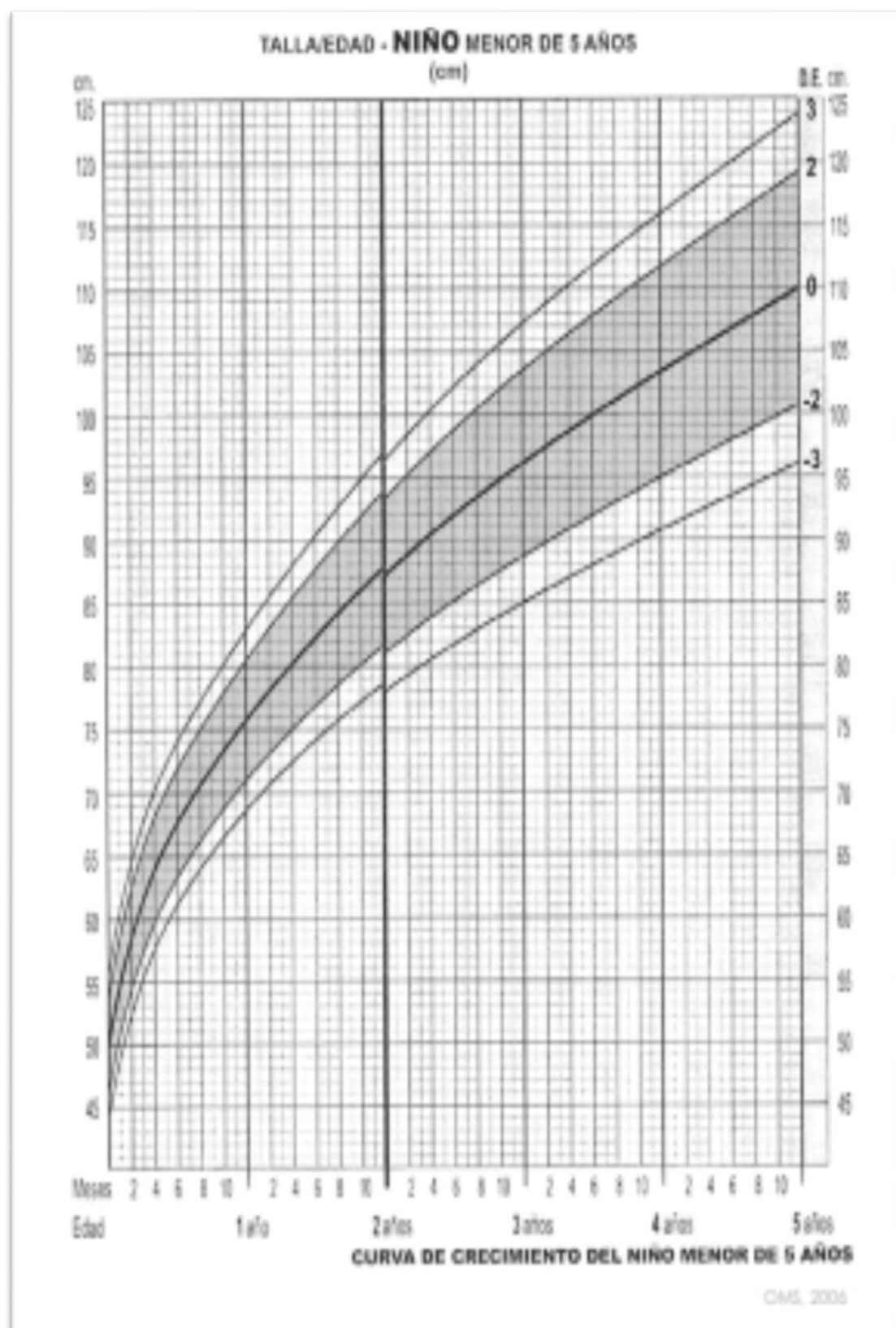
ESCALA ABREVIADA DE DESARROLLO (EAD 1)

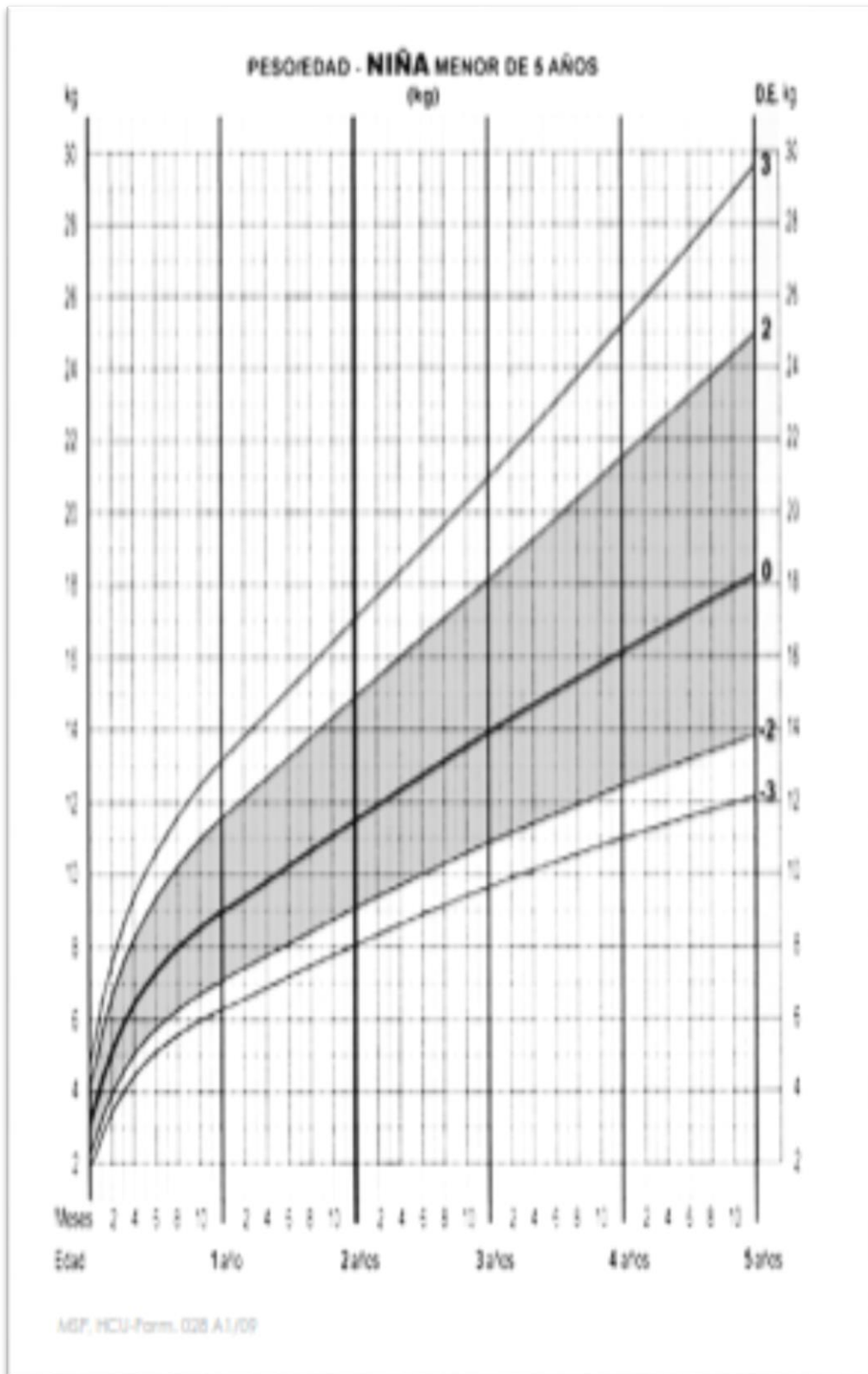
Rango edad	ITEM	C AUDICION LENGUAJE	Anote Edad en meses para cada evaluación				ITEM	Rango edad	D PERSONAL SOCIAL	Anote Edad en meses para cada evaluación			
>1	0	Se sobresalta con ruido					>1	0	Sigue movimiento del rostro.				
1 a 3	1	Busca sonido con la mirada					1	1	Reconoce a la madre.				
	2	Dos sonidos guturales diferentes.					3	2	Sonríe al acariciarlo.				
	3	Balbucea con las personas.					3	3	Se voltea cuando se le habla.				
4 a 6	4	4 o más sonidos diferentes.					4	4	Coge manos del examinador.				
	5	Ríe a "carcajadas".					5	5	Acepta y coge juguete.				
	6	Reacciona cuando se le llama.					6	6	Pone atención a la conversación.				
7 a 9	7	Pronuncia 3 o mas sílabas.					7	7	Ayuda a sostener taza para beber.				
	8	Hace sonar la campana.					9	8	Reacciona imagen en el espejo.				
	9	Una palabra clara.					9	9	Imita aplausos.				
10 a 12	10	Niega con la cabeza.					10	10	Entrega juguete al examinador.				
	11	Llama a la madre o acompañante.					11	11	Pide un juguete u objeto.				
	12	Entiende orden sencilla					12	12	Bebe en taza solo.				
13 a 18	13	Reconoce tres objetos					13	13	Señala una prenda de vestir.				
	14	Combina dos palabras.					14	14	Señala dos partes del cuerpo.				
	15	Reconoce seis objetos.					18	15	Avisa higiene personal.				
19 a 24	16	Nombra cinco objetos.					19	16	Señala 5 partes del cuerpo.				
	17	Usa frases de tres palabras.					17	17	Trata de contar experiencias.				
	18	Mas de 20 palabras claras.					24	18	Control diurno de la orina.				
25 a 36	19	Dice su nombre completo.					25	19	Diferencia niño-niña.				
	20	Conoce alto-bajo, grande-pequeño.					20	20	Dice nombre papá y mamá.				
	21	Usa oraciones completas.					36	21	Se baña solo manos y cara.				

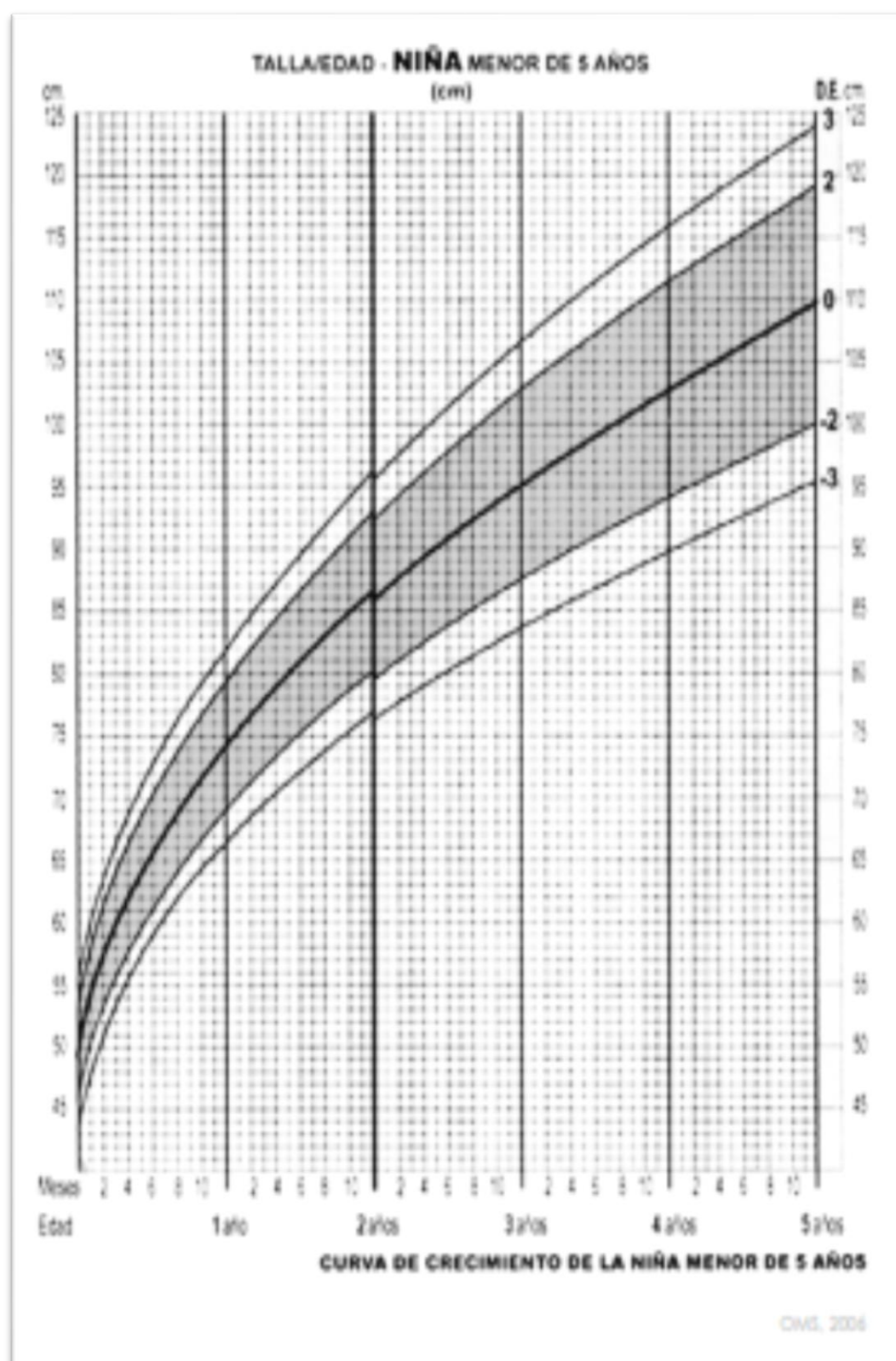
Rango edad	ITEM	C AUDICION LENGUAJE	Anota Edad en meses para cada evaluación			ITEM	Rango edad	D PERSONAL SOCIAL	Anota Edad en meses para cada evaluación		
37 a 48	22	Define por uso cinco objetos.				37 a 48	22 23 24	Puede desvestirse solo. Comparte juego con otros niños. Tiene amigo especial.			
	23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

ANEXO 3. Curvas de crecimiento del niño menor de 5 años.

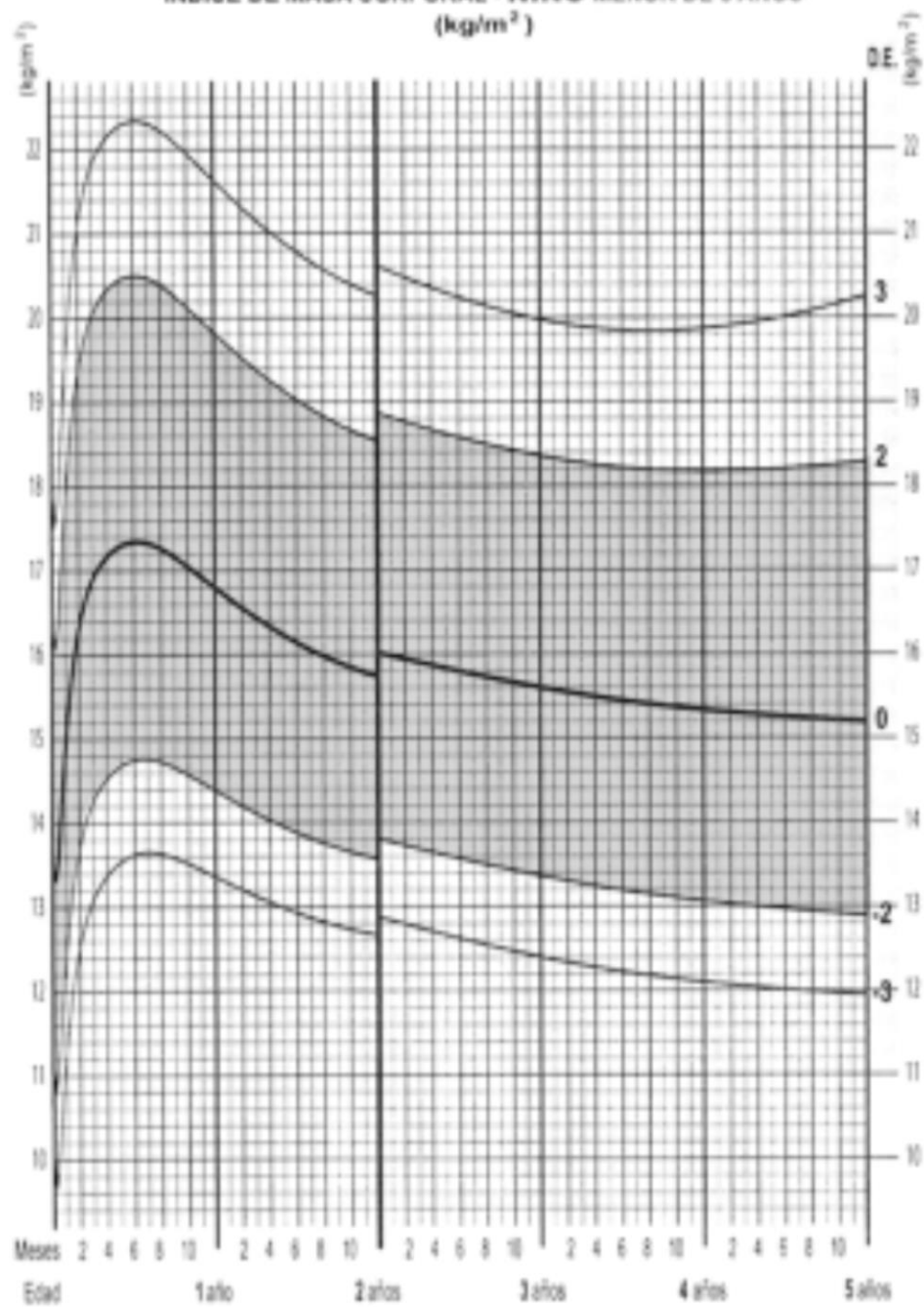






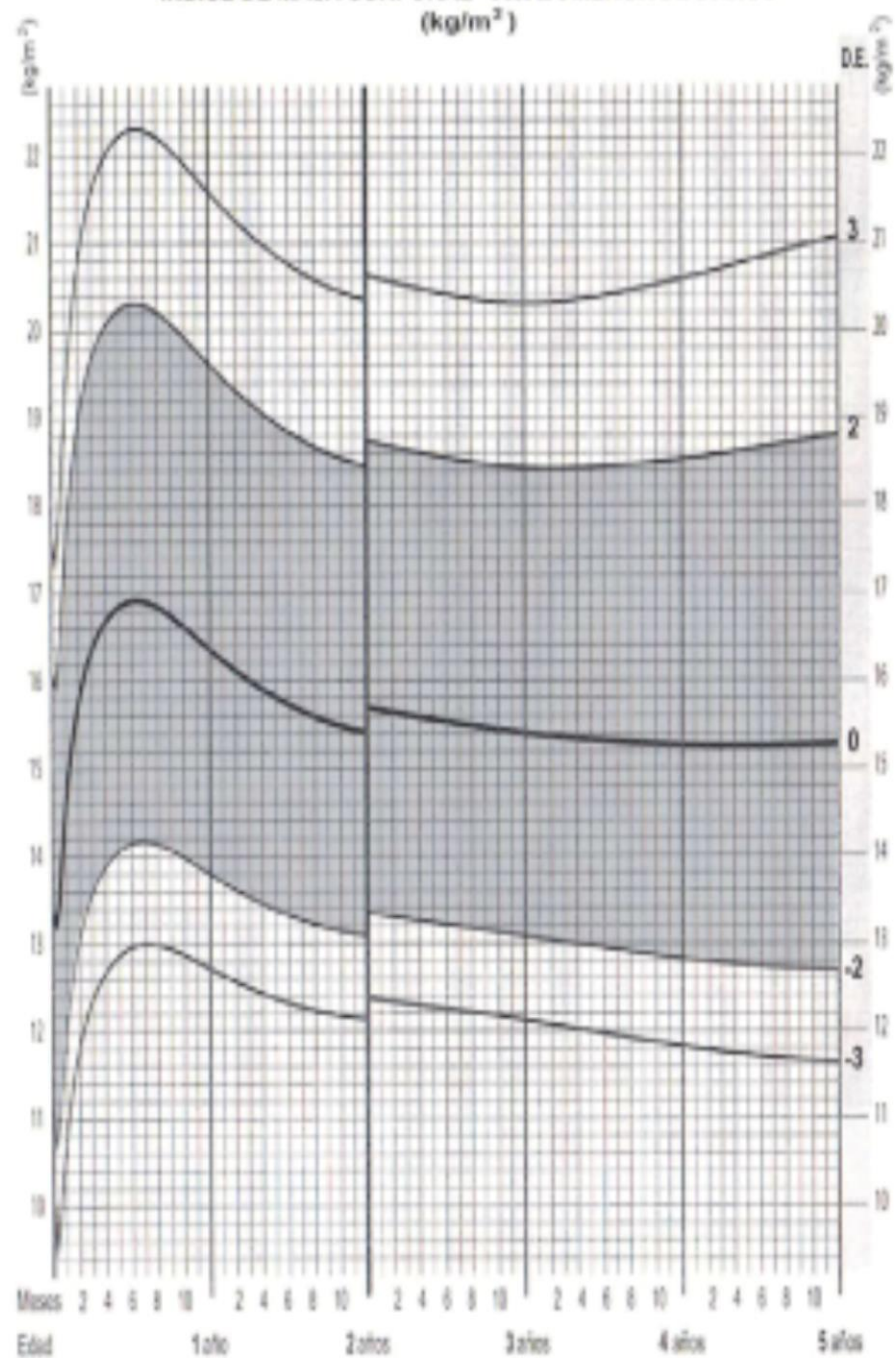


ÍNDICE DE MASA CORPORAL - NIÑO MENOR DE 5 AÑOS
(kg/m²)



CURVA DE CRECIMIENTO DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

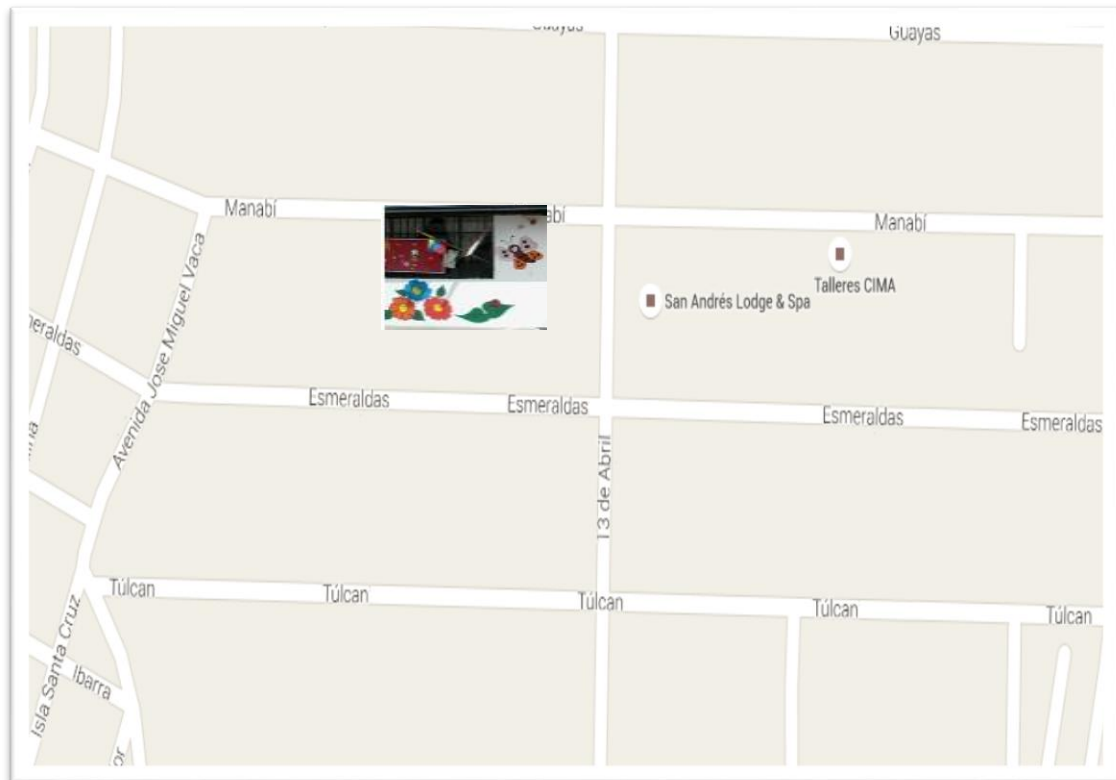
ÍNDICE DE MASA CORPORAL - NIÑA MENOR DE 5 AÑOS
(kg/m²)



CURVA DE CRECIMIENTO DE LA NIÑA MENOR DE 5 AÑOS

CMS, 2009

3.5 Imagen de la localización del Centro Infantil del Buen Vivir “Simón Bolívar”,



<https://www.google.com.es/maps/>
Responsable: Jaqueline Tipantuña

ANEXO 4. Fotográficas

Fotografía 1 Entrada del Centro Infantil del Buen Vivir “Simon Bolivar”.



Fotografía 2 infraestructura del Centro Infantil del Buen Vivir “Simon Bolivar” se aprecia el patio del centro.



Foto 3. Se aplica a uno de los niño la escala abreviada de desarrollo del Dr. Nelson Ortiz en el Centro Infantil del Buen Vivir “Simón Bolívar “



Foto 4 actividad en las aulas.

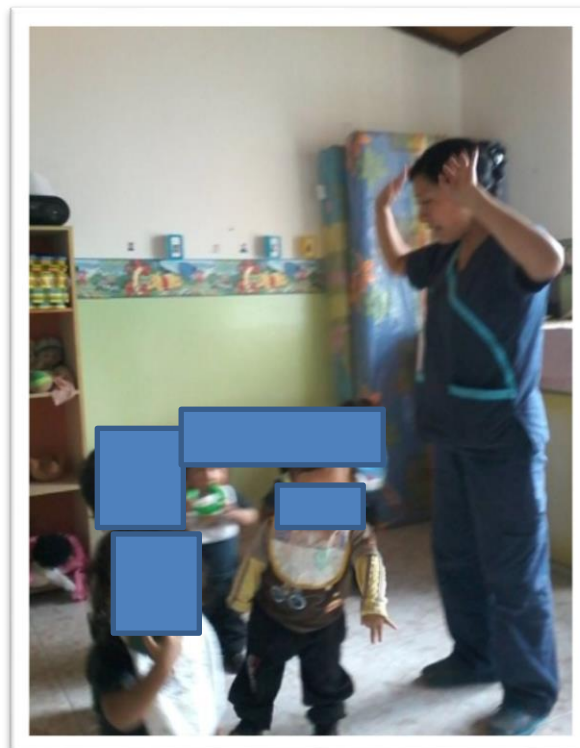


Foto 5 Aplicación a uno de niños de uno de los ítems de la escala abreviada de desarrollo de Dr. Nelson Ortiz que corresponde al área de motricidad gruesa



Foto 6 actividad recreativa andes de que los niños duerman.



Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS final.docx (D25122569)
Submitted: 2017-01-19 16:57:00
Submitted By: jaqueline.tipan@hotmail.com
Significance: 18 %

Sources included in the report:

Tesis final Patricia Cárdenas.docx (D18957492)
TESIS XIMENA RIVERA.docx (D18886986)
TESIS X IVO.docx (D21740892)
EVALUACIÓN DEL DESARROLLO urkund.docx (D21872964)
TESIS 1.docx (D18236401)
TESIS INÉS SANDOVAL.docx (D18355019)
TESIS URKUND.docx (D19133183)
05-01-2017.docx (D24743108)
tesis alejadnra mera.docx (D18356096)
<http://fundacionbelen.org/taller-padres/etapas-del-desarrollo-cognitivo-cero-tres-anos/>
<http://www.acedeecuador.org/index.php/marco-juridico>
<http://www.secretosparacontar.org/Lectores/Contenidosytemas/Qu%C3%A9%20es%20el%20desarrollo%20cognitivo%20de%20los%20ni%C3%B1os%20de%200%20a%203%20a%C3%B1os>
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63028210023>

Instances where selected sources appear:

111

*Doc. Tesis Reg. S.
23/01/17*

SUMMARY

The objective of this research was to evaluate the psychomotor development children of 0-3 years old from "Centro Infantil del Buen Vivir Simón Bolívar". This research was done considering gender and age, in addition to socio-economic level and their nutritional condition. Moreover, the psychomotor development was described according to the socio-economic level and the nutritional condition. The methodology used was a quality-quantitative approach, it was a descriptive and non-experimental type and a cross-sectional study. The Dr. Nelson Ortiz abbreviated Scale was applied, a survey of stratification was performed by "Instituto Nacional de Estadística y Censo", the medical record and the counseling manual for the children's growing (Ministry of Public health of Ecuador and National Coordination of nutrition). The results of the study were 31 girls and boys, according to the genre, male was predominant from 25 to 36 month, this level was superior, on the assessment of the global psychomotor development, the greatest number of the children were in a Medium-High level; in the social- economic level, more than a half of the population was in a Medium Low Level. Referring to the nutritional condition, they show normal conditions. According to the socio-economic level and their nutritional condition, the psychomotor development shows that the Medium High psychomotor development was a great percentage in each socio-economic and nutritional level.

Keywords: Psychomotor development, development, scale, socio-economic, level, nutritional status.

