



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

TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO LICENCIATURA EN TERAPIA
FÍSICA MÉDICA.

TEMA:

**“EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS/AS DE 0 A 3
AÑOS QUE ASISTEN AL CENTRO INFANTIL DEL BUEN VIVIR
“RETOÑITOS” EN LA CIUDAD DE IBARRA PROVINCIA DE IMBABURA
EN EL PERIODO 2015 - 2016.”**

AUTORA:

Catalina Maricela Bucheli Padilla

DIRECTOR DE TESIS:

Lcdo. Juan Carlos Vásquez.

IBARRA – ECUADOR

2017

APROBACIÓN DEL DIRECTOR

Yo, Lcdo. Juan Carlos Vásquez, en calidad de tutor de la tesis titulada: **EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS DEL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL DEL BUEN VIVIR “RETOÑITOS” EN LA CIUDAD DE IBARRA PROVINCIA DE IMBABURA** de autoría de Catalina Bucheli. Una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas certifico que está apta para su defensa, y para que sea sometida a evaluación de tribunales.

En la ciudad de Ibarra, a los 10 días del mes de octubre de 2017

Atentamente,



Lcdo. Juan Carlos Vásquez.

C.I.: 1001757614

DIRECTOR DE TESIS



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 CIUDADANÍA:	1002812293
APELLIDOS Y NOMBRES:	Bucheli Padilla Catalina Maricela
DIRECCIÓN:	Barrio Los Ceibos. Calle Rio Aguarico Vía Santa Rosa Conjunto Habitacional Bosque De Los Ceibos Casa 4k
EMAIL:	ktalina_1120@hotmail.es
TELÉFONO FIJO Y MÓVIL:	0981808738
DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO	EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS/AS DE 0 A 3 AÑOS QUE ASISTEN AL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL DEL BUEN VIVIR “RETOÑITOS” EN LA CIUDAD DE IBARRA PROVINCIA DE IMBABURA
AUTORA:	Catalina Maricela Bucheli Padilla
FECHA:	2017-10-07
/TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciada en Terapia Física Médica
DIRECTOR DE TESIS:	Lcdo. Juan Carlos Vásquez.

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Catalina Maricela Bucheli Padilla con cédula Nro. 1002812293, en calidad de autora y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago 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 son las titulares 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.

En la ciudad de Ibarra, a los 11 días del mes de octubre de 2017

LA AUTORA:

Firma  _____

Catalina Bucheli

C.C:1002812293

ACEPTACIÓN:

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, Catalina Maricela Bucheli Padilla cédula Nro. 1002812293, 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 A 3 AÑOS QUE ASISTEN AL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL DEL BUEN VIVIR “RETOÑITOS” EN LA CIUDAD DE IBARRA PROVINCIA DE IMBABURA**; 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 me reservo los derechos morales de la obra antes citada. Suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

En la ciudad de Ibarra, a los 11 días del mes de octubre de 2017

LA AUTORA:

Firma

A handwritten signature in blue ink, reading 'Catalina Bucheli', written over a horizontal line.

Catalina Bucheli

C.C:1002812293

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios por darme las fuerzas necesarias para seguir adelante, por permitirme llegar a este momento tan anhelado, por la bendición de tenerlo en mi vida como guía constante, de que nunca me ha abandonado y que siempre ha estado a mi lado protegiéndome en cada paso que doy, él ha sido el pilar fundamental para vencer cada obstáculo en mi vida. Por ello con mucha humildad le agradezco por esta gran bendición.

A mi Esposo por haber confiado en mí y darme su apoyo incondicional, por el amor que me demuestra cada día, por haberme enseñado a no rendirme, que ha estado conmigo en las buenas, en las malas, cuando más lo he necesitado. A mis hijos que ha sido mi mayor motivación para seguir adelante y por ser mi inspiración para seguir adelante, le agradezco a Dios por tenerlos a mi lado los amo.

A mi familia por su apoyo y esfuerzo en quererme ayudar cuando lo he necesitado, por guiarme por el camino del bien, y por compartir momentos significativos conmigo y por siempre estar dispuestos a escucharme en cualquier momento sin importar nuestras diferencias de opiniones.

A toda mi familia y amigos en general, porque me han brindado su apoyo incondicional y por compartir conmigo buenos y malos momentos.

Catalina Bucheli

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por la fortaleza que me brinda y las ganas de seguir adelante con firmeza y tener la fuerza necesaria para terminar con éxito esta etapa tan importante en mi vida.

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

Al Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) por la apertura brindada en los centros del buen vivir para que esta investigación fuera realizada con éxito, en especial a la Coordinadora de la institución, por la colaboración y disposición dada durante el tiempo que duro la investigación.

A todo el personal administrativo del Ministerio de Inclusión Económica y Social Ibarra por brindarnos su tiempo desinteresadamente y colaborarnos ya que sin ellos esta investigación no hubiera sido posible.

Al Director, Lcdo. Juan Carlos Vásquez, por su asistencia en la realización de este trabajo investigativo.

Un agradecimiento muy especial merece la comprensión, paciencia y el ánimo recibidos de todos nuestros Familiares y amigos, A todos ellos muchas gracias.

Catalina Bucheli

ÍNDICE TABLA DE CONTENIDO

APROBACIÓN DEL DIRECTOR	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.	iii
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE TABLA DE CONTENIDO	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiii
RESUMEN.....	xiv
TEMA:	xvi
CAPITULO I.....	1
1. PROBLEMA	1
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Formulación del problema	3
1.3 Justificación	4
1.4 Objetivos.....	5
1.4.1 Objetivo General	5
1.4.2 Objetivos Específicos.....	5
1.5 Preguntas.....	6
CAPITULO II.	7
2. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Desarrollo Psicomotor	7
2.1.1 Hitos del desarrollo	7
2.2 Aspectos significativos del desarrollo Psicomotor	8
2.2.1 Esquema Corporal.....	8
2.2.2 Bases del desarrollo psicomotor:	9
2.2.3 Leyes fundamentales del desarrollo psicomotor	9

2.2.4 Elementos de la Psicomotricidad a desarrollar:	9
2.3 Áreas de Desarrollo	12
2.3.1 Motricidad Gruesa y Fina	12
2.3.2 Desarrollo Cognitivo	15
2.3.3 Desarrollo social y de la personalidad	16
2.3.4 Desarrollo Normal del Niño.....	16
2.3.5 Desarrollo psicomotor de los niños y niñas de 0 a 36 meses.....	17
2.3.6 Desarrollo de la relación con el entorno social y físico de 0 a 36 meses.	20
2.3.7 Desarrollo de la comunicación y lenguaje de 0 a 36 meses.....	21
2.4 Control Motor	22
2.4. Teorías de control motor	23
2.5 Aprendizaje Motor.....	25
2.6 Actividad Refleja	25
2.6.1 Funciones de la actividad refleja.....	26
2.6.2 Características de la actividad refleja.....	26
2.7 Reflejos primarios y secundarios	27
2.7.1 Reflejos primarios	27
2.7.2 Reflejos Secundarios.....	29
2.8 Alteraciones de desarrollo Psicomotor	32
2.9 Signos de alarma del desarrollo psicomotor	32
2.10 Evaluación del desarrollo psicomotor.....	35
2.10.1 Objetivo de la Evaluación del desarrollo psicomotor	36
2.10.2 Valoración del desarrollo psicomotor	36
2.10.3 Técnicas de evaluación del desarrollo psicomotor.....	37
2.10.4 Instrumentos de evaluación.....	37
2.10.5 Escala Abreviada de Desarrollo (Ministerio de Salud – Nelson Ortiz – Noviembre 1999)	38
2.10.6 Selección de las áreas.....	39
2.10.7 Instrucciones generales para la administración de la escala instrucciones a la madre.	40
2.10.8 Condiciones físicas del examen	40

2.10.9 Condiciones del niño.....	41
2.10.10 Definición de factores de riesgo para el desarrollo psicomotor.....	41
2.11 Valoración del estado nutricional	42
2.12 Indicadores del estado nutricional	43
2.12.1 Indicadores Antropométricos	43
2.12.2 Alteraciones del Estado Nutricional	44
2.13 Evaluación del Sistema Socio-económico.....	45
2.14 Marco legal y jurídico.....	46
2.14.1 CONSTITUCIÓN DEL ECUADOR	46
Principios fundamentales	46
Art. 3.- Son deberes primordiales del Estado:	46
CAPITULO III.....	57
3. METODOLOGÍA	57
3.1 Tipo de Estudio.....	57
3.2 Diseño de Investigación.....	57
3.3 Localización.....	58
3.4 Población y Muestra	58
3.4.1 Población.....	58
3.4.2 Muestra.....	58
3.4.3 Criterios.....	58
3.5 Ubicación Geográfica	59
3.6 Identificación de Variables	60
3.6.1 Operacionalización de variables	60
3.7 Equipos e Instrumentos.....	62
3.8 Técnicas e Instrumentos de recolección y procedimientos de la información	62
3.9 Procesamientos de Datos	63
3.10 Validación.....	63
3.10.1 Encuesta de estratificación del nivel socioeconómico del INEC.....	64
CAPITULO IV.....	65
4.1 Análisis e Interpretación.....	65
4.2 Discusión de resultados	76

4.3 Respuestas de las preguntas de Investigación	78
CAPÍTULO V	81
5.1. Conclusiones	81
Bibliografía y Linkografía.....	83
ANEXOS	86
ANEXO 1 Población Escolar del Centro Infantil del Buen Vivir Retoñitos	86
ANEXO 2 Croquis Ubicación del Centro Infantil del Buen Vivir “Retoñitos”	87
ANEXO 3: ESCALA ABREVIADA DEL DESARROLLO (EAD-1) DR. NELSON ORTIZ PINILLA.....	88
ANEXO 4 ENCUESTA DE ESTRATIFICACIÓN DEL NIVEL SOCIO ECONÓMICO NSE 2011- ANEXO 4.....	90

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de la población según el género	65
Tabla 2. Distribución de la población según la edad.	66
Tabla 3. Distribución de la población según el área motricidad gruesa.....	67
Tabla 4. Distribución de la población según el área motricidad fina.....	68
Tabla 5. Distribución de la población según el área de audición y lenguaje.	69
Tabla 6. Distribución de la población según el área personal social.	70
Tabla 7. Distribución de la población según la escala de desarrollo psicomotor de Nelson Ortiz.	71
Tabla 8. Distribución de la población según el nivel socioeconómico.....	72
Tabla 9. Distribución de la población según el estado nutricional.	73
Tabla 10. Distribución de la población según el desarrollo psicomotor y el estado nutricional.	74
Tabla 11. Distribución de la población según el desarrollo Psicomotor y el nivel socioeconómico.....	75

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico 1. Distribución de la población según el género. _____	65
Grafico 2. Distribución de la población según la edad. _____	66
Grafico 3. Distribución de la población según el área motricidad gruesa. _____	67
Grafico 4. Distribución de la población según el área motricidad fina. _____	68
Grafico 5. Distribución de la población según el área de audición y lenguaje. ____	69
Grafico 6. Distribución de la población según el área personal social. _____	70
Grafico 7. Distribución de la población según la escala de desarrollo psicomotor de Nelson Ortiz. _____	71
Grafico 8. Distribución de la población según el nivel socioeconómico. _____	72
Grafico 9. Distribución de la población según el estado nutricional. _____	73
Grafico 10. Distribución de la población según el desarrollo psicomotor y el estado nutricional. _____	74
Grafico 11. Distribución de la población según estado Socio-económico y el desarrollo Psicomotor _____	75

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS QUE ASISTEN AL CENTRO INFANTIL DEL BUEN VIVIR “RETOÑITOS” DE LA CIUDAD DE IBARRA PROVINCIA DE IMBABURA.

RESUMEN

La evaluación del desarrollo psicomotor en niños de 0 a 3 años de edad nos permite conocer el funcionamiento de las habilidades motoras, cognitivas y sensoriales que el niño va adquiriendo en su desarrollo en las diferentes áreas, y dependen de un entorno de factores como son: el factor nutricional y socio-económico siendo esto de gran importancia, para poder identificar alteraciones oportunas. El objetivo principal de esta investigación fue evaluar el desarrollo psicomotor en niños/as que asisten al centro infantil del Buen Vivir “Retoñitos” de la ciudad de Ibarra provincia de Imbabura. Para lo cual se utilizó la escala abreviada del desarrollo Dr. Nelson Ortiz Pinilla que evalúa el desarrollo psicomotor de acuerdo a cinco áreas que son: área de motricidad gruesa, motricidad fina – adaptativa, audición y lenguaje y el área personal – social. También se aplicó la encuesta de estratificación del nivel socioeconómico del INEC, a los padres de familia de centro infantil. Esta investigación tuvo como metodología de investigación, el método cualitativo y cuantitativo y de diseño no experimental y de corte transversal, con una población de 32 niños/as, la cual estaba representada por 17 niños y 15 niñas con mayor prevalencia en el género Masculino, el rango de edad la mayoría de niños se encontraba de entre los 25-36 Meses, la etnia estuvo mayormente representada por niños mestizos. En la evaluación los resultados fueron los siguientes: en el desarrollo psicomotor se obtuvo un nivel medio de evaluación lo que se refiere que no hubo déficit motor. En cuanto a nivel socioeconómico según la encuesta la mayor prevalencia fue la categoría de medio típico esto se refiere a que los niños se encuentran en una economía estable que no afecta a su desarrollo. Y con respecto al estado nutricional los niños se encuentran en parámetros normales de evaluación.

Palabras clave: desarrollo psicomotor, edad, estatura, índice de Masa Corporal (IMC).

EVALUATION OF PSYCHOMOTOR DEVELOPMENT IN CHILDREN OF 0 TO 3 YEARS ATTENDING THE CHILDREN'S CENTER OF THE GOOD LIVING "RETOÑITOS" OF THE CITY OF IBARRA PROVINCE OF IMBABURA.

SUMMARY

The evaluation of psychomotor development in children from 0 to 3 years of age allows us to know the functioning of the motor, cognitive and sensory abilities that the child is acquiring in their development in the different areas, and depend on an environment of factors such as: the nutritional and socio-economic factor being of great importance, to be able to identify opportune alterations. The main objective of this research was to evaluate the psychomotor development in children who attend the Buen Vivir "Retoñitos" children's center in the city of Ibarra province of Imbabura. For that we used the abbreviated development scale Dr. Nelson Ortiz Pinilla that evaluates the psychomotor development according to five areas that are: area of gross motor, fine - adaptive motor, hearing and language and personal - social area. The stratification survey of the socioeconomic level of the INEC was also applied to parents of children's centers. This research had a qualitative and quantitative method and a non - experimental cross - sectional design, with a population of 32 children, which was represented by 17 children and 15 girls with higher prevalence in the male gender, the age range of most children was between 25-36 Months, the ethnicity was mostly represented by mestizo children. In the evaluation the results were as follows: in the psychomotor development, an average level of evaluation was obtained, which means that there was no motor deficit. As for socioeconomic level according to the survey the highest prevalence was the typical medium category this refers to the children are in a stable economy that does not affect their development. And with regard to nutritional status, children are in normal evaluation parameters.

Key words: psychomotor development, age, height, body mass index (BMI).

TEMA:

“EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS/AS DE 0 A 3 AÑOS QUE ASISTEN AL CENTRO INFANTIL DEL BUEN VIVIR “RETOÑITOS” EN LA CIUDAD DE IBARRA PROVINCIA DE IMBABURA EN EL PERIODO 2015 - 2016.”

CAPITULO I.

1. PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Durante los primeros años de vida los niños y las niñas son dependientes y vulnerables, por lo que presentan muchas necesidades de cuidado y protección especialmente en áreas de salud, nutrición y educación. Además, un ambiente inadecuado, limitan los procesos de desarrollo del/la niño/a incluyendo la psicomotricidad. (1)

Es fundamental enfocarse en el proceso de la evaluación del desarrollo psicomotor infantil que permite disponer de instrumentos que se ajusten cada vez mejor a las poblaciones, las cuales deben consistir en, detectar si el niño se comporta, reacciona y se relaciona según los parámetros normales del desarrollo. Es decir, de acuerdo con lo que se espera que se haga en función de su edad.

El desarrollo psicomotor es la adquisición dinámica y compleja de capacidades funcionales en los sistemas: evolutivo, sensorial, afectivo-conductual, sexual, social, que posibilitan una equilibrada interacción con el mundo circundante. (1)

También tienen importancia otros factores como las posibilidades que el niño tiene de interactuar con su medio, explorar, conocer personas, objetos, ensayar, cometer errores y aprender de ellos. Por lo general los niños de condición socioeconómica baja, viven en hacinamiento, por lo que sus posibilidades de interactuar con el medio quedan muy reducidas.

Debemos considerar que el desarrollo infantil es un proceso que puede alterarse por diversas razones, en diferentes momentos y en distintas formas, es importante conocer las alteraciones y signos tempranos que suelen que indican que algo anda mal, mientras

algunas manifestaciones son visibles en los primeros años, otras no aparecen, sino hasta más tarde.

En un estudio realizado en una clínica privada de Santiago de Chile, en niños de condición socioeconómica media-alta, incluyó a 119 niños separados en 3 grupos de 8, 18 y 30 meses, se encontró una prevalencia de déficit en el desarrollo psicomotor con 30% a los 8 meses, 7,7% a los 18 y 2,7% a los 30 meses, no hubo diferencia por sexo. (1)

En el Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Cuenca en el año 2002 se realizó un estudio con 284 niños y niñas, mediante el cual se determinó que el 75% tuvieron un desarrollo normal y el 25% presentaron retraso del desarrollo psicomotor. (1)

Otro estudio realizado en Cuenca en el año 2009, determinó que el 11% de los niños y niñas de edades entre 0 y 5 años tuvo Retraso del desarrollo motor de los cuales el 5% tuvo discapacidad. Los niños que crecen en sectores pobres tienen una mayor proporción de retraso en el desarrollo psicomotor, pues el nivel socioeconómico es un factor de riesgo. (1)

Es fundamental detectar problemas psicomotores, los cuales podrían corregirse a tiempo con terapias preventivas. Debe haber un enfoque integral en la valoración del desarrollo psicomotriz del niño para fortalecer su integración social ya que va adquiriendo una mayor autonomía personal.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es el resultado de la evaluación del desarrollo psicomotor en niños de 0 a 3 años del centro de desarrollo infantil del buen vivir Retoñitos en la ciudad de Ibarra de la provincia de Imbabura?

1.3 Justificación

La Evaluación del desarrollo psicomotor se realizó para conocer si el niño, se comporta, reacciona y se relaciona es decir de acuerdo con lo que se espera que el niño presenta según su edad cronológica.

Esta investigación se realizó en cada uno de estos niños y a saber si hay un déficit en el desarrollo psicomotor, y esto nos llevara a cumplir con los parámetros establecidos según los test que se apliquen a cada uno de ellos.

Por esta razón se considera la importancia de incluir en toda consulta del niño sano a la evaluación del desarrollo psicomotor grueso y fino, social y del lenguaje, y de esta manera poder detectar cualquier alteración.

Esta investigación fue factible ya que se cuenta con la herramienta e instrumentación necesaria para realizar la evaluación a los niños y cuenta con el apoyo Institucional de la Universidad y sus docentes.

En la investigación habrá un impacto positivo en la que se benefician directamente los niños de los centros del Buen Vivir, para prevenir y detectar tempranamente un retraso en su desarrollo psicomotor.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Evaluar el desarrollo psicomotor, estado nutricional y socio-económico a los niños de 0 a 3 años del centro infantil del buen vivir “Retoñitos” en la ciudad de Ibarra provincia de Imbabura en el periodo 2015 - 2016.”

1.4.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar sociodemográficamente a los niños que asisten al centro infantil del buen vivir “Retoñitos” de la ciudad de Ibarra provincia de Imbabura.
- Evaluar el desarrollo psicomotor en niños de 0 a 3 años de edad que asisten al centro infantil del buen vivir “Retoñitos” de la ciudad de Ibarra provincia de Imbabura.
- Determinar el estado nutricional de los niños de 0 a 3 años de edad que asisten al centro infantil del buen vivir “Retoñitos” de la ciudad de Ibarra provincia de Imbabura.
- Describir el desarrollo psicomotor en relación a nivel sociodemográfico y el estado nutricional de los niños que asisten al centro infantil del buen vivir “Retoñitos” de la ciudad de Ibarra provincia de Imbabura.

1.5 Preguntas

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas, de los niños del Centro Infantil del Buen vivir “Retoñitos” de la ciudad de Ibarra, ¿provincia de Imbabura?
- ¿Cuál es el desarrollo psicomotor en niños de 0 a 3 años de edad del centro infantil del buen vivir “Retoñitos” de la ciudad de Ibarra provincia de Imbabura?
- ¿Cuál es el estado nutricional de los niños/as de 0-3 años del Centro Infantil del Buen vivir “Retoñitos” de la ciudad de Ibarra, provincia de Imbabura?
- ¿Cuál es la relación del desarrollo psicomotor con las características sociodemográfica y nutricionales de los niños que asisten al centro infantil del buen vivir “Retoñitos” de la ciudad de Ibarra provincia de Imbabura?

CAPITULO II.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Desarrollo Psicomotor

Se refiere al conjunto de habilidades que el niño va logrando, producto de la maduración del sistema nervioso central (SNC) y de la interacción con el medio. La motricidad es la vía final común de expresión del (SNC). (2)

Si todo acto motor está regulado y comandado por el sistema nervioso, cabe entonces plantear que no hay mejor forma de evaluar la función del mismo que analizar cómo nos movemos y como nos comportamos. (2)

Esto nos quiere decir que el desarrollo psicomotor es un proceso en que el (SNC), para su maduración el punto referente es la manera en la cual nos movemos, nos orientamos y nos desenvolvemos en el medio en que nos encontramos.

2.1.1 Hitos del desarrollo

Estos se refieren habilidades del desarrollo claramente identificables y que marcan una nueva etapa. Para considerar un hito como alcanzado, debe estar de forma permanente y no solo casual. (2)

Aquí, en cambio el concepto normalidad se refiere más bien a lo que el niño debiera o no hacer. Es a partir de esto que entra el concepto de idealidad, que se refiere a lo que sería ideal que el niño hiciera, no solamente en función de la edad, sino sobre todo en función de la calidad de sus movimientos. (2)

Aquí nos explica claramente que los hitos del desarrollo nos darán a conocer las habilidades que en el proceso del desarrollo el niño va adquiriendo según, su edad cronológica con edad motora, y el concepto normalidad se podría decir, que se refiere a la función de sus movimientos de acorde a edad si sigue con normalidad su proceso.

A medida que va pasando el tiempo, se van haciendo más notorios, determinando generalmente además una tardanza en la aparición de los hitos del desarrollo psicomotor y con ello la etapa de retraso para finalmente estructurarse como parálisis cerebral, es decir la etapa de la patología. (2)

La normalidad y anormalidad son procesos de maduración del (SNC) que con el tiempo generalmente están a tiempo o van tardando generalmente en su desarrollo. (2)

En desarrollo normal del niño, mientras va pasando el tiempo sus habilidades se van haciendo más notorias, para ello cada etapa, se va estructurando en el proceso de la vida del niño.

2.2 Aspectos significativos del desarrollo Psicomotor

2.2.1 Esquema Corporal

El esquema corporal es la imagen mental que tenemos de nuestro cuerpo en reposo y en movimiento. Esta imagen se adquiere por Sensibilidad (propioceptiva, interoceptiva, exteroceptiva) y por desplazamientos (segmentarios y globales). (3)

Etapas en la estructuración del esquema corporal: 2 primeros años: el niño limita su cuerpo de los objetos que le rodean. Hasta los 4 años los elementos motorices prevalecen a los perceptivos. (3)

Esto se refiere a que hay diferentes sensaciones las cuales dan información a nuestro cuerpo sobre el espacio, postura y movimiento, captando estímulos, y proporcionando

datos del entorno donde se adoptan de forma visual, auditiva, táctil, olfativa y gustativa.

2.2.2 Bases del desarrollo psicomotor:

El niño nace con movimientos y dominio de su cuerpo de forma descontrolada y esto cambia gracias al proceso de progresivo dominio del control corporal el niño primero es controlado por su cuerpo y posteriormente él lo controla. (3)

2.2.3 Leyes fundamentales del desarrollo psicomotor

- **Ley céfalo-caudal:** de acuerdo con esta ley, se controlan antes las partes del cuerpo que están más próximas a la cabeza.
- **Ley próximo-distal:** se controlan antes las partes que están más cerca del eje corporal. Como consecuencia de estas leyes, el movimiento se va integrando y controlando voluntariamente, con lo que los movimientos son más precisos. (3)

Estas leyes del desarrollo son fundamentales para el desenvolvimiento del cuerpo en sus movimientos el cual el niño va integrando mediante va creciendo acorde a su edad.

2.2.4 Elementos de la Psicomotricidad a desarrollar:

- **Lateralidad:** El cuerpo humano es morfológicamente simétrico, pero funcionalmente asimétrico. Lateralidad o preferencia lateral, ésta puede ser homogénea o cruzada. En general la lateralización se produce entre los 3-6 años, o del contrario conviene lateralizar al niño. de forma cuidadosa Según Piaget.

La lateralidad se basa en la igualdad y desigualdad homogénea del niño en su desarrollo de forma muy cautelosa.

- **Coordinación Motriz:** patrones motores que eran originalmente independientes, se asocian con dos funciones básicas: Afianzar los logros - Procurar nuevos y avanzados La Coordinación motriz se ve favorecida gracias a:

- **Tono muscular:** es el grado de contracción que en cada momento tienen los músculos. (hipertonía, hipotonía) (íntimamente relacionado con el grado de atención)

- **Equilibrio:** (se ve facilitado en los primeros años por el crecimiento del cerebelo) Gracias a que mantenemos nuestro cuerpo en equilibrio podemos liberar partes del cuerpo. (3)

La coordinación motriz se asocia con las funciones motrices más básicas como lo son el tono muscular según el grado de contracción en el que se encuentre y el equilibrio que es fundamental que ayuda a que nuestro cuerpo pueda realizar diferentes tipos de movimiento.

- **Estructura espacial:** Éste depende de la intencionalidad y la objetivación del espacio El espacio se distribuye según la distancia: espacio lejano o cercano. según la experiencia (espacio conocido, poco conocido, y desconocido. El conocimiento del espacio lejano depende de la capacidad de desplazamiento del alumno: Desplazamiento Para el niño es muy importante conseguir la plena autonomía del desplazamiento de su cuerpo:

- Hitos importantes. 4 meses: control de la cabeza 7 meses: mantenerse sentado sin apoyo 8 meses: locomoción antes de andar (gateo) 12 meses:

sostenerse en pie y caminar. 2 años: anhela la altura 3 años: carrera aún torpe y pesada 4 años: complica el andar, consigue el salto (3)

La estructura espacial se refiere a la distancia y el espacio que el niño tiene para desenvolverse en desplazamiento y movimiento en cuanto a su medio ambiente lo que le rodea.

- **Estructura temporal:** El niño sitúa su acción y sus rutinas en unos ciclos de sueño-vigilia, antes- después. Las nociones temporales son más difíciles porque son más abstractas. 0-3 años: el tiempo está asociado a la satisfacción de necesidades. 3-6 años: el tiempo está asociado a la duración de acontecimientos. El tiempo según Piaget:
 - a. El tiempo i. Dimensión lógica 1. orden 2. duración ii. Dimensión convencional (Piaget)
 - 1. Tiempo sensorio motor: impaciencia.
 - 2. Tiempo perceptivo a. Rutinas y hábitos. b. Horario
 - 3. Tiempo estructurado a. Educación rítmica. (3)

Se refiere a la situación de tiempo en la que el niño lapsos de sueño y satisfacción de sus necesidades y que duran cierto tiempo y dimensión en sus rutinas y hábitos de desarrollo

- **Respiración y relajación:** Conlleva: Las fases de (expiración e inspiración), las vías por las que se respira (externas e internas), tipos de respiración (torácica y abdominal) Relajación: tiene las finalidades: Control del tono muscular (economizar esfuerzo) y proporcionar la sensación contraria a la actividad diaria (descanso, relax.)
- El descanso de los niños 0-6 años. 0-3 años.

- Recién nacido: duerme 17 horas. A los tres meses: 15 horas. Seis meses: 14 horas. - 3 años: 12 o 14 horas más una siesta. Favoreceremos el despertar tranquilo sin sobresaltos.
 - Respetar sus costumbres: muñecos, chupetes, luces 3-6 años Aceptación de las normas de comportamientos establecidas durante el descanso: Valoración de la necesidad de descansar.
 - Evitar la fatiga: Buscar rutinas para el sueño: quitarse alguna prenda y doblarla. acostarse, levantare, sin llorar.
 - Descansar sin molestar a sus compañeros.
 - En definitiva, un ejemplo claro de la importancia del conocimiento del cuerpo por parte del niño y de su posterior control, es el Proceso de Control de Esfínteres. El cual supone un control y dominio de sus necesidades y la satisfacción de las mismas, lo que le proporciona autonomía y autocontrol.
- (3)

Esto se refiere a que el niño entra al proceso de respiración cuando se encuentra en actividad y movimiento el cuerpo realiza una adaptación en desarrollo el cual cada órgano cumple con su función en la relajación tenemos que en el niño se encuentra en total descanso sin ocasionar molestia y sienta satisfacción a sus necesidades.

2.3 Áreas de Desarrollo

2.3.1 Motricidad Gruesa y Fina

Como se ha indicado anteriormente, el desarrollo motor de los niños depende principalmente de la maduración global física, del desarrollo esquelético y

neuromuscular. Los logros motores que los niños van realizando son muy importantes en el desarrollo debido a que las sucesivas habilidades motoras que se van a ir adquiriendo hacen posible un mayor dominio del cuerpo y el entorno. Estos logros de los niños tienen una influencia importante en las relaciones sociales, ya que las expresiones de afecto y juego se incrementan cuando los niños se mueven independientemente y buscan a los padres para intercambiar saludos, abrazos y entretenimiento. (4)

En este párrafo engloba principalmente el desarrollo esquelético y neuromuscular del niño, lo cual se refiere a los logros motores que le niño va realizando, es gran influencia las relaciones sociales, ya que el afecto y el juego son parte principal para la independencia funcional del niño.

En el desarrollo motor pueden establecerse dos grandes categorías: 1) motricidad gruesa (locomoción y desarrollo postural), y 2) motricidad fina (prensión). El desarrollo motor grueso se refiere al control sobre acciones musculares más globales, como gatear, levantarse y andar. Las habilidades motoras finas implican a los músculos más pequeños del cuerpo utilizados para alcanzar, asir, manipular, hacer movimientos de tenazas, aplaudir, virar, abrir, torcer, garabatear. (4)

En desarrollo motor principalmente se realizan habilidades muy importantes como son la motricidad gruesa, la cual cumple la función de que el niño controle sus acciones musculares como gatear, caminar al igual que la motricidad fina en ella podemos encontrar una diferente función manipular objetos pequeños, aplaudir y hacer movimientos más definidos.

Por lo que las habilidades motoras finas incluyen un mayor grado de coordinación de músculos pequeños y entre ojo y mano. Al ir desarrollando el control de los músculos pequeños, los niños ganan en competencia e independencia porque pueden hacer muchas cosas por sí mismos. Los logros motores de los niños han sido suficiente y repetidamente estudiados por pediatras, neurólogos, psicólogos, etc., hasta el punto de

existir tablas de adquisición de conductas evolutivas, indicando los hitos del desarrollo motor y psicomotor. (4)

La revisión de la literatura existente de la secuencia de conductas sobre motricidad gruesa y fina a lo largo del desarrollo. Hasta los 3 años los aspectos más relevantes en relación al desarrollo psicomotor están relacionados con los desplazamientos corporales y la impulsividad de los movimientos por una insuficiente regulación del freno inhibitorio. (4)

Los movimientos corporales son los más importantes dentro del desarrollo psicomotor ya que esto son logros estudiados por varios especialistas de la salud, estas conductas evolutivas a la independencia del niño ya que esto permite hacer varias cosas a la vez con regulación de un freno de inhibiciones.

A partir de esta edad hay una progresiva equilibración de los movimientos, se eliminan gradualmente las asociaciones o sin cinesias y se va marcando progresivamente la independencia segmentaria. Todo ello da lugar a una mayor precisión del dinamismo manual, a la aparición de gestos más diferenciados y al perfeccionamiento de la coordinación óculo-manual. (4)

Los controles adquiridos y afirmados por el ejercicio sientan las bases para los aprendizajes escolares en los que la simultaneidad de movimientos exigirá un gran esfuerzo de tipo psicomotor. A esto se une la importancia de la atención, la acomodación de la postura y el manejo coordinado de los útiles a usar. (4)

Hasta los tres años de edad, el equilibrio de los movimientos se han hacen más definidos y se van asociando gradualmente en el desarrollo del niño y marcando gradualmente independencia necesaria. La mayor precisión de gestos y perfeccionamiento de la coordinación mano- ojo.

Todo este tipo de manejo simultaneo dan bases profundas de aprendizaje al niño exigiendo su esfuerzo total en el desarrollo psicomotor.

2.3.2 Desarrollo Cognitivo

Respecto a esta área del desarrollo, el autor por excelencia ha sido Piaget, al ser el primer evolutivo que realizó una sistemática descripción del comportamiento de los bebés, a los que consideró activos exploradores de la realidad y constructores de su propia inteligencia en interacción con los objetos de su entorno. (4)

En la que comienza propiamente el pensamiento, y el niño es capaz de ensayar mentalmente acciones antes de llevarlas a cabo de forma real, por la interiorización de los esquemas a nivel mental o creación de símbolos. El niño además es capaz de realizar imitaciones diferidas y de poner en marcha el juego simbólico. Pero no solo la inteligencia del bebé avanza vertiginosamente en el período de la infancia. (4)

Según Piaget, realizo una descripción del comportamiento de los bebes y los considero activos exploradores y constructores de su propia inteligencia interactuado con el medio, en el que se mueven y con los objetos que se desenvuelven, el niño es capaz de llevar a cabo esquemas mentales y creación de símbolos en imitaciones diferentes por su inteligencia él bebe es capaz de realizar de imitaciones diferentes en su desarrollo.

La memoria, por ejemplo, se observa en bebés de dos meses que aprendieron la asociación entre el movimiento de un móvil y el pataleo, y lo recordaron hasta dos semanas más tarde. Alrededor de los seis meses, esa huella mnémica puede perdurar hasta seis semanas más tarde al establecimiento de la asociación. No obstante, cuando comparamos a los niños de esta edad con niños algo mayores, observamos que en la infancia la memoria aún es bastante frágil y se refiere a hechos y situaciones muy sencillas. (4)

La asociación de movimientos que él bebe realiza son un proceso de recordatorio que se establece alrededor de dos semanas después esto incrementa la mímica en el niño esto puede perdurar hasta los seis meses, en la comparación de niños pequeños a niños mayores la memoria es bastante frágil a lo que se refiere con hechos y situaciones de comportamiento.

2.3.3 Desarrollo social y de la personalidad

Durante la infancia, uno de los aspectos más importantes para el desarrollo socio-afectivo del bebé va a ser la formación de los vínculos de apego con sus cuidadores. (4)

Apego seguro, en el que el niño exploraba el ambiente en presencia de la madre, mostraba ansiedad (aunque no intensa) ante la separación, y bienestar ante el reencuentro. (4)

Apego ansioso-ambivalente, en el que el niño era incapaz de explorar el ambiente en presencia de la madre, mostraba altos niveles de ansiedad ante la separación y reacciones ambivalentes ante el reencuentro y gran dificultad para ser consolados. (4)

Apego ansioso-evitativo, en el que el niño explora el ambiente, presenta nula o escasa ansiedad ante la separación y evitación de la madre en el reencuentro. Posteriormente se ha definido un cuarto tipo de apego, el apego desorganizado, que muestran altos niveles de desorientación y conductas contradictorias. (4)

En la infancia los aspectos más relevantes del desarrollo son el socio-afectivo ya que le bebe dependerá su formación de los vínculos familiares, esto dará al niño un apego seguro al explorar el ambiente. Ante la presencia de la madre y el niño es incapaz de explorar en el ambiente, pero con la presencia de su madre realiza reacciones de reencuentro y dificultad para ser consolados.

2.3.4 Desarrollo Normal del Niño

Desarrollo Psicomotor y autonomía personal; Desarrollo de la relación con el entorno social y físico y Desarrollo de la Comunicación y el lenguaje. Para una mayor eficacia en la interpretación de dichos indicadores, marcaremos el final de cada tramo de edad como el momento para evaluar el grado de adquisición de cada uno de ellos. (5)

Así mismo es importante tener en cuenta que pueden darse diferencias en el desarrollo de cada niño, ya que en este proceso intervienen variables muy importantes que tienen que ver tanto con las características personales como con el ambiente socio-estimular y afectivo en el que se desenvuelve. (5)

El desarrollo psicomotor tiene una relación con muchas variables para ello el niño requiere de habilidades que van aprendiendo constantemente en el mundo que lo rodea.

En cada una de las edades, se ha considerado conveniente incluir unos signos de alarma que tienen carácter orientativo. Para evitar falsas alarmas, dadas las edades y el periodo evolutivo en el que nos movemos, son imprescindible que se den simultáneamente al menos dos de los síntomas indicados y siempre al finalizar cada etapa. (5)

El desarrollo psicomotor normal del niño es la relación entre la autonomía personal, con el entorno social y físico y Comunicación y el lenguaje, hay tener en cuenta que pueden darse diferencias en desarrollo de cada niño, en ello interviene todo tipo de características tanto en lo personal, como el medio ambiente y la familia. (5)

Cada una de las etapas que el niño va pasando en el transcurso de su desarrollo simultáneamente se relaciona con el mundo exterior sus hábitos, su forma de ser, sus costumbres son parte de su autonomía y dominio personal.

2.3.5 Desarrollo psicomotor de los niños y niñas de 0 a 36 meses.

1 MES: Persiste semiflexión de extremidades. Manos flexionadas. En prono inicia movimientos repetición. Sigue objetos a 90°. Intenta movilizar la cabeza y cierra la mano ante estímulos en el interior de esta, intenta buscar la luz o los sonidos. (6)

2 MESES: Al llevarlo a posición sentado, la cabeza cae hacia atrás. Sosteniéndolo sentado. La cabeza se mantiene por instantes. En decúbito prono: se mantiene sostenido sobre antebrazos 45°. En decúbito supino: semiflexión miembros inferiores

Inicia la fijación ocular y comienza a seguir los objetos manifestando conocer a la madre. (6)

3 MESES: A esta edad lo importante es que en decúbito prono se mantiene sobre antebrazos y eleva la cabeza de 45° a 90°. En prono, caderas en extensión 0°. Inicia observación de las manos. Voltea al sonido. Ríe cuando está contento. Gira la cabeza para seguir un objeto. Sostiene al contacto. Empieza a sujetar la cabeza, lleva la boca a la mano, y puede girar de un decúbito a otro y hace movimientos de agitar sus miembros, y puede hacer presión pasajeros con los dedos. (6)

4 MESES: Inicia medio giro. En prono; eleva sobre antebrazos el tronco y realiza movimientos como si “nadara”. En supino; intenta poner un pie sobre la rodilla opuesta. La planta de los pies totalmente apoyados sobre el plano de la mesa. Al llevarlo a la posición sentada, la cabeza sigue el resto del cuerpo. Sostiene por instantes los objetos. Sostén craneal es completo se incorpora algo ayudándose algo en los brazos en los antebrazos, observa sus manos y puede coger algún objeto, balbucea algunas vocales al estimularle y ríe busca los sonidos y busca a los familiares. (6)

5 MESES: Ayuda a pasar de decúbito supino a sentado. En prono, eleva el tronco y echa la cabeza hacia atrás. Apoyándose en el tórax, extiende extremidades (avión). Logra alternancia, movimientos miembros inferiores. Preñión voluntaria, palmar, global todavía imprecisa. (6)

6 MESES: En posición prona, puede utilizar sus manos para jugar, así como le gusta tocar sus pies. Si se sostiene de brazos, salta sobre sus pies, estadio “saltador”. Gira de supino a prono. Sostiene objetos uno en cada mano. (6)

7 MESES: Agarra sus pies “chupa primer orjejo”. Sentado sin apoyo tiende las manos hacia delante para no caer estadio “paracaidista”. Sentado tiene mayor control sobre él y puede inclinarse para sostener objetos. Pasa “rodando” de supino a prono. En prono con facilidad sostiene un objeto y golpea fuertemente en el plano de mesa/piso. Inicia pinza inferior entre pulgar y meñique. (6)

8 MESES: Control total del tronco. Gira en ambos sentidos (supino-prono-supino). Pasa de supino a sentado. En prono puede elevarse manteniéndose en manos y pies. Si tiene un objeto en cada mano le presenta un tercero, suelta uno para coger el último. El índice empieza a participar en la prensión. Reclama su juguete preferido. “Principio permanencia del objeto”. (6)

9 MESES: Inicia gateo hacia atrás. Logra pasar decúbito supino a bipedestación sosteniéndose, lo logra por instantes y cae. Entiende toma-dame. Pinza superior (base pulgar e índice).

10 MESES: Se pone de pie y da pasos laterales, agarrándose de muebles, se cae con frecuencia. Gatea hacia delante, alterno. Pinza fina (parte distal pulgar e índice). Inicia significado, contenido. (6)

12 MESES: Camina si se lo lleva de una mano. Se desplaza “en cuatro patas”: con las manos y los pies sin tocar el suelo con las rodillas. Se sienta solo en el suelo y puede volver a pararse. (6)

18 MESES: Controla perfectamente los movimientos de las manos para tomar y soltar objetos. Camina sin soltura, con movimientos algo torpes. Se mantiene sentado en una silla alta. (6)

24 MESES: Corre en línea recta, no puede cambiar de dirección sin detenerse. Puede alternar con soltura entre estar sentado o de pie. Sube o baja escaleras sin alternar los pies (va poniendo ambos pies en cada escalón). (6)

30 MESES: Salta con ambos pies juntos; se puede mantener brevemente en un pie; da algunos pasos en puntas de pie; salta desde cierta altura (p. ej. una silla) con ambos pies. Manipula objetos con destreza; construye una torre de seis cubos. (6)

3 AÑOS: Corre armoniosamente, incluso en las curvas. Sube escaleras alternando los pies, aprende a andar en triciclo. (6)

Proceso de desarrollo psicomotor normal que tienen los niños de 0 a 36 meses de acorde a su edad y habilidades motrices muy significativas en cuanto a su crecimiento.

2.3.6 Desarrollo de la relación con el entorno social y físico de 0 a 36 meses.

3 MESES: Sonríe en respuesta a un estímulo, reconoce visualmente la madre, responde positivamente, emite gorgoritos y ríe cuando juegan con él. (5)

3-6 MESES: Sonríe o patalea ante personas conocidas, reconoce a quienes lo cuidan. (5)

6-9 MESES: Acaricia objetos suaves y personas. Se altera y llora cuando se va la madre o ante personas extrañas. Imita palmas y movimientos de “adiós”. (5)

9-12 MESES: Abraza y besa al adulto y a otro niño. Responde cuando se le llama por su nombre. (5)

12- 18 MESES: Reconoce a personas no familiares pero que pertenecen a su entorno cotidiano, reconoce los objetos de uso habitual (cuchara, toalla, esponja, juguetes...). Imita en el juego los movimientos del adulto, acepta la ausencia de los padres, aunque puede protestar momentáneamente. Repite las acciones que provocan risa o atraen la atención. Explora y muestra curiosidad por los objetos familiares. (5)

18 - 24 MESES: Reconoce los espacios básicos de su entorno habitual (casa, centro infantil, etc.) Toma parte en juegos con otro niño durante periodos cortos. Comparte objetos con otros niños cuando se le pide, reconoce algunos elementos propios de la estación del año en la que estamos: ropa y calzado. Participa habitualmente en las actividades que se le proponen. Comienza a reproducir acciones reales con juguetes (comidita, coches, etc.). (5)

24 -30 MESES: Se mueve con soltura por los espacios habituales (casa, centro infantil, etc.). Identifica algunos cambios en la naturaleza correspondientes a las diferentes

estaciones del año. Reconoce en fotografías a las personas más cercanas. Juega junto a dos o tres niños de su edad. Diferencia en imágenes algunos de estos términos: persona, animal y planta. Saluda a niños y mayores conocidos, si se le indica. (5)

30 -36 MESES: Comienza a mostrar preferencias personales entre iguales. Muestra afecto hacia niños más pequeños y animales domésticos. Va conociendo normas y hábitos de comportamiento social de los grupos de los que forma parte. Contribuye al orden de sus cosas en casa o centro infantil cuando se le indica. Comienza a identificar y distinguir diferentes sabores y olores (dulce salado, buen-mal olor, etc.). Identifica lugares de visita frecuente dentro de su entorno: casa de un familiar, parque, panadería, etc. (5)

Desarrollo normal en cuanto al proceso de desarrollo Sico-social del niño en su entorno.

2.3.7 Desarrollo de la comunicación y lenguaje de 0 a 36 meses.

0-3 MESES: Localiza sonidos laterales moviendo la cabeza. Realiza balbuceos y sonidos guturales. (5)

3-6 MESES. Emite sonidos para atraer la atención del adulto. Realiza reduplicaciones (ma-ma; gu-gu; ta-ta...) repitiendo cadenas silábicas de consonante más vocal. (5)

6-9 MESES. Localiza sonidos procedentes de diferentes direcciones. Muestra agrado y realiza movimientos ante canciones infantiles.

9-12MESES: Emite las primeras palabras con significado. (5)

12-18 MESES: Repite sonidos que hacen otros, obedece órdenes simples acompañados de gesto, combina dos silabas distintas, identifica entre dos objetos el que se le pide. Le gusta mirar cuentos con imágenes, atiende a su nombre. (5)

18-24 MESES: Emplea una o dos palabras significativas para designar objetos o personas. Disfruta con la música e imita gestos y ritmos. Comienza a entender y aceptar órdenes verbales (recoger, sentarse, ir a la mesa, etc.). Comienza a juntar palabras aisladas para construir sus primeras “frases” (mamá pan). Atribuye funciones a los objetos más familiares y comienza a nombrarlos. Imita sonidos de animales y objetos conocidos (onomatopeyas). (5)

24-30 MESES: Hace frases del tipo sustantivo + verbo (“papa ven”). Emplea el “no” de forma oral y no sólo con el gesto. Responde a preguntas del tipo: ¿qué estás haciendo?, ¿dónde? Conoce los conceptos “grande” “pequeño”. Presta atención durante algún tiempo a música o cuentos cortos. Entona algunas canciones aprendidas y se mueve a su ritmo. (5)

30 - 36 MESES: Dice su sexo cuando se le pregunta. Emplea el gerundio, los plurales y los artículos. Articula correctamente los sonidos: b, j, k, l, m, n, ñ, p, t. Es capaz de comunicarse a través de los gestos y la mímica, además del lenguaje oral. Habla de sí mismo en primera persona utilizando “yo”, “mi” y “me” en lugar de su nombre. Utiliza el lenguaje oral para contar lo que hace, lo que quiere, lo que le pasa, etc. (5)

Desarrollo total y normal a nivel de comunicación y lenguaje del niño en su desarrollo.

2.4 Control Motor

El control motor es la capacidad que tiene un ser vivo para desplazarse en la naturaleza sin ninguna dificultad. Cuando hablamos de control motor nos referimos a dos aspectos importantes: el primero es el control motor aplicado al mantenimiento de la postura y el equilibrio y el segundo es el control motor aplicado a un movimiento específico.

El control motor es el resultado de distintos procesos motores, cognitivos y sensoriales dada la naturaleza y la complejidad del movimiento, así como de sistemas que

interactúan para que se realice el más simple movimiento ejemplo: Mover el meñique.
(7)

El control motor se refiere a que la relación de muchos procesos a nivel cognitivo y sensorial corresponde al control del sistema nervioso central que el ser humano va adquiriendo según el proceso de interacción con el medio.

2.4. Teorías de control motor

Teorías de Reflejo: está basada en los trabajos de Sherrington, defiende que los eventos físicos que ocurren en el medio sirven de estímulo para la acción, iniciando un cambio en los circuitos reflejos del individuo que son los responsables de producir una respuesta de movimiento. Las limitaciones de esta teoría son particularmente evidentes cuando consideramos que en la mayoría de deportes y actividades cotidianas la mayoría de acciones deben ser proactivas para evitar consecuencias indeseadas. No explica la ejecución de movimientos en ausencia de feedback sensorial. (8)

Según Sherrington, la teoría de reflejo se refiere a que ocurre un estímulo para iniciar una acción y hay respuesta inmediata de microsegundos la cual es evidente con una reacción.

Teorías Jerárquicas: asumen que todos los aspectos de planificación y ejecución del movimiento son responsabilidad de uno o más centros corticales que representan el más alto nivel de mando en el SNC, siendo capaz de coordinar y regular el movimiento con o sin referencia del feedback sensorial. Este rígido punto de vista de “arriba-abajo” ha sido modificado por la conexión entre niveles, los centros más bajos espinales informan de cómo está ejecutando el movimiento a centros superiores en forma de feedback. Las representaciones del movimiento son almacenadas en la memoria en forma de planes o programas de movimiento. Estos programas motores se cree consisten en un conjunto pre-estructurado de comandos motores que son construidos en niveles superiores corticales y luego comunican a centro inferiores cómo ejecutar el movimiento. Puede aplicarse a un amplio número de movimientos y puede alterarse

o modificarse, durante la ejecución, en respuesta a cambios en las estructuras ambientales. Lo esencial en este concepto es la existencia de parámetros, unos variables, otros invariables que son aplicados al GPM para especificar cómo va a expresarse un patrón concreto de movimiento. (8)

La teoría de Jerárquica es representada por el sistema nervioso central siendo este el motor principal para crear y ejecutar movimiento también existe un almacenamiento estructurado el cual se lo usa en el momento de la ejecución de un movimiento.

Teoría de los Sistemas Dinámicos: Une la teoría de los sistemas de Bernstein, la teoría de la acción dinámica¹ y la teoría ecológica de Gibson. Las conductas motoras resultan de la interacción de múltiples subsistemas (neurológicos, biológicos, musculo-esquelético). Ningún subsistema tiene prioridad sobre otro o es el único capaz de controlar/prescribir cómo se desarrollará la acción, este fenómeno se denomina auto-organización, principio fundamental en esta teoría. (8)

La implicación clínica más importante es que la intervención no debe basarse en las deficiencias dentro de sistemas individuales, sino en la interacción de estos daños entre los múltiples sistemas. El movimiento emerge de la interacción del individuo, la tarea y el entorno en el que se lleva a cabo dicha tarea y es el resultado de la interacción dinámica entre la percepción, cognición y sistemas de acción. Los estados atractores son patrones preferidos de movimiento para realizar actividades comunes de la vida diaria. Los parámetros de control (dirección, fuerza, velocidad, información perceptiva...) son variables, que regulan la conducta de todo el sistema. La adquisición de habilidades motoras puede verse como la búsqueda de los patrones de control óptimos para satisfacer las demandas de la tarea en cada individuo. (8)

La teoría de los sistemas dinámicos son un conjunto de varios sistemas como musculo-esquelético, neurológicos, y biológicos que ayudan al que ser humano sea autónomo tanto en el desenvolvimiento de su desarrollo como en el medio, adquiere diferentes habilidades para satisfacer sus necesidades tanto de conducta como de actividad diaria.

2.5 Aprendizaje Motor

Aprendizaje motor El aprendizaje motor (AM) se define como el conjunto de procesos internos asociados a la práctica y la experiencia, que producen cambios relativamente permanentes en la capacidad de producir actividades motoras, a través de una habilidad específica. Lo que aprendemos se retiene o almacena en nuestro cerebro y constituye lo que denominamos memoria no considerándose como aprendizaje las modificaciones a corto plazo. (7)

El aprendizaje motor se asocia de muchos procesos a nivel motor con habilidades específicas que el cerebro almacena, considerándose así un proceso rápido y colectivo de diferentes formas de aprendizaje.

2.6 Actividad Refleja

Durante los primeros años de vida, la influencia y los estímulos que recibe el bebé de su entorno ejercen acción determinante sobre su desarrollo, precisamente porque actúan sobre estructuras que están en pleno proceso de crecimiento y maduración. Cuando nace un niño, sus movimientos o actitudes son respuestas reflejas, incondicionadas, funciones específicas de las zonas subcorticales, que le permiten sobrevivir y adaptarse al medio. No obstante, tales reflejos no garantizan el desarrollo del niño, ya que las experiencias del medio exigen otra forma de respuesta (la de tipo voluntaria), donde la corteza cerebral tiene la tarea de formar estos reflejos condicionados o respuestas voluntarias a los diferentes estímulos que el niño recibe de su entorno. (9)

En el proceso de actividad refleja normal participan de manera muy especial los mecanismos cerebelo vestibulares los cuales son responsables de la postura en relación a la gravedad, por medio de los sensores del oído interno. Predominan 3 reflejos importantes descritos por Magnus (1926) quien estimuló los órganos vestibulares para obtener respuestas encontrando así:

- Reflejo tónico simétrico (RTS)
- Reflejo tónico asimétrico (RTA)
- Reflejo tónico laberíntico (RTL). (9)

La actividad refleja se considera una participación de mecanismos a nivel vestibular que ayuda a que el cuerpo reaccione de manera inmediata a estímulos involuntarios del cuerpo y así actúe de manera rápida con respuesta automática.

2.6.1 Funciones de la actividad refleja

- Garantizar la supervivencia del niño que sale del claustro materno hasta que adquiere los actos voluntarios para valerse por sí mismo y poder sobrevivir. (9)
- Garantizar la adquisición y buen desarrollo de las diferentes conductas adaptativas del niño al medio en el que vive. Poco a poco va a ir adecuando los medios con los que cuenta hasta que consiga las habilidades motrices básicas para adaptarse al medio que lo rodea. (9)

Las funciones son actos voluntarios de un perfecto desarrollo a nivel motor que el individuo tiene para valerse por sí mismo y sobrevivir en el medio

2.6.2 Características de la actividad refleja.

Rapidez del fenómeno: los reflejos transcurren en un periodo de 0,5 segundos desde que el estímulo es percibido.

Identidad de la reacción: Una misma reacción produce siempre una misma respuesta.

Carácter involuntario e irreflexivo de la reacción: Son invariables, tanto en cuanto a la localización y tipo de respuesta a un estímulo particular como con respecto a la provocación de la respuesta.

La conducta refleja es definida y aislable de naturaleza localizada y segmentada:

Solo se puede iniciar por medio de la estimulación. (9)

Características específicas que definen como reacciona una actividad refleja a un estímulo con muchos factores a su alrededor.

2.7 Reflejos primarios y secundarios

2.7.1 Reflejos primarios

Los reflejos primarios o del desarrollo son: Respuestas motoras relativamente estereotipadas, desencadenados por estímulos, que forman parte de la conducta normal del neonato. La mayoría de estas respuestas motoras aparecen durante la segunda mitad del embarazo, encontrándose presentes en el neonato y en el lactante pequeño, para luego desaparecer siguiendo un orden predecible durante el primer año de vida. (10)

Reflejo de moro: Corresponde a la abducción simétrica de brazos con extensión de los antebrazos, seguido de aducción de los brazos y flexión de los antebrazos. - Este reflejo es desencadenado por un fuerte o inesperado ruido, o cuando el bebé siente que está cayendo, observándose sobresalto. (10)

El reflejo de moro se refiere a que hay un acercamiento de los brazos hacia la línea media y externamente en lapso de segundos cuando él bebe siente que se cae.

Reflejo tónico asimétrico del cuello (RTCA): Este reflejo es desencadenado al girar pasivamente la cabeza hacia un lado, hasta que el mentón llegue al hombro, manteniendo esta posición por unos 15 segundos, para luego volver a la línea media. (10)

Reflejo tónico simétrico del cuello - Consiste en la extensión de brazos y flexión de piernas por parte del neonato cuando se realiza la extensión de cabeza. (10)

Estos reflejos se relacionan en sí porque se encuentran a nivel de cuello en posición supina por 15 segundos cada uno.

Reflejo de apoyo positivo: Consiste en que el lactante soporte su peso corporal. Se desencadena al estimular la planta de los pies. 4 meses (10)

Reflejo laberíntico tónico: Consiste en la retracción de los hombros con extensión de cuello y una retracción del tronco con la flexión de cuello. 11-24 meses. (10)

Reflejo de prensión palmar: Corresponde a la flexión y empuñamiento de los dedos del neonato. Se desencadena al poner el índice en la palma de este. En los neonatos prematuros este reflejo está presente claramente desde la 26-28 semanas de gestación y está firmemente establecido a las 32 semanas de gestación. Los neonatos prematuros a la edad de término presentan un reflejo de menor duración que los neonatos nacidos de término. 6 meses (10)

Este reflejo se desencadena desde que el niño se encuentra en el vientre de la madre, se lo realiza haciendo palpación en medio de la mano y el niño hace referencia de cerrarla.

Reflejo de prensión plantar: Corresponde a la flexión de los dedos del neonato. Se desencadena presionar el pulgar contra la planta al lado de los dedos del pie. (10)

Reflejo babinski: Al estimular linealmente la planta externa de los pies del recién nacido, desde el talón hasta los dedos del pie, el bebé abrirá y extenderá sus dedos y girará el pie hacia adentro como si quisiera asirse de algo y evitar resbalarse. Es normal hasta los 2 años.

Apoyo y marcha automática: Al poner al recién nacido de pie sosteniéndolo por las axilas, e inclinándolo hacia adelante, el bebé flexionará la extremidad que toca el piso y estirará el otro pie semejando dar pasitos. Desaparece entre los dos y tres meses de vida. (10)

Reflejo de reptación: el bebé colocado boca abajo, cabeza en línea media, iniciará espontáneamente movimientos de arrastre. Si presionamos un poco las plantas de sus pies se facilita la respuesta. (10)

Reflejo de reptación: el bebé colocado boca abajo, cabeza en línea media, iniciará espontáneamente movimientos de arrastre. Si presionamos un poco las plantas de sus pies se facilita la respuesta. (10)

2.7.2 Reflejos Secundarios

Reflejos oro faciales: Los neonatos también presentan otros tipos de reflejos, los orales. Estos garantizan la alimentación durante el periodo postnatal inmediato y son la base para que puedan emerger respuestas similares a nivel voluntario. Si estos automatismos persisten después de la edad correspondiente, se interferirá en el desempeño coordinado de actividades como la respiración, alimentación y comunicación.

Los reflejos orales pueden dividirse, según su relación con la alimentación, en adaptativos y protectores. (10)

Reflejos adaptativos: Estos reflejos son importantes para la adquisición de la alimentación. Dentro de estos encontramos los de búsqueda, de succión, deglución y protrusión lingual.

Reflejo de búsqueda: Es una actividad que por lo general precede a la succión y ayuda a la orientación y aprehensión del pezón o chupete de la mamadera. Al tocar la región peri oral, se produce la respuesta de giro de cabeza alternativo, terminando el reflejo

cuando se agarra el estímulo. Luego del primer mes la respuesta ante el estímulo se vuelve más simple, realizando un movimiento directo de cabeza frente al estímulo. Esto se observa tanto en recién nacidos de término como en prematuros. Gracias a la capacidad de anticipación del lactante este reflejo es sustituido alrededor de los 3 meses por la apertura bucal. Participan en este reflejo los pares craneales V, VII, XI y XII. (10)

Este reflejo ayuda al niño a que se desarrolle su estímulo de percepción hacia el pezón de la madre con movimiento leve de la cabeza y guiándose con su olfato.

Reflejo de succión: Se desencadena al poner en la boca del lactante un dedo o el pezón de la madre y la respuesta consiste en una actividad de succión alternada con periodos de descanso. De los 2 a 3 meses se incorpora la actividad mandibular y el reflejo desaparece alrededor de los 6 meses. La ausencia de éste cuando corresponde o la persistencia después de los 12 meses puede ser un indicador de lesión cerebral. Los pares craneales involucrados en este reflejo son V, VII, IX y XII. (10)

Este reflejo ayuda a que el niño pueda alimentarse mediante la succión hace con pocos periodos de descanso desarrollando así la actividad mandibular.

Reflejo de deglución: Aparece antes del reflejo de succión por lo que en ocasiones es difícil separarlos. El acto deglutorio involucra la participación de acciones musculares de la boca, lengua, paladar y faringe, y depende de la coordinación muy estrecha de un patrón de movimientos. Es desencadenado con la presencia de un fragmento de alimento en la faringe por los pares craneales V, VII, IX, X y XII. El patrón inmaduro que, consiste en movimientos deglutorios con protrusión lingual, se puede observar hasta aproximadamente los 18 meses de edad. Después se observa un cambio en el patrón de movimientos cuando aparece el patrón deglutorio maduro. Las alteraciones en la deglución son signos frecuentes de niños y lactantes que presentan déficits neurológicos, siendo aquel más importante de los reflejos de la alimentación para determinar la existencia de un trastorno neurológico. (10)

Este reflejo nos ayuda a poder ingerir alimentos desarrollándose así de la mejor manera con nuestro sentido del gusto coordinado varios movimientos para así realizar los diferentes movimientos deglutorios.

Reflejo de protrusión lingual: Se considera parte de una reacción del mecanismo succión-deglución. Este reflejo se desencadena al tocar los labios o la lengua y, gracias a la acción del par craneal XII, se genera una respuesta de empuje de la lengua entre los labios. Este reflejo desaparece alrededor de los 4-6 meses de edad.

Reflejos protectores: Estos reflejos, también llamados de defensa, se encargan de proteger las vías aéreas durante la alimentación. Entre estos encontramos el reflejo de mordida, de arcada y de tos. (10)

Reflejo de arcada: Se presenta desde la 32 y 33 semanas de edad gestacional. Es similar al reflejo nauseoso o de vómito, pero involucra una menor extensión de la musculatura de faringe, laringe y lengua. Este reflejo se mantiene durante toda la vida, actuando como un mecanismo protector de la vía aérea. Desde el nacimiento hasta el sexto mes de vida, este reflejo es desencadenado en las rugas palatinas o tercio anterior de la lengua, para luego desencadenarse en la región posterior, cuando ya está presente la masticación. Se encargan de él los pares craneales IX y X. (10)

Este reflejo persiste hasta la edad adulta ayuda a la salida de alimentos, líquidos y fluidos por enfermedades respiratorias mediante la musculatura interna de extensión del cuello.

Reflejo de mordida: Se desencadena al ejercer presión sobre las encías por el V par craneal. Está presente en el momento del nacimiento y desaparece entre el séptimo y el noveno mes, y a partir de ese momento es sustituido por un patrón de masticación más maduro.

Reflejo de tos: Se presenta de forma consistente a las 30 semanas de vida en el 80% de los lactantes, y se mantiene durante toda la vida. Puede ser desencadenado por dos

mecanismos: 1) por la activación de los receptores laríngeos, debido a la presencia de sustancias extrañas en la vía aérea superior o 2) por la activación de los receptores bronquiales, debido a la presencia excesiva de secreción bronquial. Este reflejo se mantiene durante toda la vida y puede ocurrir en cualquier momento durante la 17 alimentación del lactante. Una tos excesiva y persistente durante la alimentación, da cuenta de una alteración en la coordinación succión-deglución-respiración. (10)

2.8 Alteraciones de desarrollo Psicomotor

La noción de retraso psicomotor implica, como diagnóstico provisional, que los logros del desarrollo de un determinado niño durante sus primeros 3 años de vida aparecen con una secuencia lenta para su edad y/o cualitativamente alterada. Es preciso distinguir el retraso psicomotor global, que afecta no sólo a las adquisiciones motrices sino también al ritmo de aparición de las habilidades para comunicarse, jugar y resolver problemas apropiados a su edad; en este caso cabe pensar que el retraso psicomotor persistente en esos primeros años puede estar preludiar un futuro diagnóstico de retraso mental. En otras ocasiones el retraso es sólo evidente en un área específica, como las adquisiciones posturo-motrices (la mayor parte de las veces, acompañándose de anomalías cualitativas del tono muscular), el lenguaje o las habilidades de interacción social. (3)

Es muy importante hacer un seguimiento continuo el desarrollo motor del niño hasta los 3 años para que a futuro no puedan tener algún retraso o alteración en su desarrollo. Si desde el inicio no se ha detectado alguna anomalía y es persistente en el niño se puede decir que puede a ver alguna afectación.

2.9 Signos de alarma del desarrollo psicomotor

Cuando un niño se desvía de la normalidad valoramos que signos de alarma presenta. Un signo de alarma es la expresión clínica de una desviación del patrón normal del desarrollo. Un signo de alarma no supone necesariamente la presencia de patología

neurológica, pero es una alarma, una alerta que obliga a hacer un seguimiento evolutivo más exhaustivo del niño. (11)

Signos de alarma físicos:

- Fenotipo peculiar, rasgos dismorficos
- Estigmas cutáneos
- Organomegalias
- Crecimiento anormal del perímetro cefálico
- Anomalías en la fontanela o en las suturas
- Anomalías oculares

Signos de alarma motores:

- Retraso de adquisiciones motrices:
- No control cefálico a los 4 meses
- No sedestación a los 9 meses
- Ausencia de desplazamiento autónomo a 10 meses
- Ausencia de marcha autónoma a los 18 meses
- Pulgar en aducción (> 2 meses), uní o bilateral
- No coge objetos a partir de los 5 meses
- Trastorno del tono muscular (hipertonía, hipotonía).
- Asimetrías en la postura o en la actividad.
- Movimientos anormales (temblor, distonías, dismetría.).

Formas atípicas del desarrollo motor:

- Rechazo del prono.
- “Sentarse en el aire”.
- Ausencia de rastreo / gateo.
- Desplazamiento por “shuffling”.
- Marcha de puntillas.
- Pinza manual entre el dedo pulgar y medio.
- Señalar con el dedo pulgar

- Distonía transitoria del lactante

Signos de alarma sensoriales vision:

- Escaso interés
- Movimientos oculares anormales
- Ausencia de seguimiento visual Los niños con mayor riesgo de déficit visual son prematuros, niños con síndromes mal formativos que pueden asociar anomalías oculares y niños con sospecha de infección congénita. (11)

Audición:

- Escasa o nula reacción a la voz, sonidos
- Falta de orientación hacia la fuente del sonido.
- La audición se evalúa dentro del cribado del recién nacido y hay poblaciones de riesgo como: antecedente de infección congénita (CMV), hiperbilirrubinemia neonatal, microcefalia, tratamiento con aminoglucosidos. (11)

Signos de alarma en el lenguaje:

- Escasa reacción a la voz materna a los 2 meses.
- No gira la cabeza al sonido a los 4 meses.
- Ausencia de vocalizaciones recíprocas en los primeros meses y falta de balbuceo en el segundo trimestre.
- Ausencia de bisílabos a los 15 meses.
- No comprende órdenes sencillas a los 18 meses.
- No señala partes de la cara a los 2 años.
- Ausencia de lenguaje propositivo a los 2 años.
- No dice ninguna frase a los 30 meses.

SIGNOS DE ALARMA EN EL DESARROLLO COGNITIVO:

- Ausencia de viveza en la mirada.
- No sonrisa social.
- Escaso interés por las personas u objetos.
- Escasa reacción ante caras o voces familiares.
- No extraña (12 meses).
- No imita gestos (12 meses).
- No comprende prohibiciones (12 meses).
- No señala con el índice (12 meses).
- No comprende órdenes sencillas.
- No realiza juego imitativo (18 meses).
- Conducta o juegos estereotipados F)

Signos de alarma de conducta:

- Apatía / irritabilidad.
- Desaparición de la mirada “brillante”.
- Rechazo contacto físico.
- Falta de interés por entorno o personas
- Auto estimulación / autoagresión.
- Juego estereotipado.
- Crisis de ansiedad / baja tolerancia a la frustración (11)

2.10 Evaluación del desarrollo psicomotor

La evaluación del desarrollo psicomotor permite conceptualizar los comportamientos observados en el desarrollo. Las técnicas desarrolladas para evaluar este proceso suponen una pluralidad de alternativas metodológicas, concepciones teóricas y énfasis en distintos aspectos. Por un lado, existen algunos instrumentos tradicionales cuyo objetivo es la obtención de una medida global del desarrollo, y por otro lado, algunos procedimientos para evaluar áreas específicas de desarrollo. (12)

La evaluación del desarrollo psicomotor nos permite observar cada comportamiento del niño, este proceso no ayudara a definir pautas claves en la obtención de global del desarrollo, en habilidades motoras poniendo énfasis en cada uno de los aspectos que existen en cada una las áreas de evaluación con implementación complementaria.

2.10.1 Objetivo de la Evaluación del desarrollo psicomotor

Este debería ser, por sobre todas las cosas, detectar oportunamente sus alteraciones, y gracias a eso tener la posibilidad de iniciar a tiempo un tratamiento; es decir evaluar un enfoque preventivo, buscando evitar o al menos aminorar la instauración de la patología discapacitantes en la infancia. (2)

El objetivo de la evaluación, es detectar oportunamente, alteraciones en el desarrollo en cada área, en un tiempo preciso y establecido fin de obtener un enfoque preventivo e iniciar con un tratamiento adecuado y prevenir posibles patologías incapacitantes en el niño.

2.10 2 Valoración del desarrollo psicomotor

La evaluación desarrollo psicomotor (DSM) es considerada parte esencial de la supervisión de salud en pediatría.

Tanto en el ámbito nacional, como a nivel internacional, se recomienda vigilar la progresión del desarrollo en los controles de salud y la aplicación de pruebas estandarizadas de cribado frente a la sospecha clínica de déficit o bien a edades específicas. La Academia Americana de Pediatría recomienda el uso de test estandarizados a los 9, 18 y 30 meses de edad, y la norma técnica del Ministerio de Salud Nacional, a partir del año 2008, lo indica a los 8, 18 y 36 meses. (13)

La valoración del desarrollo psicomotor es esencial, se recomienda la vigilar y el control en la salud con pruebas estandarizadas en la sospecha de un déficit motor la

academia Americana de Pediatría ha recomendado el uso de test estandarizados para cada etapa de desarrollo.

2.10.3 Técnicas de evaluación del desarrollo psicomotor

Los métodos para evaluación del desarrollo son numerosos y variados, incluyendo encuestas a los padres, observación directa en el consultorio del pediatra, y escalas del desarrollo. Actualmente existen numerosas pruebas que pueden ser utilizadas. Una vez que sospecha un problema, el médico debe insistir en llegar a un diagnóstico. Es aquí donde, dentro de un abordaje mucho más amplio, intervienen el psicólogo, psiquiatra infantil, neurólogo y otros especialistas.

La evaluación del desarrollo engloba fundamentalmente tres tipos de acciones: vigilancia, pruebas y evaluación del desarrollo. La vigilancia del desarrollo es un método sencillo e informal, con buena respuesta, si quien la realiza posee los conocimientos suficientes sobre desarrollo infantil. En general este método detecta los problemas severos, pero en menor medida los retrasos sutiles del desarrollo. (14)

Las técnicas de evaluación son variadas las cuales pueden ser utilizadas en distintos aspectos y diagnósticos en el desarrollo, es que principalmente donde interviene un abordaje amplio fundamentalmente en la vigilancia del desarrollo infantil, pero esto debe realizarlo una persona con conocimientos suficientes, en la materia para detectar problema severo o leves del desarrollo psicomotor.

2.10.4 Instrumentos de evaluación

Este tipo de instrumentos pretende una evaluación global del sujeto, incluyendo en esta globalidad aspectos cognitivos. Estas escalas, en general, son instrumentos con los que se puede extraer un diagnóstico general, en términos de cociente y/o perfil, que establece el ajuste o desajuste de un determinado sujeto con un patrón evolutivo previo. (2)

Los instrumentos de evaluación se realizan con un solo objetivo el cual es obtener un consenso global de aspectos cognitivos, estas escalas son de uso específico para extraer el diagnóstico general del niño en el desarrollo en las diversas áreas motoras en su proceso evolutivo.

2.10.5 Escala Abreviada de Desarrollo (Ministerio de Salud – Nelson Ortiz – Noviembre 1999)

Sin lugar a dudas, el disponer de instrumentos confiables, adaptados y normalizados a la cultura regional, ha sido una de las necesidades más sentidas por los diversos profesionales involucrados en la evaluación y diagnóstico del desarrollo infantil. Esta necesidad inicialmente percibida en la consulta individual, se ha convertido con el surgimiento de numerosos programas de gran cobertura, en una demanda social con repercusiones para el diseño y evaluación de políticas y programas orientados al mejoramiento de las condiciones para el desarrollo de la infancia. (15)

La presente Escala por su carácter abreviado es un instrumento diseñado para realizar una valoración global y general de determinadas áreas o procesos de desarrollo. Aunque se han incluido algunos indicadores “claves” para detectar casos de alto riesgo de detención o retardo, y los criterios utilizados para ubicación de los indicadores en cada rango de edad maximizan la posibilidad de que los niños con alteraciones o problemas puedan ser detectados; en ningún momento se pretende que este sea un instrumento que permita una valoración exhaustiva del proceso de desarrollo. (15)

Esta escala ha sido diseñada para evaluar el desarrollo psicomotor de los niños(as) detectando oportunamente alteración o retardo en el desarrollo, con indicadores de edad que nos permita realizar una valoración completa en su proceso.

La Escala debe ser utilizada con toda la responsabilidad y prudencia que demanda una valoración y diagnóstico. Es fundamentalmente un instrumento de apoyo para detectar los casos que por su bajo rendimiento podrían ameritar una evaluación comprensiva más detallada, para poder establecer con objetividad la existencia real de retardos o

alteraciones generalizadas o específicas. La prueba de este instrumento en niños de todas las regiones del país y la disponibilidad de parámetros normativos nacionales, sin lugar a dudas le confieren una gran validez y confiabilidad como herramienta para la valoración y seguimiento del desarrollo de los niños menores de cinco años; la utilización adecuada de este instrumento, si bien no requiere de conocimientos especializados, sí demanda la lectura cuidadosa del manual, la práctica en la observación y valoración de niños y el seguimiento de las instrucciones de aplicación, registro e interpretación que se consignan en este documento. (15)

Esta escala debe ser utilizada adecuadamente por profesionales en la materia, teniendo conocimiento amplio del tema y rigiéndonos a las intrusiones debidamente establecidas en la escala ya que tiene una gran validez, siendo un gran aporte para la sociedad.

2.10.6 Selección de las áreas

Para la categorización de los ítems por áreas se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

Por una parte, la relevancia que asignan los diferentes autores a las áreas seleccionadas. El desarrollo de la motricidad gruesa fina, el lenguaje y el área personal-social, son quizás los aspectos más importantes para el análisis del proceso del desarrollo durante los primeros cinco años; esto obedece, no tanto a la denominación de las áreas en sí mismas, como al tipo de indicadores que se incluye, los cuales pretenden evidenciar la ocurrencia de procesos relacionados con:

Área motricidad gruesa: maduración neurológica, control de tono y postura, coordinación motriz de cabeza, miembros, tronco. (15)

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

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

Área personal-social: procesos de iniciación y respuesta a la interacción social, dependencia-independencia, expresión de sentimientos y emociones, aprendizaje de pautas de comportamiento relacionadas con el autocuidado. (15)

Estas áreas nos permiten conocer las partes que fueron a evaluadas en el niño y nos informa sobre el estado de desarrollo psicomotor que se encuentra.

2.10.7 Instrucciones generales para la administración de la escala instrucciones a la madre.

La Mayoría de los niños se sienten más tranquilos cuando los acompaña su madre o cuidadora durante el examen, por tanto, debe permitirse que esta persona esté presente, pero indicándole su papel para evitar que interfiera en el proceso de la evaluación. Basta con decirles que se van a observar algunos comportamientos del niño para establecer su estado de salud y desarrollo, que puede apoyarlo cuando se le solicite, pero en ningún momento indicarle cómo hacer las cosas. Es importante que la madre sepa que el niño no necesariamente debe hacer correctamente todo y que los niños se comportan de maneras diferentes, esto le dará tranquilidad y facilitará su cooperación. (15)

2.10.8 Condiciones físicas del examen

El sitio donde se realiza la evaluación debe ser lo más silencioso y aislado posible, evitando las interrupciones e interferencias que distraen el niño y obstaculizan su desempeño. En el caso del examen de niños menores de un año, lo ideal es trabajar sobre una camilla o mesa abollonada; con los niños entre 12 y 24 meses es preferible una colchoneta o tapete en el piso, para los niños mayores deberá disponerse de una

mesa y sillas apropiadas en la cual puedan ubicarse cómodamente la madre, el niño y el examinador. Pero lo más importante es que todos se sientan cómodos independientemente de que se disponga de todos los elementos anotados. (15)

2.10.9 Condiciones del niño

Aunque las condiciones para iniciar el examen propiamente dicho varían de acuerdo con la edad y características de cada niño, y es el examinador quien debe juzgar el momento adecuado, vale la pena resaltar algunos criterios que deben cumplirse:

Antes de iniciar el examen debe esperarse unos minutos para que el niño se adapte a la situación, se calme si está llorando o acepte la presencia y contacto físico del examinador. Generalmente unas pocas palabras tranquilizadoras y el intercambio de un juguete llamativo para que el niño lo manipule, son suficientes para brindarle confianza. Él debe sentirse en una situación de juego. (15)

Todas las condiciones antes mencionadas nos ayudan a tener el conocimiento general y adecuado de las características que el niño tiene que tener acorde a su edad y los conocimientos que debe tener el examinador durante la evaluación.

2.10.10 Definición de factores de riesgo para el desarrollo psicomotor

A partir de las mediciones de variables biológicas y psicológicas del niño y de las variables ambientales disponibles se identificó 17 factores de riesgo para el desarrollo. Los factores fueron elegidos de acuerdo a dos criterios: la existencia de antecedentes en la literatura que mostraran su relación con el desarrollo infantil, y la confiabilidad en el nivel de la medición. Los niveles de riesgo fueron establecidos mediante dicotomización de las variables, orientada por criterios conceptuales en aquellos factores en que existieran antecedentes para establecer claramente un punto de corte. Las variables de temperamento infantil, nivel socioeconómico, número de orden, eventos estresantes, depresión materna e ingesta de alcohol fueron dicotomizados de

acuerdo a criterio estadístico, definiéndose como riesgo el 25% con condiciones más adversas para el desarrollo infantil. (16)

Los factores que afectan principalmente fueron elegidos de acuerdo a varios criterios en relación al desarrollo infantil, los niveles más altos de riesgo fueron establecidos como el nivel socio económico, depresión materna, ingesta de alcohol de acuerdo a un criterio estadístico.

En 2003, un estudio realizado en Santiago de Chile a 541 preescolares de nivel socioeconómico bajo detectó 84 paciente con déficit en desarrollo psicomotor y con los datos recolectados se determinó que el único factor de riesgo con significancia estadística era el analfabetismo materno, pero el hacinamiento, las familia más numerosas, también. La inadecuada relación “individuo en desarrollo-medio ambiente” ha sido descrita como la variable de mayor peso para explicar la deficiente progresión del desarrollo infantil. (17)

2.11 Valoración del estado nutricional

Para conocer el estado nutricional de una población, podemos recurrir a los indicadores directos e indirectos; los indicadores directos evalúan a los individuos y los indirectos permiten sospechar la prevalencia de problemas nutricionales. Los indicadores directos más comunes son los antropométricos, pruebas bioquímicas, datos clínicos. Los indirectos son el ingreso per cápita, consumo de alimentos, tasas de mortalidad infantil, entre otros. Los objetivos de la valoración de estado de nutrición son: a) conocer o estimar el estado de nutrición de un individuo o población en un momento dado, b) medir el impacto de la nutrición sobre la salud, el rendimiento o la supervivencia, c) identificar individuos en riesgo, prevenir la mala nutrición aplicando acciones profilácticas, planeación e implementación del manejo nutricional, d) monitoreo, vigilancia, y confirmar la utilidad y validez clínica de los indicadores. (18)

En lo que respecta a valoración nutricional debemos tener conocimiento necesario y conocer las características de impacto, para manifestar cuales son las que más recaen en la población siendo útil para la evaluación de los niños.

2.12 Indicadores del estado nutricional

2.12.1 Indicadores Antropométricos

La antropometría es una de las mediciones cuantitativas más simples del estado nutricional; su utilidad radica en que las medidas antropométricas son un indicador del estado de las reservas proteicas y de tejido graso del organismo. Se emplea tanto en niños como en adultos. Los indicadores antropométricos nos permiten evaluar a los individuos directamente y comparar sus mediciones con un patrón de referencia generalmente aceptado a nivel internacional y así identificar el estado de nutrición, diferenciando a los individuos nutricionalmente sanos de los desnutridos, con sobre peso y obesidad. Los indicadores antropométricos más comunes que conocemos son: a) peso-talla, b) talla-edad en niños, c) peso-edad, d) medición de circunferencia de cintura y de cadera en adultos y e) índice de masa corporal .3 Las ventajas de los indicadores antropométricos entre otros son: a) no invasivos, b) accesible y fáciles de ejecutar, c) equipo barato para realizarlo. Entre sus desventajas podemos citar: a) requieren de personal capacitado, b) su confiabilidad depende de la precisión y exactitud. (18)

Peso / talla: Dentro de los indicadores antropométricos, los más utilizados han sido las mediciones de peso y talla, pues tienen amplia disponibilidad de equipo, facilidad y precisión en su ejecución, y gozan de aceptación general por parte de los pacientes evaluados. Evalúa la desnutrición aguda o de corta duración. La mayor parte de los individuos definen la presencia de obesidad de acuerdo con el peso corporal; el problema básico que implican estas medidas es que el peso guarda una relación estrecha con la talla, motivo por el cual no pondera adecuadamente la grasa corporal, pues se debe recordar que en la obesidad existe un exceso de la misma; sin embargo,

en menores de 12 años es el indicador de elección para evaluar el impacto de los programas de intervención nutricional. (18)

Talla para la edad: Es adecuado para niños, es el resultado de la medición de la talla relacionado con la edad, donde se compara con un patrón o tablas de referencia y se obtiene el diagnóstico; este indicador evalúa la desnutrición crónica, de larga duración, y nos da en su caso el retardo en el crecimiento (desmedro o pequeñez). Es útil en los programas de investigación social.

Peso para la edad: Es recomendable también en la evaluación del estado de nutrición en niños, el resultado de la medición del peso relacionado con la edad, se compara con una tabla o patrón de referencia y se obtiene la clasificación del estado nutricional. Este indicador es útil para predecir el riesgo de morir en menores de cinco años, por lo cual es de suma utilidad en los programas de vigilancia nutricia en este grupo de edad. Evalúa la desnutrición aguda y crónica, sin diferenciar la una de la otra. (18)

Índice de masa corporal: La OMS propone la clasificación de sobrepeso en adultos hombres y mujeres con IMC entre $25.0 < 30.0$ y obesidad a individuos con IMC mayor o igual a 30,8 con los parámetros siguientes: desnutrición grado III menor a 16, desnutrición grado II de 16-16.9, desnutrición grado I de 17-18.4, normal de 18.5 a 24.9, obesidad I de 25 a 29.9, obesidad II de 30-40 y obesidad III de 30 a 40. (18)

Todos los indicadores del estado nutricional y antropométricos se utilizan para la evaluación de niños y adultos con estadísticas establecidas para el funcionamiento adecuado en su desarrollo con valores establecidos de nutrición, talla, peso y IMC y sacar la mejor evaluación.

2.12.2 Alteraciones del Estado Nutricional

Como consecuencia surge la desnutrición considerada como la expresión clínica de un fallo del crecimiento mantenido que se traduce en la alteración del tamaño y composición corporales. **Causas primarias o ambientales** Obedece a la ingesta

insuficiente o inadecuada de alimentos, que generalmente se asocia a circunstancias desfavorables del entorno del niño tanto ambientales como psicosociales:

- Errores en la alimentación por defecto de técnica (frecuencia desordenada, alimentos hipo calóricos, biberones mal preparados), dietas inadecuadas, vegetarianismo, prolongación de la lactancia materna sin introducción de la alimentación complementaria, etc. (19)
- Alteraciones en el establecimiento del vínculo madre e hijo y en el desarrollo de la conducta alimentaria del niño. El proceso de creación de hábitos alimentarios se inicia en el periodo de total dependencia de recién nacido y se culmina en la autonomía de la adolescencia.
- La marginación social, la pobreza e ignorancia, aseguran una alimentación insuficiente. Este es un problema que se ha ido acrecentando en los últimos años con la inmigración de familias desde países sin recursos, que se incorporan a nuestra sociedad en condiciones precarias y cuya situación requiere una implicación sanitaria y social prioritaria. (19)

2.13 Evaluación del Sistema Socio-económico.

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (I.N.E.C.) en su Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en el año 2013, informo que seis de cada diez niños tienen problemas de malnutrición ya sea por déficit o por exceso, la desnutrición es la decimocuarta causa de mortalidad infantil, siendo la región sierra y en particular el área rural la más afectada. (20)

Los niños son vulnerables al estrés causado por las condiciones socioeconómicas y ambientales difíciles, según la Encuesta Nacional de la Niñez y Adolescencia (ENNA), en Ecuador existe variabilidad en cuanto a estructuración familiar; factores como la migración y el rol femenino como fuente de ingresos en el hogar, han llevado a un

ausentismo marcado de la figura materna en el hogar, los resultado del ENNA reflejan que la mitad de las familias ecuatorianas son nucleares seguidas por un alto porcentaje de familias en las que los niños están al cuidados de un solo progenitor e incluso de terceras personas. (20)

2.14 Marco legal y jurídico

2.14.1 CONSTITUCIÓN DEL ECUADOR

Principios fundamentales

Art. 3.- *Son deberes primordiales del Estado:*

1. Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes.

5. Planificar el desarrollo nacional, erradicar la pobreza, promover el desarrollo sustentable y la redistribución equitativa de los recursos y la riqueza, para acceder al buen vivir.

Ciudadanas y ciudadanos

Art. 6.- Todas las ecuatorianas y los ecuatorianos son ciudadanos y gozarán de los derechos establecidos en la Constitución.

La nacionalidad ecuatoriana es el vínculo jurídico político de las personas con el Estado, sin perjuicio de su pertenencia a alguna de las nacionalidades indígenas que coexisten en el Ecuador plurinacional.

La nacionalidad ecuatoriana se obtendrá por nacimiento o por naturalización y no se perderá por el matrimonio o su disolución, ni por la adquisición de otra nacionalidad. (21)

Principios de aplicación de los derechos

Art. 10.- Las personas, comunidades, pueblos, nacionalidades y colectivos son titulares y gozarán de los derechos garantizados en la Constitución y en los instrumentos internacionales.

Art. 11.- El ejercicio de los derechos se regirá por los siguientes principios
2. Todas las personas son iguales y gozaran de los mismos derechos, deberes y oportunidades.

Agua y alimentación

Art. 12.- El derecho humano al agua es fundamental e irrenunciable. El agua constituye patrimonio nacional estratégico de uso público, inalienable, imprescriptible, inembargable y esencial para la vida.

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.

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.

Art. 15.- El Estado promoverá, en el sector público y privado, el uso de tecnologías ambientalmente limpias y de energías alternativas no contaminantes y de bajo impacto. La soberanía energética no se alcanzará en detrimento de la soberanía alimentaria, ni afectará el derecho al agua.
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.*

Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

Art. 35.- *Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. (21)*

Sección quinta

Niñas, niños y adolescentes

Art. 44.- *El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas. Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales.*

Art. 45.- *Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho 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 de su libertad y dignidad; a ser consultados en los asuntos que les afecten; a educarse de manera prioritaria en su idioma y en los contextos culturales propios de sus pueblos y nacionalidades; y a recibir información acerca de sus progenitores o familiares ausentes, salvo que fuera perjudicial para su bienestar. El Estado garantizará su libertad de expresión y asociación, el funcionamiento libre de los consejos estudiantiles y demás formas asociativas. (21)

CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

LIBRO PRIMERO

LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES COMO SUJETOS DE DERECHOS

TITULO I

DEFINICIONES

El Estado adoptará las medidas necesarias para eliminar toda forma de discriminación.

***Art. 2.- Sujetos protegidos.-** Las normas del presente Código son aplicables a todo ser humano, desde su concepción hasta que cumpla dieciocho años de edad. Por excepción, protege a personas que han cumplido dicha edad, en los casos expresamente contemplados en este Código.*

***Art. 6.- Igualdad y no discriminación.** - Todos los niños, niñas y adolescentes son iguales ante la ley y no serán discriminados por causa de su nacimiento, nacionalidad, edad, sexo, etnia; color, origen social,*

idioma, religión, filiación, opinión política, situación económica, orientación sexual, estado de salud, discapacidad o diversidad cultural o cualquier otra condición propia o de sus progenitores, representantes o familiares.

Art. 7.- *Niños, niñas y adolescentes, indígenas y afro ecuatorianos.- La ley reconoce y garantiza el derecho de los niños, niñas y adolescentes de nacionalidades indígenas y afroecuatorianos, a desarrollarse de acuerdo a su cultura y en un marco de interculturalidad, conforme a lo dispuesto en la Constitución Política de la República, siempre que las prácticas culturales no conculquen sus derechos. (22)*

Art. 11.- *El interés superior del niño. - El interés superior del niño es un principio que está orientado a satisfacer el ejercicio efectivo del conjunto de los derechos de los niños, niñas y adolescentes; e impone a todas las autoridades administrativas y judiciales y a las instituciones públicas y privadas, el deber de ajustar sus decisiones y acciones para su cumplimiento.*

Art. 12.- *Prioridad absoluta. - En la formulación y ejecución de las políticas públicas y en la provisión de recursos, debe asignarse prioridad absoluta a la niñez y adolescencia, a las que se asegurará, además, el acceso preferente a los servicios públicos y a cualquier clase de atención que requieran.*

Art. 20.- *Derecho a la vida.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la vida desde su concepción. Es obligación del Estado, la sociedad y la familia asegurar por todos los medios a su alcance, su supervivencia y desarrollo.*

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. Para el caso de los niños, niñas y adolescentes con discapacidades, el Estado y las instituciones que las atienden deberán garantizar las condiciones, ayudas técnicas y eliminación de barreras arquitectónicas para la comunicación y transporte.

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. (22)

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

- 1. Acceso gratuito a los programas y acciones de salud públicos, a una 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 y adolescentes que los necesiten;*
- 3. Acceso a medicina gratuita para los niños, niñas y adolescentes que las necesiten;*
- 4. Acceso inmediato y eficaz a los servicios médicos de emergencia, públicos y privados;*

5. Información sobre su estado de salud, de acuerdo al nivel evolutivo del niño, niña o adolescente;

6. Información y educación sobre los principios básicos de prevención en materia de salud, saneamiento ambiental, primeros auxilios;

7. Atención con procedimientos y recursos de las medicinas alternativas y tradicionales;

8. El vivir y desarrollarse en un ambiente estable y afectivo que les permitan un adecuado desarrollo emocional;

9. El acceso a servicios que fortalezcan el vínculo afectivo entre el niño o niña y su madre y padre; y,

10. El derecho de las madres a recibir atención sanitaria prenatal y postnatal apropiadas. (22)

Se prohíbe la venta de estupefacientes, substancias psicotrópicas y otras que puedan producir adicción, bebidas alcohólicas, pegamentos industriales, tabaco, armas de fuego y explosivos de cualquier clase, a niños, niñas y adolescentes.

Art. 28.- Responsabilidad del Estado en relación a este derecho a la salud.- *Son obligaciones del Estado, que se cumplirán a través del Ministerio de Salud:*

1. Elaborar y poner en ejecución las políticas, planes y programas que favorezcan el goce del derecho contemplado en el artículo anterior;

2. Fomentar las iniciativas necesarias para ampliar la cobertura y calidad de los servicios de salud, particularmente la atención primaria de salud; y adoptará las medidas apropiadas para combatir la mortalidad materno

infantil, la desnutrición infantil y las enfermedades que afectan a la población infantil;

- 2 Promover la acción interdisciplinaria en el estudio y diagnóstico temprano de los retardos del desarrollo, para que reciban el tratamiento y estimulación oportunos;*
- 3 Garantizar la provisión de medicina gratuita para niños, niñas y adolescentes;*
- 4 Controlar la aplicación del esquema completo de vacunación; (22)*
- 5 Desarrollar programas de educación dirigidos a los progenitores y demás personas a cargo del cuidado de los niños, niñas y adolescentes, para brindarles instrucción en los principios básicos de su salud y nutrición, y en las ventajas de la higiene y saneamiento ambiental; y,*
- 6 Organizar servicios, de atención específica para niños, niñas y adolescentes con discapacidades físicas, mentales o sensoriales.*

Art. 30.- Obligaciones de los establecimientos de salud.-Los establecimientos de salud, públicos y privados, cualquiera sea su nivel, están obligados a:

1. Prestar los servicios médicos de emergencia a todo niño, niña y adolescente que los requieran, sin exigir pagos anticipados ni garantías de ninguna naturaleza. No se podrá negar esta atención a pretexto de la ausencia del representante legal, la carencia de recursos económicos, la falta de cupo, la causa u origen de la emergencia u otra circunstancia similar;

2. Informar sobre el estado de salud del niño, niña o adolescente, a sus progenitores o representantes;

3. Mantener registros individuales en los que conste la atención y seguimiento del embarazo, el parto y el puerperio; y registros actualizados de los datos personales, domicilio permanente y referencias familiares de la madre;

4. Identificar a los recién nacidos inmediatamente después del parto, mediante el registro de sus impresiones dactilar y plantar y los nombres, apellidos, edad e impresión dactilar de la madre; y expedir el certificado legal correspondiente para su inscripción inmediata en el Registro Civil;

5. Informar oportunamente a los progenitores sobre los requisitos y procedimientos legales para la inscripción del niño o niña en el Registro Civil; (22)

7. Garantizar la permanencia segura del recién nacido junto a su madre, hasta que ambos se encuentren en condiciones de salud que les permitan subsistir sin peligro fuera del establecimiento;

8. Informar oportunamente a los progenitores sobre los cuidados ordinarios y especiales que deben brindar al recién nacido, especialmente a los niños y niñas a quienes se haya detectado alguna discapacidad;

9. Incentivar que el niño o niña sea alimentado a través de la lactancia materna, por lo menos hasta el primer año de vida;

10. Proporcionar un trato de calidez y calidad compatibles con la dignidad del niño, niña y adolescente;

11. Informar inmediatamente a las autoridades y organismos competentes los casos de niños o niñas y adolescentes con indicios de maltrato o abuso

sexual; y aquellos en los que se desconozca la identidad o el domicilio de los progenitores;

12. Recoger y conservar los elementos de prueba de maltrato o abuso sexual; y,

13. Informar a las autoridades competentes cuando nazcan niños con discapacidad evidente. (22)

CAPITULO III.

3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de Estudio

La investigación realizada se enmarcó dentro de los siguientes enfoques:

Cualitativo: En la investigación se aplicó este método debido a que se realizó la evaluación del desarrollo psicomotor a los niños y se encontró las características propias de acuerdo a su edad tanto como en la condición socio-económica y nutricional.

Cuantitativo: Ya que se analizó los resultados de la evaluación del desarrollo psicomotor, su estado nutricional y condición socio-económica, según la interpretación los datos que dieron a conocer los antecedentes del estudio.

3.2 Diseño de Investigación

No experimental: ya que en la investigación no se manipuló variables debido a que se evaluó el desarrollo psicomotor de los niños con la escala del Dr. Nelson Ortiz Pinilla sin la intervención del comportamiento de cada niño del centro infantil Retoñitos.

Corte trasversal: Debido a que se realizó la evaluación del desarrollo psicomotor, que examino el comportamiento del niño con recolección de datos que nos ayudó a conocer la condición de su desarrollo, su condición socio-económica y estado nutricional en un determinado tiempo; sin realizar un seguimiento.

3.3 Localización

El Centro Infantil del Buen Vivir “Retoñitos” se encuentra ubicado en el barrio los Ceibos, provincia de Imbabura, cantón Ibarra, parroquia San Francisco en la Av. El Retorno en su margen derecho, se encuentra el GOE, los siguientes límites: Al norte la calle Hernán González de Zaa, al sur la Rio Blanco.

3.4 Población y Muestra

3.4.1 Población

La población total con la que se trabajó en el Centro Infantil Retoñitos de la Ciudad de Ibarra, fueron 32 niños que asisten con regularidad a la Institución. (**Ver Anexo 1**)

3.4.2 Muestra

No se procedió a sacar la muestra ya que en el Centro Infantil Retoñitos se trabajó con toda la población.

3.4.3 Criterios

Inclusión

- Niños 0 a 3 años de edad.
- Que asistan al Centro Infantil “Retoñitos” de la ciudad de Ibarra de la provincia de Imbabura.
- Que tengan el consentimiento de un familiar para realizar la evaluación.

Exclusión

- Niños o niñas mayores de 3 años de edad.
- Que no asistan al Centro Infantil del Buen Vivir “Retoñitos” de la ciudad de Ibarra de la provincia de Imbabura.
- Niños con enfermedades contagiosas.

Salida

- Motivos personales que lo obliguen a salir de la investigación.
- Niños con permiso médico e inasistencia durante la semana de evaluación en el Centro Infantil del Buen Vivir “Retoñitos”.

3.5 Ubicación Geográfica

Con sede en la ciudad de Ibarra con la organización del comité de los moradores barrio los Ceibos, el mismo que regirá por disposiciones del presente estatuto y reglamento respectivo. Este edificio funcionara ubicado en la calle Av. El Retorno entre la calles Hernán Gózales de SAA y Rio Blanco. (**Ver Anexo 2**)

3.6 Identificación de Variables

3.6.1 Operacionalización de variables

VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN				
VARIABLE	CLASIFICACIÓN	DIMENSIÓN	ESCALA	DEFINICIÓN OPERACIONAL
EDAD	Cuantitativa Nominal	Meses	1- 3 meses 4-6 meses 7-9 meses 10-12 meses 13-18 meses 19-24 meses 25-36 meses	Rango de edad en meses según la escala abreviada de Nelson Ortiz
GÉNERO	Cualitativa, Nominal, Dicotómica	Sexo	Femenino Masculino	Según el género a la observación

VARIABLES DE INTERÉS				
VARIABLE	CLASIFICACIÓN	DIMENSIÓN	ESCALA	DEFINICIÓN OPERACIONAL
DESARROLLO PSICOMOTOR	Cualitativa Nominal Politómica	Escala abreviada de Nelson Ortiz	Alerta Medio Medio Alto Alto	Valoración del Desarrollo Psicomotor
ESTADO NUTRICIONAL	Cualitativa Ordinal	Peso Talla IMC	Severamente emaciado Emaciado Normal Posible riesgo de sobrepeso Sobrepeso Obesidad	Según el Protocolo de atención y manual de consejería para el crecimiento del niño/a del MSP.
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO	Cualitativa Ordinal	Encuesta de estratificación socioeconómica del INEC	Bajo Medio Bajo Medio Típico Medio Alto Alto	Según rangos de puntuación de la encuesta aplicada.

3.7 Equipos e Instrumentos

Para llevar a cabo este trabajo investigativo en el Centro Infantil Retoñitos se utilizaron los siguientes materiales:

- Escala de Nelson Ortiz
- Encuesta de Estratificación el Nivel Socioeconómico del INEC.
- Tallímetro
- Balanza
- Camilla
- Computador
- Software IBM SPSS Statistics.
- Curvas del crecimiento de la salud pública.
- Materiales de Oficina

3.8 Técnicas e Instrumentos de recolección y procedimientos de la información

La recolección de datos se procedió con la siguiente utilización de instrumentos en el centro infantil del buen vivir “Retoñitos” con la finalidad de identificar el nivel de desarrollo infantil:

- **La Escala de Nelson Ortiz Pinilla:** Esta escala fue aplicada para evaluar el desarrollo psicomotor del niño en diferentes áreas como son (Motricidad gruesa, motricidad fina adaptativa, Audición y lenguaje, y personal-social) con el objetivo de observar el nivel de desarrollo de cada uno de los niños. (15)
- **Manual de crecimiento y desarrollo del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP).**- este instrumento nos dio a conocer el estado nutricional de los niños evaluados, a partir de la toma de medidas antropométricas como: peso, talla, edad, perímetro cefálico e índice de masa corporal (IMC). (15)

- **Encuesta de estratificación del nivel socioeconómico del INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos).**- esta encuesta fue aplicada a los padres de familia de los niños del centro infantil; la cual nos ayudó a conocer la condición socio económica y demográfica, dándonos la información necesaria para determinar la relación existente entre estos aspectos y el desarrollo psicomotor del niño.
- A partir de los resultados se comparó y se determinaron las peculiaridades comunes y las diferencias en el desarrollo de los niños. (15)

3.9 Procesamientos de Datos

La tabulación de los datos se realizó en el Software IBM SPSS Statistics, para calcular estadísticas que permitieron analizar integralmente el factor de estudio. (15)

3.10 Validación

La investigación fue realizada en el Centro Infantil del Buen Vivir “Retoñitos” de la ciudad de Ibarra, provincia de Imbabura, se aplicó la escala abreviada de desarrollo del Dr. Nelson Ortiz Pinilla, la utilización adecuada de este instrumento se sacó valores antropométricos basados en el Manual de crecimiento y desarrollo del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), a los niños y niñas que asisten a dicho centro, además la realización de la encuesta de estratificación del nivel socio económico del INEC se la realizó los padres de familia. y la disponibilidad de parámetros normativos nacionales, sin lugar a dudas le confieren una gran validez y confiabilidad como herramienta para la valoración y seguimiento del desarrollo de los niños menores de tres años. La presente Escala por su carácter abreviado es un instrumento diseñado para realizar una valoración global y general de determinadas áreas psicomotoras o procesos de desarrollo en los niños. (**Ver Anexo 3**) (15)

3.10.1 Encuesta de estratificación del nivel socioeconómico del INEC

El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) presentó la Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico, la misma que servirá para homologar las herramientas d estratificación, así como para una adecuada segmentación del mercado de consumo. **(Ver Anexo 4)**

CAPITULO IV

4.1 Análisis e Interpretación

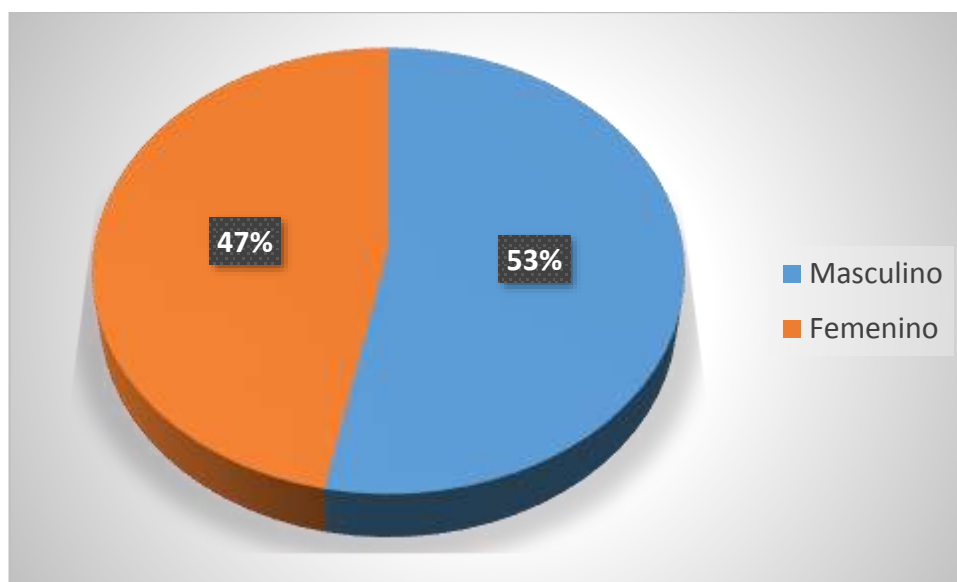
Tabla 1. Distribución de la población según el género

Genero	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	17	53%
Femenino	15	47%
Total	32	100%

Fuente: C.I.B.V Retoñitos 2016

Responsable: Bucheli Catalina

Gráfico 1. Distribución de la población según el género.



En la tabla y el gráfico se puede observar que el género de mayor prevalencia es el masculino con el 53% frente al género femenino con 47%.

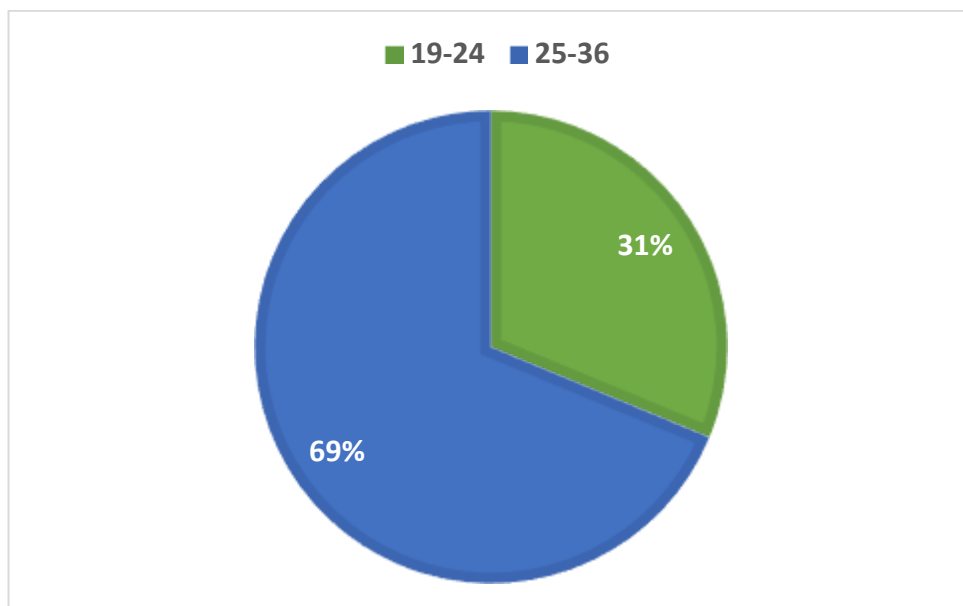
Tabla 2. Distribución de la población según la edad.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
19-24	10	31%
25-36	22	69%
Total	32	100%

Fuente: C.I.B.V Retoñitos 2016

Responsable: Bucheli Catalina

Grafico 2. Distribución de la población según la edad.



En los datos obtenidos, se observa que el rango de edad de mayor predominio fue de 25- 36 meses con el 69 % y como grupo minoritario el rango de 19 -24 meses con el 31%, según la escala de evaluación de Nelson Ortiz.

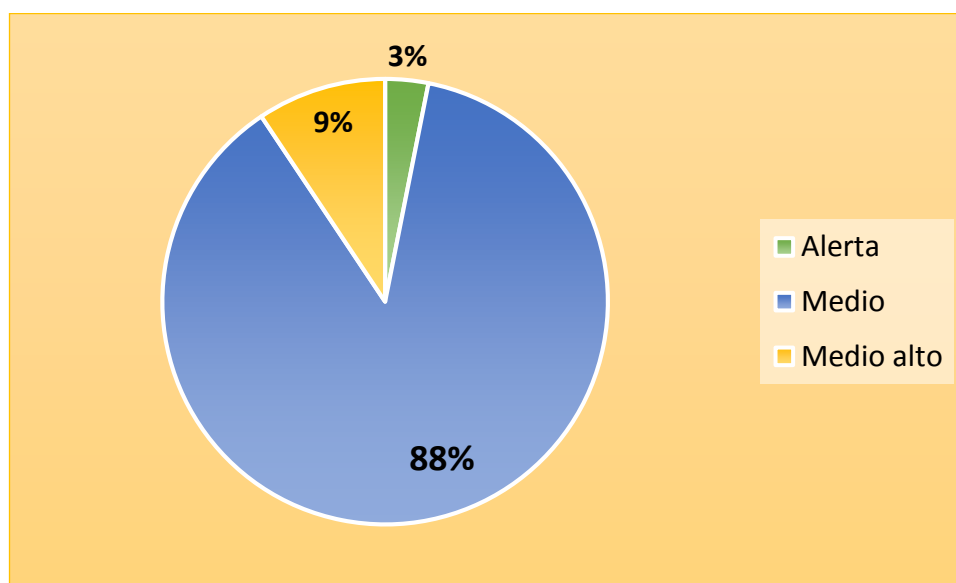
Tabla 3. Distribución de la población según el área motricidad gruesa.

Motricidad gruesa	Frecuencia	Porcentaje
Alerta	1	3%
Medio	28	88%
Medio alto	3	9%
Total	32	100%

Fuente: C.I.B.V Retoñitos 2016

Responsable: Bucheli Catalina

Grafico 3. Distribución de la población según el área motricidad gruesa.



En el análisis del área de motricidad gruesa, según los niveles expuestos en la escala de evaluación, el mayor predominio es medio con 88%, seguido del 9% que corresponde al nivel medio alto, finalmente se encontró niños que se presentaron un 3% de en nivel en alerta.

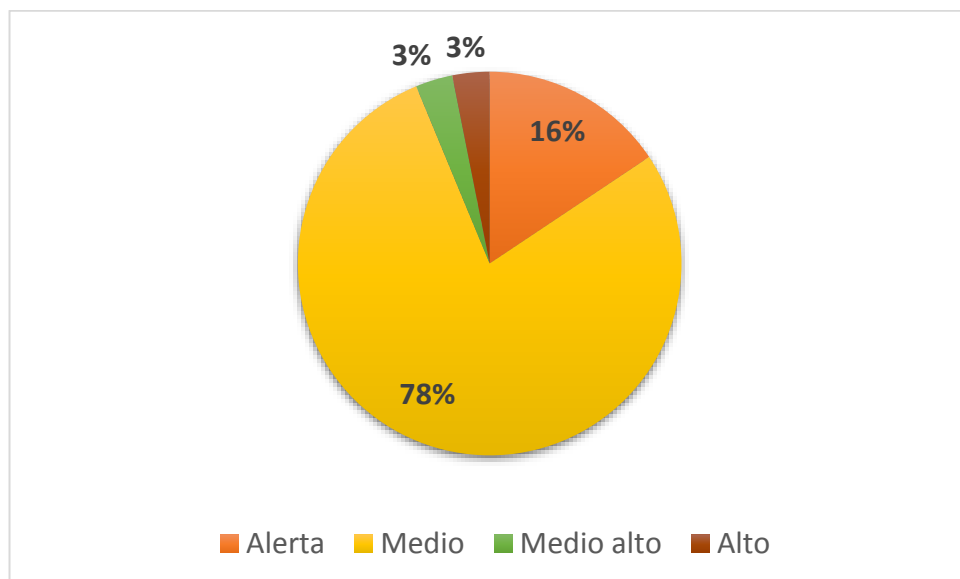
Tabla 4. Distribución de la población según el área motricidad fina.

Motricidad fina	Frecuencia	Porcentaje
Alerta	5	16%
Medio	25	78%
Medio alto	1	3%
Alto	1	3%
Total	32	100%

Fuente: C.I.B.V Retoñitos 2016

Responsable: Bucheli Catalina

Grafico 4. Distribución de la población según el área motricidad fina.



En la evaluación de la motricidad fino adaptativa se evidencio un índice muy representativo en el nivel medio con un 78%, correspondiente al nivel de alerta se obtuvo un 16% y finalmente en los niveles de medio alto y alto con un mismo porcentaje equivalente al 3%.

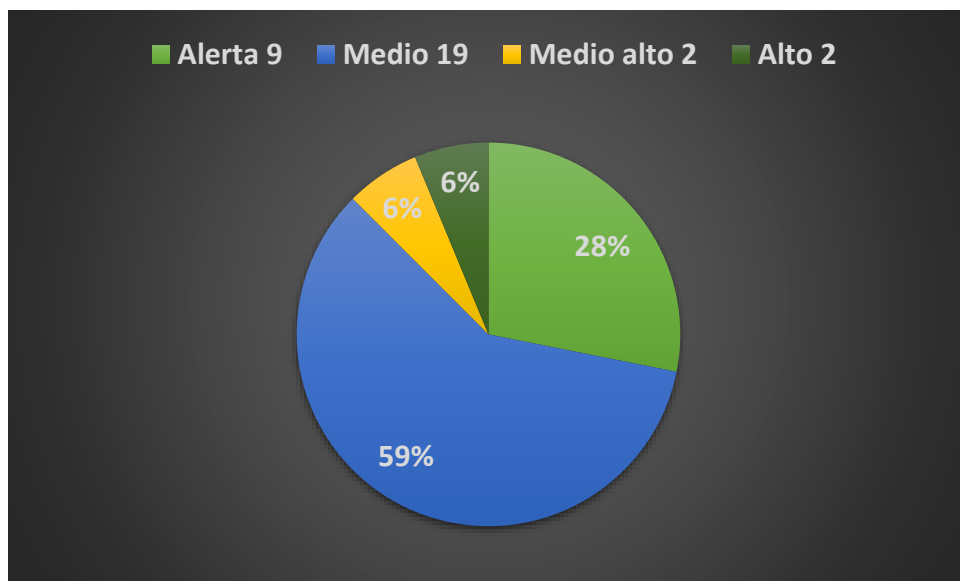
Tabla 5. Distribución de la población según el área de audición y lenguaje.

Audición y lenguaje	Frecuencia	Porcentaje
Alerta	9	28%
Medio	19	59%
Medio alto	2	6%
Alto	2	6%
Total	32	100%

Fuente: C.I.B.V Retoñitos 2016

Responsable: Bucheli Catalina

Grafico 5. Distribución de la población según el área de audición y lenguaje.



En el área de audición y lenguaje, el porcentaje más alto es el nivel medio con el 59%, seguido del nivel alerta con el 28%, y en porcentaje menor encontramos el nivel medio alto 2 y 2 con el 6% de cada uno de ellos.

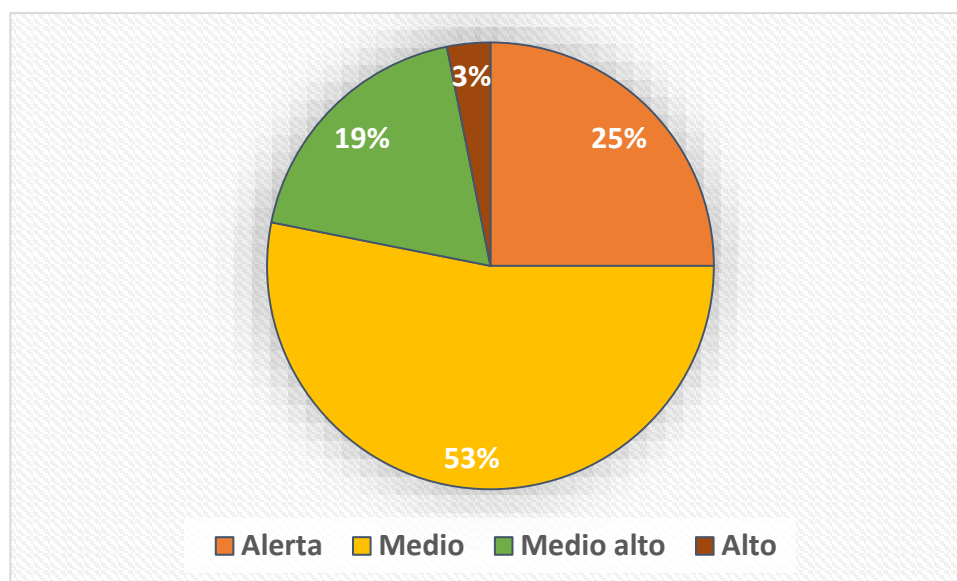
Tabla 6. Distribución de la población según el área personal social.

Personal-social	Frecuencia	Porcentaje
Alerta	8	25%
Medio	17	53%
Medio alto	6	19%
Alto	1	3%
Total	32	100%

Fuente: C.I.B.V Retoñitos 2016

Responsable: Bucheli Catalina

Grafico 6. Distribución de la población según el área personal social.



En área personal- social en la evaluación de la escala, el porcentaje más relevante fue en el nivel medio con 53%, seguido del 25% en alerta, el 19% en medio alto y finalmente se encontró un porcentaje menor del nivel alto con un 3%.

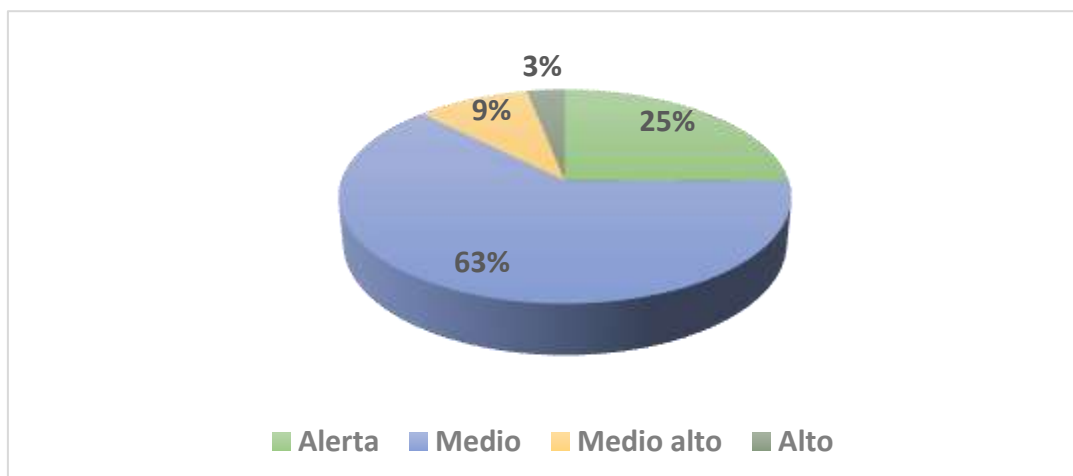
Tabla 7. Distribución de la población según la escala de desarrollo psicomotor de Nelson Ortiz.

Desarrollo psicomotor	Frecuencia	Porcentaje
Alerta	8	25%
Medio	20	63%
Medio alto	3	9%
Alto	1	3%
Total	32	100%

Fuente: C.I.B.V Retoñitos 2016

Responsable: Bucheli Catalina

Grafico 7. Distribución de la población según la escala de desarrollo psicomotor de Nelson Ortiz.



A nivel de todas las evaluaciones realizadas a los niños con toda la instrumentación adecuada, el nivel de mayor predominio es el medio con 63% siendo correlativo con el 25% en alerta, en el nivel medio alto se encontró un porcentaje del 9% y finalmente un 3% en el nivel alto.

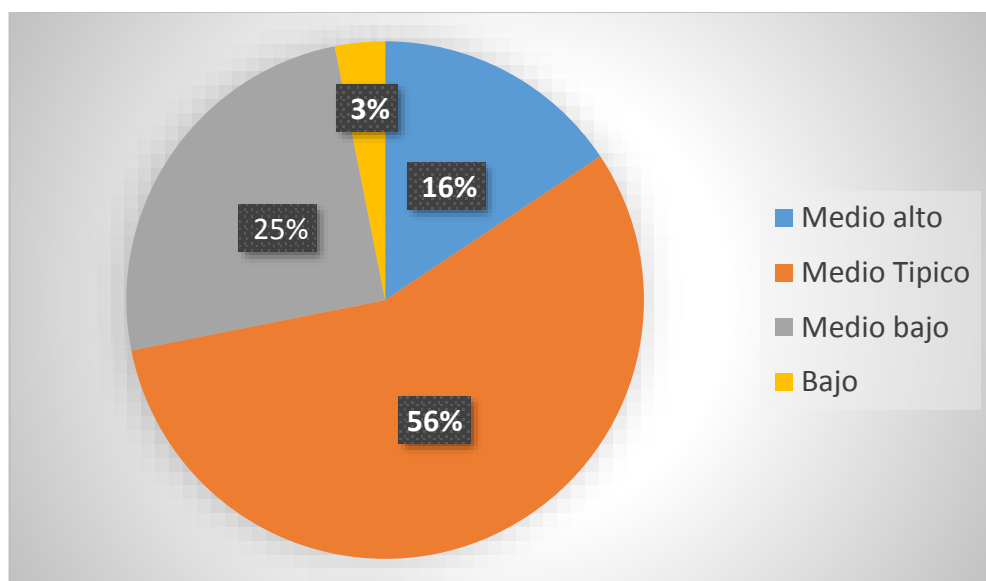
Tabla 8. Distribución de la población según el nivel socioeconómico.

Nivel socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje
Medio alto	5	16%
Medio Típico	18	56%
Medio bajo	8	25%
Bajo	1	3%
Total	32	100%

Fuente: C.I.B.V Retoñitos 2016

Responsable: Bucheli Catalina

Grafico 8. Distribución de la población según el nivel socioeconómico.



Dentro de los niveles socioeconómicos se puede identificar que en la encuesta el porcentaje más alto, es el medio típico con un 56%, seguido del 25% medio bajo, continuando con un 16% que pertenece al nivel medio alto, y encontrándose un porcentaje mínimo del 3% del nivel bajo.

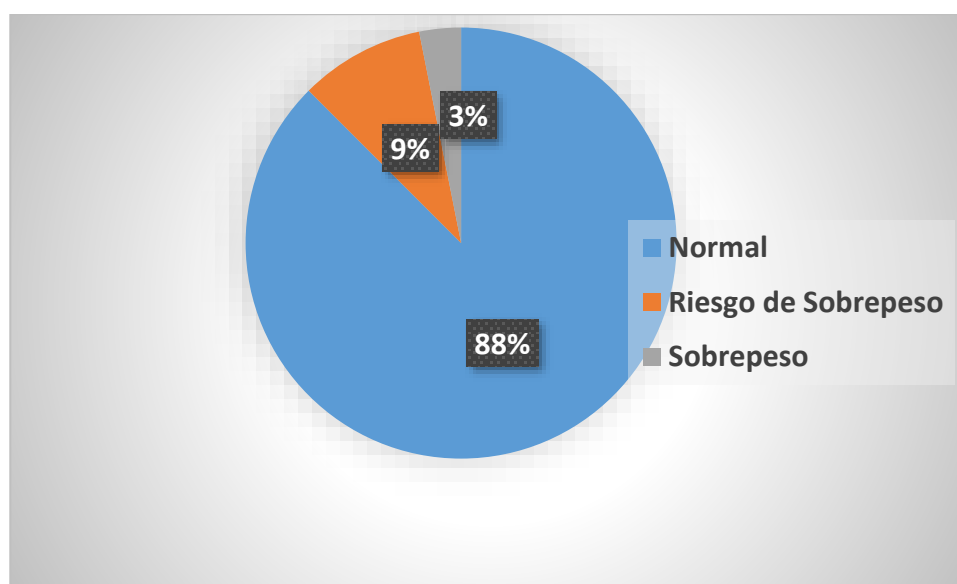
Tabla 9. Distribución de la población según el estado nutricional.

Estado Nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Normal	28	88%
Riesgo de Sobrepeso	3	9%
Sobrepeso	1	3%
Total	32	100%

Fuente: C.I.B.V Retoñitos 2016

Responsable: Bucheli Catalina

Grafico 9. Distribución de la población según el estado nutricional.



En la representación de los niveles del estado nutricional esta mayormente representado con el 88% en rango normal y el minoritario con el 9 % con riesgo de sobrepeso y el 3% de sobrepeso.

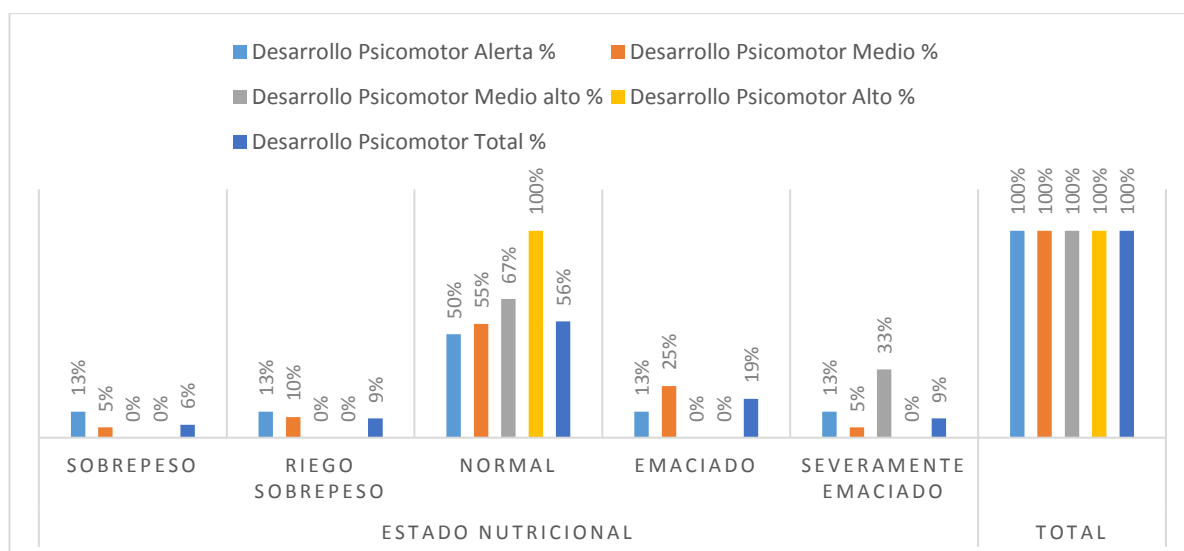
Tabla 10. Distribución de la población según el desarrollo psicomotor y el estado nutricional.

		Desarrollo Psicomotor								Total	
		Alerta		Medio		Medio alto		Alto			
		Fcia.	%	Fcia.	%	Fcia.	%	Fcia.	%	Fcia.	%
Estado Nutricional	Sobrepeso	1	13%	1	5%	0	0%	0	0%	2	6%
	Riego sobrepeso	1	13%	2	10%	0	0%	0	0%	3	9%
	Normal	4	50%	11	55%	2	67%	1	100%	18	56%
	Emaciado	1	13%	5	25%	0	0%	0	0%	6	19%
	Severamente emaciado	1	13%	1	5%	1	33%	0	0%	3	9%
Total		8	100%	20	100%	3	100%	1	100%	32	100%

Fuente: C.I.B.V Retoñitos 2016

Responsable: Bucheli Catalina

Grafico 10. Distribución de la población según el desarrollo psicomotor y el estado nutricional.



Según en la tabla y el grafico podemos observar que el desarrollo psicomotor según de la escala se encuentra en un nivel alto que es el más representativo para esta población y el estado nutricional es normal y esto se hace referencia que hay una excelente relación entre las dos áreas.

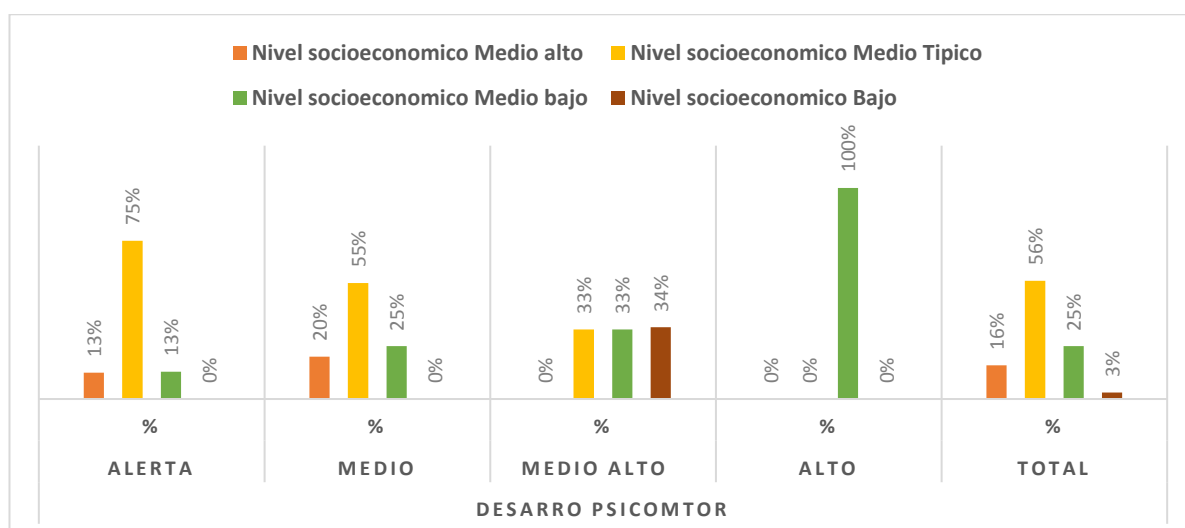
Tabla 11. Distribución de la población según el desarrollo Psicomotor y el nivel socioeconómico.

		Desarrollo psicomotor								Total	
		Alerta		Medio		Medio alto		Alto			
		Fcia.	%	Fcia.	%	Fcia.	%	Fcia.	%	Fcia.	%
Nivel socioeconómico	Medio alto	1	13%	4	20%	0	0%	0	0%	5	16%
	Medio Típico	6	75%	11	55%	1	33%	0	0%	18	56%
	Medio bajo	1	13%	5	25%	1	33%	1	100%	8	25%
	Bajo	0	0%	0	0%	1	34%	0	0%	1	3%
Total		8	101%	20	100%	3	100%	1	100%	32	100%

Fuente: C.I.B.V Retoñitos 2016

Responsable: Bucheli Catalina

Grafico 11. Distribución de la población según estado Socio-económico y el desarrollo Psicomotor



Como resultado en la tabla y el grafico podemos ver que en la evaluación de nivel socioeconómico el más relevante se encuentra medio bajo y el nivel de desarrollo psicomotor el más relevante se encuentra en nivel alto sacando una conclusión de que estos parámetros se encuentran en una economía estable no afectando a los niños en su desarrollo.

4.2 Discusión de resultados

Al analizar los resultados de la investigación se observó que las áreas de estudio son variables significativas en la ejecución de la evaluación de desarrollo infantil en los niños con edades comprendidas entre los 12 a 36 meses, y a la vez existen sistemas de desarrollo como son motricidad fina y motricidad gruesa en las que no muestran cambios o diferencias significativas dentro de los criterios estudiados.

Según en la evaluación la mayor prevalencia en el género es el sexo Masculino con un 53% relativamente comparativo al estudio que Quilca (23) realizó en el 2016 donde la prevelecia del sexo masculino es de 57% de los evaluados.

En cuanto a la edad se observó que existe una asistencia de infantes en las edades de 25-36 meses con el 69% en el Centro Infantil del Buen Vivir similar con el estudio de Quilca (23) en el mismo rango de edad con el 75% en su centro.

Al respecto con los resultados de la Escala de Nelson Ortiz Pinilla se evaluaron 4 áreas de desarrollo en la cual motricidad gruesa con el 88% en nivel medio y la motricidad fina en el mismo nivel con 78% no se reportan alteraciones significativas entre los niños esto se diría que se encuentran en rango normal de evaluación según la escala. Al igual en el estudio que realizó Báez (24) según se encuentran en el nivel medio en las dos áreas ya mencionadas con 49% en las dos áreas, con diferentes criterios. Se concluye que la mayoría de niños cumple con las expectativas de cada uno de los indicadores según las áreas evaluadas

En audición y lenguaje se encontró en un 59% parámetro medio y personal Social con un 53%. Siendo así que hay una similitud en los resultados con los de Garrido (25) del 53% en lenguaje y audición y en personal social 47% con una diferencia favorable al grupo de niños de los CIBV. Hay que recalcar que en estas áreas son las que se encontró mayor déficit de evaluación.

En cuanto a la evaluación del desarrollo Psicomotor en las 4 áreas se hace referente a un 63% en el parámetro medio que es un nivel normal de evaluación similar al estudio que realizó Quilca (23) con predominio en el mismo nivel con el 65% con diferentes criterios de evaluación.

En los resultados del socioeconómicos hubo un hallazgo de un porcentaje alto en el indicador de medio típico con el 56% seguido de un medio bajo con el 25% haciendo una comparación similar con Bombón (26) en sus resultados con los mismos indicadores, pero con alteración a nivel de porcentajes con 40% y 45%.

El estado Nutricional tiene una marcada relación con el desarrollo en los niños es por ello que en la evaluación el 88% de evaluados en niños está dentro de lo normal haciendo relación con los resultados de Tipantuña (27) que se paralelamente 61% de prevalencia.

Los resultados totales obtenidos a través de la Escala de Nelson Ortiz la mayoría de niños se encontraban en un nivel de desarrollo medio para su edad, contradiciendo al estudio efectuado por Rodríguez (28) mediante la escala de Nelson Ortiz en niños de procedencia urbana pues estos tienen un 19,4 % en parámetro medio alto, 62,7% en parámetro medio y 17,9% en alerta.

En la evaluación de nivel socioeconómico en relación con el desarrollo psicomotor el más relevante se encuentra medio típico y seguida del nivel medio bajo y el de desarrollo psicomotor el más relevante se encuentra en nivel alto diferente a la investigación de Quilca (23) que el nivel medio y medio alto del desarrollo psicomotor, se presenta la mayoría de los evaluados con relación al nivel económico medio típico, medio bajo y cada una con diferentes criterios.

4.3 Respuestas de las preguntas de Investigación

¿Cuáles son las características sociodemográficas, de los niños del Centro Infantil del Buen Vivir “Retoñitos” de la ciudad de Ibarra, provincia de Imbabura?

La mayoría de los niños estudiados se encuentran en una categoría medio típico con el 56% seguido de la categoría medio bajo con 25% siendo así q la gran mayoría de niños se encuentran en estado estable sociodemográfico sostenible al progreso de cada niño. Encontrándose así en una estabilidad tanto emocional y económica para el niño.

Cuál es el desarrollo psicomotor en niños de 0 a 3 años de edad del centro infantil del buen vivir “Retoñitos” de la ciudad de Ibarra provincia de Imbabura?

El desarrollo psicomotor en los niños se encuentra normal según la escala del Dr. Nelson Ortiz en una categoría medio con los siguientes resultados:

- En el área de Motricidad Gruesa con el (88%) prevalece en la categoría media.
- En el área de Motricidad Fina con el (78%) prevalece en la categoría media.
- En el área de Audición y Lenguaje con el (59%) prevalece en la categoría media.
- En el área Personal Social con el (53%) prevalece en la categoría media siendo así que la más baja durante la evaluación.

¿Cuál es el estado nutricional de los niños/as de 0-3 años del Centro Infantil del Buen Vivir “Angelitos de amor” de la ciudad de Ibarra, provincia de Imbabura?

En cuanto al estado nutricional se detectó un estado normal con 88% y en las demás categorías como el Riesgo Sobrepeso con 9% y sobrepeso 3% dando así una prevalencia en estado nutricional muy bueno.

¿Cuál es la relación del desarrollo psicomotor con las características socio-económicas y nutricionales a los niños 0 a 3 años que asisten al centro infantil del buen vivir “Retoñitos” de la ciudad de Ibarra provincia de Imbabura?

Se observó a la población que se destaca en el nivel socioeconómico en el nivel típico y en el desarrollo psicomotor en el nivel alto siendo así que los niños se encuentran en una economía estable sin afectar el desarrollo de cada niño.

En cuanto al desarrollo psicomotor en nivel más predominante fue medio alto y estado nutricional normal con alto porcentaje esto nos muestra claramente que los niños se encuentran en un estado normal.

CAPÍTULO V

5.1. Conclusiones

- En los resultados a nivel socioeconómico los parámetros estadísticos predominantes fueron medio típico y medio bajo.
- Analizando el proceso de evaluación del desarrollo psicomotor, obtenido en general, la mayor parte de niños presentaron un estado normal dentro de los niveles de evaluación.
- Según las características a nivel nutricional se concluyó que no existen niños emaciados ni obesos, la gran mayoría se encuentran caracterizada por un estado nutricional muy bueno y un índice bajo de sobrepeso.
- Las áreas del lenguaje y personal social son las que tienen mayor déficit en la evaluación con porcentajes bajos.
- En el desarrollo psicomotor se evidenció que los niños en el sistema sociodemográfico la mayor prevalencia se encuentra en la categoría de medio bajo y medio típico es decir que la mayoría de la población se encuentra en un estatus de nivel independiente que pueden tener cada niño para su desarrollo, al igual sucede en estado nutricional se puede decir que hay relación buena entre cada uno dando a los niños una buena evaluación.
- En relación el desarrollo psicomotor y el estado nutricional es igual a la investigación prevalece el nivel alto en desarrollo psicomotor y en estado nutricional el nivel normal.

5.2. Recomendaciones

- Promover e integrar un equipo completo de salud a los Centros Infantiles del Buen Vivir para abarcar proyectos completos de atención temprana para cada niño que acude a los centros de desarrollo infantil.
- Implementar procesos de evaluación, dar mayor importancia y realce a este tipo de proyectos, tratar de sensibilizar a los padres de familia, para la prevención y la atención oportuna de diagnóstico y estimulación centros de desarrollo infantil.
- Motivar al personal de centros de desarrollo infantil con capacitaciones para determinar estudios futuros que abarque con una mayor población y nos permita llegar a un rango de edad más elevado y con tratamiento prolongado y efectivo en trastornos del desarrollo psicomotor.
- Realizar un análisis de los factores que afectan directamente sobre el desarrollo psicomotor, los cuales pueden ser varios, y tratar de prevenir futuros trastornos, realizando evaluaciones periódicas y poder tener una amplia visión fisioterapéutica que permitirá tener un mejor protocolo de tratamiento.

Bibliografía y Linkografía

1. Lourdes Huiracocha T., Gladys Robalino I., Miriam S. Huiracocha T., Jorge L. García A., Carmen. Retrasos del desarrollo psicomotriz en niños y niñas urbanos de 0 a 5 años. MASKANA. 2012 23 de febrero 2012: p. 14,15.
2. Veronica Delgado Mayorga SCM. Desarrollo Psicomoto en el primer año de vida. Primera ed.: Mediterraneo; 2010.
3. Bernabeu MAG. El desarrollo Psicomtor en niñas y niños de 0 a 6 años. .
4. Carmen Maganto Mateo, Soledad Cruz Sáez. Desarrollo físico y psicomotor en la etapa infantil. 1st ed. Avda. Tolosa, 70 200018 San Sebastián.
5. Marian Garrido Eguizábal, Ana Rodríguez Ruiz, Reyes Rodríguez Ruiz, Anselmo Sánchez Rodríguez. Padres y Educadores. Guía de atención temprana para niños de 0 a 3 años. 2008.
6. Sociedad Mexicana de Medicina y Rehabilitación. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación. 2002 Abril- Diciembre; 14(2-4).
7. Cano de la Cuerdaa, A. Molero Sánchez a M. Carratalá Tejada, Alguacil Diego, F Molina-Rueda, J.C. Miangolarra Pagey D. Torricelli. Teorías y modelos de control y aprendizaje motor. Neurología. 2011 septiembre.
8. Fuente MJLdl. Teorías del control Motor, principios de aprendizaje motor y concepto bobath. 2013 Agosto.
9. Calderon GM. Evaluación de la Actividad Refleja en niños de 0-2 años de secuencias del desarrollo Motriz y Racciones Posturales. Tesis. 2012 Octubre.
10. Catalina Álvarez Hernández, Javiera Barcia Varas, Nicole Pavez Gallegos, Constanza Zúñiga Delgado. Descripción de reflejos orofaciales, Succión Nutritiva y no Nutritiva en Lactantes prematuros de 3 y 6 meses de edad. Tesis. 2015.
11. Gonzales M. Signos de Alarma en el Desarrollo Psicomotor. 2014.
12. Garaigordobil M. Evaluación del desarrollo psicomotor y sus relaciones. 1999.
13. Luisa Schonhaut B., Patricia Salinas, Iván Armijo, Marianne Schönstedt, Jorge Álvarez L, Marcos Manríquez O. Validación de un Cuestionario

- Autoadministrado para la Evaluación del Desarrollo Psicomotor. Revista chilena de pediatría. 2009 Diciembre; 80(6).
14. Agustina Vericat, Alicia B.. Herramientas de Screening del Desarrollo Psicomotor en Latinoamérica. Revista chilena de pediatría. 2010 octubre; 81(5).
 15. Pinilla DNO. Escala Abrebiada de Desarrollo Colombia; 1999.
 16. Isidora de Andraca PPAAdLPFRyMC. Factores de riesgo para el desarrollo psicomotor en lactantes nacidos en óptimas condiciones biológicas*. Revista de Saúde Pública. 1998 Noviembre; vol. 32(no. 2).
 17. Luisa Schonhaut B.1 PRN2AMKR3. Factores de riesgo asociados a déficit del desarrollo psicomotor en preescolares de nivel socioeconómico bajo. Comuna urbano rural, Región Metropolitana, 2003. Revista chilena de pediatría. 2005 Diciembre; vol.76 (no.6).
 18. Jose LUis Castillo Hernadez, Roberto Zenteno Cuevas. Valoracion del Estado Nutricional de la universidad de Veracruzana. Instituto de Salud Publica. .
 19. Cecilia Martinez Costa, Consuelo Pedron Giner. Valoracion del Estado Nutricional. Universitario Niño Jesus Madrid. .
 20. Arteaga JC. Prevalencia de Deficit Intelectual en Niños de 5a10 años. Tesis. 2014.
 21. Ecuador CdIRd.
http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolillo.pdf.
[Online].; 2015 [cited 2016 03 12].
 22. Codigo de la NInez y Adolescencia. Congreso Nacional de codigo de la NIñez y Adolescencia. 2013 Marzo.
 23. Quilca C. Evaluacion del Desarrollo Psicomotor en niños de 0 a 3 años. Tesis. 2016.
 24. Baez E. Evaluacion del Desarrollo Psicomtor a niños de 0 a 3 años. Tesis. 2016.
 25. Daniela G. Evaluacion del Desarrollo Psicomotor a niños de o a 3 años. Tesis. 2017.
 26. Katerine B. Evaluacion del Desarrollo Psicomotor de 0 a 3 años. Tesis. 2016.

27. Jaqueline T. Evaluacion del Desarrollo Psicomotor en niños de 0 a 3 años. Tesis. 2016.
28. Rodriguez E. Evaluacion de habilidades básicas: Motriz y Lenguaje en los niños y niñas de 1 a 3 años en los Centros Infantiles del Buen Vivir. 2014.
29. Ortiz N. Escala Abrebiada de Nelson Ortiz- Desarrollo Psicomotor. 2010th ed. Colombia; 1999.
30. Paola AyB. Disgnostico sobre las condiciones de pobreza vulnerables y efectos de desnutricion. Sedesol. 2010 Febrero ; 33(15-21).
31. Bernabéu MdlAG. El Desarrollo psicomotor en niños y niñas de 0 a 6 años. 2011: p. 18.

ANEXOS

ANEXO 1 Población Escolar del Centro Infantil del Buen Vivir Retoñitos

ÁREAS	EDADES	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL
Área 1	12 a 18 meses	0	0	0
Área 2	19 a 24 meses	7	3	10
Área 3	25 a 30 meses	6	7	13
Área 4	30 a 36 meses	4	5	9
Total		17	15	32

Distribución de aéreas adaptado "CIBV" Retoñitos de Ibarra creado por C.Bucheli 2016

ANEXO 3: ESCALA ABREVIADA DEL DESARROLLO (EAD-1) DR. NELSON ORTIZ PINILLA

Nombre del niño/a:		
Sexo:	Masculino:	Femenino:
Fecha de nacimiento:		Edad (meses):
Peso (kg):	Talla (cm.):	Perímetro cefálico (cm.):
Nombre del examinador:		Fecha de la evaluación:

RANGO EDAD	I T E M	MOTRICIDAD GRUESA	EDAD EN MESES	RANGO EDAD	I T E M	MOTRICIDAD FINA ADAPTATIVA	EDAD EN MESES	RANGO EDAD	I T E M	AUDICION LENGUALE	EDAD EN MESES	RANGO EDAD	I T E M	PERSONAL SOCIAL	EDAD EN MESES
>1	0	Patea vigorosamente		>1	0	Sigue movimiento horizontal y vertical del objeto		>1	0	Se sobresalta con ruido.		>1	0	Sigue movimiento del rostro.	
1	1	Levanta la cabeza en prona.		1	1	Abre y mira sus manos.		1	1	Busca sonido con la mirada.		1	1	Reconoce a la madre.	
a	2	Levanta la cabeza y pecho en prona.		a	2	Sostiene objeto en la mano.		a	2	Dos sonidos guturales diferentes.		a	2	Sonríe al acariciarlo.	
3	3	Sostiene la cabeza al levantar los brazos.		3	3	Se lleva objeto a la boca.		3	3	Balucea con las personas.		3	3	Se voltea cuando se le habla.	
4	4	Control de cabeza sentado.		4	4	Agarra objetos voluntariamente.		4	4	Cuatro o más sonidos diferentes.		4	4	Coge manos del examinador.	
a	5	Se voltea de un lado a otro.		a	5	Sostiene un objeto en cada mano.		a	5	Ríe a carcajadas.		a	5	Acepta y coge juguete.	
6	6	Intenta sentarse solo.		6	6	Pasa objeto de una mano a otra.		6	6	Reacciona cuando se le llama.		6	6	Pone atención a la conversación.	
7	7	Se sostiene sentado con ayuda.		7	7	Manipula varios objetos a la vez.		7	7	Pronuncia tres o más sílabas.		7	7	Ayuda a sostener taza para beber.	
a	8	Se arrastra en posición prona.		a	8	Agarra objeto pequeño con los dedos.		a	8	Hace sonar la campana.		a	8	Reacciona imagen en el espejo.	
9	9	Se sienta por sí solo.		9	9	Agarra cubo con pulgar e índice.		9	9	Una palabra clara.		9	9	Imita aplausos.	
10	10	Gatea bien.		10	10	Mete y saca objetos en caja.		10	10	Niega con la cabeza.		10	10	Entrega juguete al examinador	
a	11	Se agarra y se sostiene de pie.		a	11	Agarra tercer objeto sin soltar otros.		a	11	Llama a la madre o acompañante.		a	11	Pide un juguete u objeto.	
12	12	Se para solo.		12	12	Busca objetos escondidos.		12	12	Entiende orden sencilla.		12	12	Bebe en taza solo.	
13	13	Da pasitos solos.		13	13	Hace torre de tres cubos.		13	13	Reconoce tres objetos.		13	13	Señala una prenda de vestir.	
a	14	Camina solo ben.		a	14	Pasa hojas de un libro.		a	14	Combina dos palabras.		a	14	Señala dos partes del cuerpo.	
18	15	Corre.		18	15	Anticipa salida del objeto.		18	15	Reconoce seis objetos.		18	15	Avisa higiene personal.	
19	16	Patea la pelota.		19	16	Tapa bien la caja.		19	16	Nombra cinco objetos.		19	16	Señala cinco partes del cuerpo.	
a	17	Lanza la pelota con las manos.		a	17	Hace garabatos circulares.		a	17	Usa frases de tres palabras.		a	17	Trata de contar experiencias.	
24	18	Salta en los dos pies.		24	18	Hace torre de cinco o más cubos.		24	18	Más de veinte palabras claras.		24	18	Control diurno de la orina.	
25	19	Se empuja en ambos pies.		25	19	Ensarta 6 o más cuentas.		25	19	Dice su nombre completo.		25	19	Diferencia niño-niña.	
a	20	Se levanta sin usar las manos.		a	20	Copa línea horizontal y vertical.		a	20	Conoce alto-bajo, grande-pequeño.		a	20	Dice nombre papá y mamá.	
36	21	Camina hacia atrás		36	21	Separa objetos grandes y pequeños.		36	21	Usa oraciones completas.		36	21	Se baña solo manos y cara.	
37	22	Camina en puntas de pies.		37	22	Figura humana rudimentaria I.		37	22	Define por uso cinco objetos.		37	22	Puede desvestirse solo.	
a	23	Se para en un solo pie.		a	23	Corta papel con las tijeras.		a	23	Repite tres dígitos.		a	23	Comparte juego con otros niños.	
48	24	Lanza y agarra la pelota.		48	24	Copia cuadrado y círculo.		48	24	Describe bien el dibujo.		48	24	Tiene amigo especial.	
49	25	Camina en línea recta.		49	25	Dibuja figura humana II.		49	25	Cuenta dedos de la mano.		49	25	Puede vestirse y desvestirse solo.	
a	26	Tres o más pasos en un pie.		a	26	Agrupar color y forma.		a	26	Distingue adelante-atrás, arriba-abajo.		a	26	Sabe cuántos años tiene.	
60	27	Hace rebotar y agarra la pelota.		60	27	Dibuja escalera, imita.		60	27	Nombra cuatro o cinco colores.		60	27	Organiza juguetes.	
61	28	Salta a pies juntillas cuerdas a 25cms.		61	28	Agrupar por color forma y tamaño.		61	28	Expresa opiniones.		61	28	Hace mandados.	
a	29	Hace caballitos alternando los pies.		a	29	Reconstruye escalera 10 cubos.		a	29	Conoce izquierda y derecha.		a	29	Conoce nombre vereda-barrio o pueblo de residencia	
72	30	Salta desde 60cms de altura.		72	30	Dibuja casa.		72	30	Conoce días de la semana.		72	30	Comenta vida familiar.	
TOTAL A				TOTAL B				TOTAL C				TOTAL D			
RESULTADO				RESULTADO				RESULTADO				RESULTADO			
								PUNTAJE TOTAL:				PUNTAJE GLOBAL:			

DETECCIÓN DE DISCAPACIDAD (Encierre en un círculo).

- | | | | |
|-------------------------------|-----------------|-------------------|--------------------|
| a) DEFICIT MOTOR | Brazos. | Piernas o pies. | Partes de la casa. |
| b) DEFICIT SENSORIAL VISUAL | Visión Buena | Visión Regular. | No ve. |
| c) DEFICIT SENSORIAL AUDITIVO | Audición Buena. | Audición Regular. | No oye. |
| d) OTROS DEFICITS DESCRIBALO | | | |

**ANEXO 4 ENCUESTA DE ESTRATIFICACIÓN DEL NIVEL SOCIO
ECONÓMICO NSE 2011- ANEXO 4**



**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

Características de la vivienda	punt
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 tartar	<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		pu
1 ¿Tiene este hogar servicio de internet?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	4
2 ¿Tiene computadora de escritorio?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	3
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		punta
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 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	11

Tiene 3 ó más vehículos exclusivos	<input type="text"/>	15
------------------------------------	----------------------	----

Hábitos de consume		puntajes finales
1 ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?		
No	<input type="text"/>	0
Sí	<input type="text"/>	6
2 ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?		
No	<input type="text"/>	0
Sí	<input type="text"/>	26
3 ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?		
No	<input type="text"/>	0
Sí	<input type="text"/>	27
4 ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?		
No	<input type="text"/>	0
Sí	<input type="text"/>	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="text"/>	0
Sí	<input type="text"/>	12

Nivel de educación		puntajes finales
1 ¿Cuál es el nivel de instrucción del Jefe del hogar?		
Sin estudios	<input type="text"/>	0
Primaria incompleta	<input type="text"/>	21
Primaria completa	<input type="text"/>	39
Secundaria incompleta	<input type="text"/>	41
Secundaria completa	<input type="text"/>	65
Hasta 3 años de educación superior	<input type="text"/>	91
4 ó más años de educación superior (sin post grado)	<input type="text"/>	127
Post grado	<input type="text"/>	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="text"/>	0
Sí	<input type="text"/>	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="text"/>	0
Sí	<input type="text"/>	55

3 ¿Cuál es la ocupación del Jefe del hogar?

Personal directivo de la Administración Pública y de empresas	<input type="text"/>	76
Profesionales científicos e intelectuales	<input type="text"/>	69
Técnicos y profesionales de nivel medio	<input type="text"/>	46
Empleados de oficina	<input type="text"/>	31
Trabajador de los servicios y comerciantes	<input type="text"/>	18
Trabajador calificados agropecuarios y pesqueros	<input type="text"/>	17
Oficiales operarios y artesanos	<input type="text"/>	17
Operadores de instalaciones y máquinas	<input type="text"/>	17
Trabajadores no calificados	<input type="text"/>	0
Fuerzas Armadas	<input type="text"/>	54
Desocupados	<input type="text"/>	14
Inactivos	<input type="text"/>	17



suma de
puntajes
finales

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

GRAFICO 1: Curva de crecimiento de longitud/talla y el índice de masa corporal (IMC) según la edad en niñas de 0 a 60 meses.

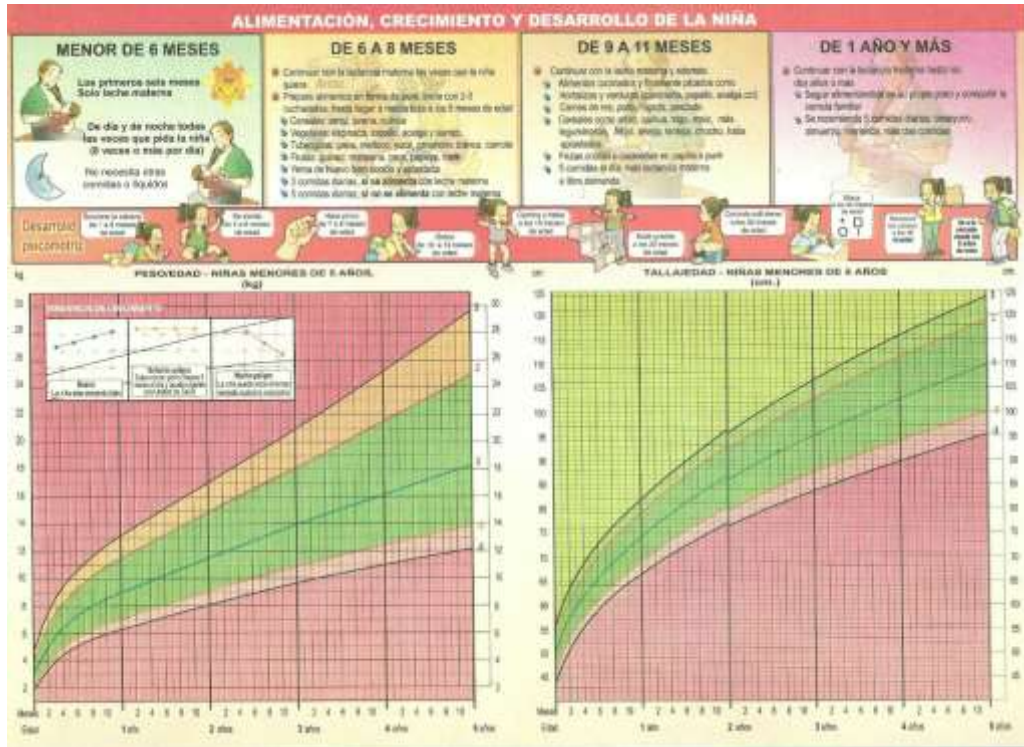
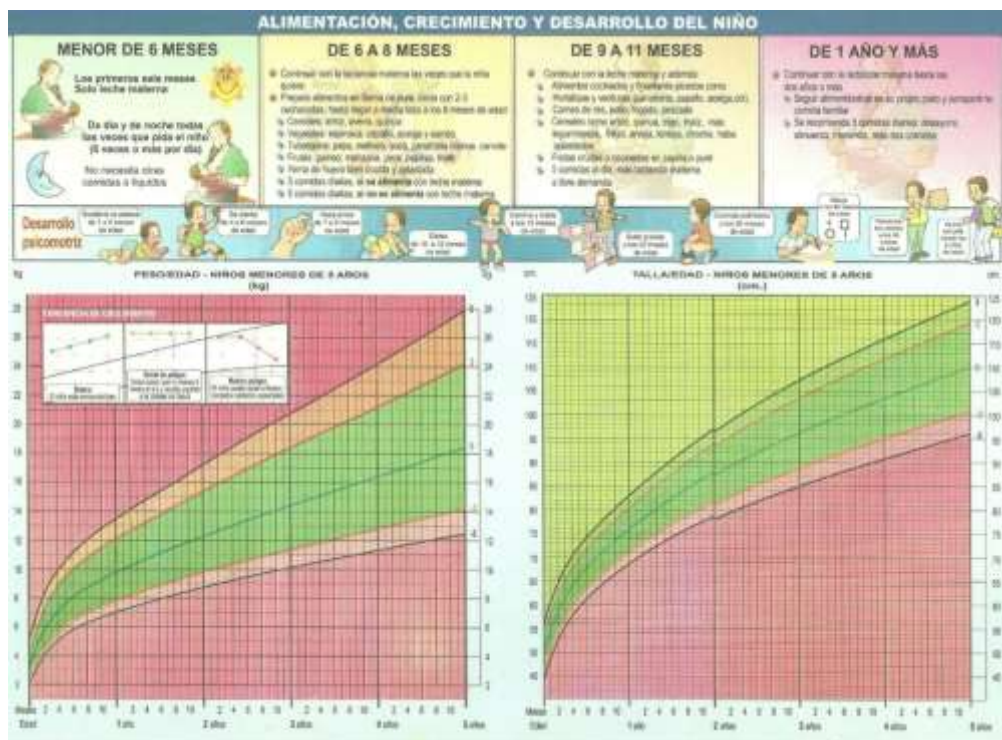


GRAFICO 2: Curva de crecimiento de longitud/talla y el índice de masa corporal (IMC) según la edad en niños de 0 a 60 meses.



FOTOGRAFÍAS

FOTO 1: Centro Infantil del Buen Vivir Retoñitos



FOTO 2: Comedor del Centro Infantil Retoñitos



FOTO 3: Aula destinada para evaluación de los niños



FOTO 4: Materiales utilizados para realizar la evaluación de medidas antropométricas.



FOTO 5: Materiales utilizados para la aplicación de la escala abreviada de Nelson
Ortiz Pinilla.



FOTO 6: Evaluación del área de audición y lenguaje, mediante un juguete de sonido, el niño demuestra interés en el sonido que causa el juguete.



FOTO 7: Toma de medidas antropométricas (talla), utilizando un tallimetro regulado en cm.



FOTO 8: Se evalúa motricidad gruesa mediante pidiéndole al niña que realice el gateo.



FOTO 9: Toma de medidas antropométricas (peso), utilizando una balanza regulada en kg.



FOTO 10: Toma de medidas antropométricas (perímetro cefálico), utilizando una cinta métrica.



FOTO 11: Evaluación del área de audición y lenguaje el niño reconoce el juguete según sus características del objeto.



FOTO 12: Docentes que laboran en Centro Infantil del Buen Vivir “Retoñitos”.



SUMMARY

The psychomotor development assessment in children from 0 to 3 years old allowed to know the functioning of the motor, cognitive and sensory abilities acquired by the children on the different areas, depending of the environment factors such as: the nutritional and socio-economic factor, it has great importance because it is able to identify opportune alterations. The main objective of this research was to assess the psychomotor development of children, who attend the "Centro Infantil del Buen Vivir Retoñitos" from Ibarra canton, Imbabura province. The Dr. Nelson Ortiz Pinilla's abbreviated development scale was used to assess the psychomotor development according to five areas, they are: gross motor, fine-adaptive motor, hearing, language and personal-social area. The stratification survey of the socioeconomic level of the INEC was also applied to children's parents of this center. This research had a qualitative and quantitative method, a non-experimental and cross-sectional design, the population was 32 children, it was represented by 17 boys and 15 girls with higher prevalence of the male gender, the age of the majority of the children was between 25-36 months; ethnically, it was mostly represented by mestizo children. The results of this research were the following: in the psychomotor development, an average level of evaluation was obtained, which means that there was no motor deficit. According to the survey, the highest prevalence of socioeconomic level was the typical medium category, this refers that the children live in a stable economy and it does not affect their development and with regard to nutritional status, children are in normal assessment parameters.

KEYWORDS: psychomotor development, age, height, body mass index (BMI).

