



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE POSGRADOS
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA MENCIÓN:
ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

TEMA:

“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y DESARROLLO PSICOMOTOR
EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DE LA PARROQUIA LA
ESPERANZA, 2025”.

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Magíster en Salud
Pública Mención: Enfermería Familiar y Comunitaria

Línea de investigación: Salud y bienestar integral

AUTOR:

Lcdo. Miguel Ángel Mora Tobar

DIRECTOR:

MSc. Maritza Marisol Álvarez Moreno

ASESOR:

MSc. Mercedes del Carmen Flores Grijalva

Ibarra – Ecuador

2026

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación lo dedico, en primer lugar, a Dios, quien me ha colmado de bendiciones en cada etapa de mi vida y a quien agradezco profundamente.

A mis amadas madres, Diana y Carmela, por brindarme todo su apoyo en cada momento de mi vida, tanto en los buenos como en los difíciles, y quienes con su comprensión, cariño y amor me impulsaron a cumplir esta meta.

A mi amado padre, cuya memoria guía mis pasos y fortalece mi espíritu. Gracias por ser mi inspiración y motivo de superación constante. Hoy honro tu vida en este logro.

A mi querida familia, por ser parte de mi vida y por ayudarme a crecer y madurar; en especial a mis hermanos y tíos, quienes siempre vieron en mí un gran potencial.

Finalmente, se lo dedico a alguien muy especial que, con sus risas, carisma y tantísimo amor, hizo que mi vida diera un giro positivo: a un Crissaurio que, desde el momento en que entró en mi vida, ha sido una inspiración constante. Gracias por motivarme, por creer en mí y hacerme creer a mí... simplemente por estar siempre aquí.

Miguel Ángel M.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por permitirme cumplir con una meta profesional y por poner en mi vida a las personas que me apoyaron para alcanzarla.

A mi tutora, la Magíster Maritza Álvarez, ya que sin su ayuda y conocimientos no hubiese sido posible la realización de este proyecto; de igual manera, a la Magíster Mercedes Flores, por aportar con sus conocimientos y sugerencias para culminar la presente investigación.

A la Doctora Janeth Vaca, por su guía constante a lo largo de mi formación. Sus aportes en el campo de la investigación no solo enriquecieron mi conocimiento científico, sino que me enseñaron el valor de explorar, cuestionar y descubrir.

A la Universidad Técnica del Norte, mi alma máter, donde cursé mis estudios de pregrado y hoy culmino los de posgrado.

A la comunidad de la parroquia La Esperanza, por abrirme las puertas para el desarrollo de la presente investigación, así como también a las familias y usuarios que participaron voluntariamente en ella.

A mi familia, por su apoyo incondicional, cariño y comprensión, quienes, a pesar de sacrificar el tiempo familiar para que continuara mis estudios, siempre me alentaron.

Miguel Ángel M.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

DIRECCIÓN DE BIBLIOTECA

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

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

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

DATOS DE CONTACTO		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Y	Mora Tobar Miguel Ángel

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	Factores Sociodemográficos y Desarrollo Psicomotor en niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza, 2025.
AUTOR (ES):	Miguel Ángel Mora Tobar
FECHA: DD/MM/AAAA	15/09/2026
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	PREGRADO ☐ POSGRADO ☒
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Magister en Salud Pública Mención en Enfermería Familiar y Comunitaria
DIRECTOR /ASESOR:	MSc. Maritza Marisol Álvarez Moreno MSc. Mercedes del Carmen Flores Grijalva

2. CONSTANCIAS

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

Ibarra, a los 13 días del mes de octubre de 2026

EL AUTOR:



Firma.....

Nombre: Miguel Ángel Mora Tobar

APROBACIÓN DEL TUTOR Y ASESOR

Dr. Jorge Gordón

Decano Facultad de Postgrado

ASUNTO: Conformidad con el documento final

Señor Decano:

Nos permitimos informar a usted que revisado el Trabajo final de Grado “Factores sociodemográficos y desarrollo psicomotor en niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza, 2025” del maestrante Miguel Ángel Mora Tobar, de la Maestría de Salud Pública Mención en Enfermería Familiar y Comunitaria, certificamos que han sido acogidas y satisfechas todas las observaciones realizadas.

Atentamente,

	Apellidos y Nombres	Firma
Director/a	MSc. Álvarez Moreno Maritza Marisol	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: MARITZA MARISOL ÁLVAREZ MORENO
Asesor/a	Msc. Flores Grijalva Mercedes del Carmen	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: MERCEDES DEL CARMEN FLORES GRIJALVA

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	13
Planteamiento del problema.....	13
Antecedentes	16
Objetivos	20
Objetivo general	20
Objetivos específicos.....	20
Justificación	21
CAPÍTULO II. MARCO REFERENCIAL	23
Marco Teórico.....	23
Desarrollo psicomotor	23
Factores sociodemográficos y su relación con el Desarrollo Psicomotor.....	28
Nivel Socioeconómico Familiar.....	28
Nivel de Instrucción de los Padres	28
Tipo de Vivienda y Acceso a Servicios Básicos	29
Etnia, Idioma y Contexto Cultural	29
Test de Denver II: Fundamentos Psicométricos y Aplicación Clínica.....	26
Estimulación Temprana como Intervención Basada en Evidencia	27
Teoría de la Adaptación de Callista Roy.....	30
Modelo de Interacción Padre-Hijo de Kathryn Barnard	30
Marco Legal.....	31
Constitución de la República del Ecuador	31
Código de la niñez y la adolescencia	32
Ley orgánica de salud.....	32
Modelo de Atención Integral de Salud – Familiar, Comunitario e Intercultural	32
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	34
Descripción del área de estudio	34
Enfoque y tipo de investigación.....	35
Procedimientos de la investigación.....	36
Hipótesis y variables de la investigación	36
Hipótesis.....	36

Variables.....	36
Población, muestra y muestreo	37
Cálculo del tamaño Muestral	37
Tipo de muestreo y distribución proporcional.....	38
Cuestionario Sociodemográfico	39
Instrumento de Evaluación del Desarrollo Psicomotor.....	39
Instrumento para la Evaluación de la Intervención.....	40
Validación de los instrumentos por juicio de expertos	40
Edición	41
Procesamiento y análisis de los datos	42
Consideraciones Bioéticas.....	43
CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	44
Resultados	44
Características Sociodemográficas.....	44
Nivel de Desarrollo Psicomotor	45
Correlación entre Factores Sociodemográficos y Desarrollo Psicomotor	46
Discusión.....	48
CAPÍTULO V. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	53
Programa de Estimulación Temprana Comunitaria.....	53
Nombre de la Propuesta: “Crecer con Fuerza” (PETC-CF)	53
Introducción y Justificación de la Propuesta	53
Objetivos del programa	55
Fundamentación teórica y metodológica de la propuesta	56
Diseño y Estructura del Programa	56
Evaluación de la efectividad del programa	59
Discusión de los resultados de la intervención.....	60
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	62
Conclusiones	62
Recomendaciones	63
ANEXOS	72

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de la muestra por estratos de edad.....	38
Tabla 2. Características Sociodemográficas de los Niños y sus Familias.....	44
Tabla 3. Resultado del Desarrollo Psicomotor por Áreas del Test de Denver II	46
Tabla 4. Diagnóstico Global del Desarrollo Psicomotor según Test de Denver II	45
Tabla 5. Asociación entre Factores Sociodemográficos y Diagnóstico Global del Desarrollo Psicomotor (Chi-cuadrado de Pearson)	46
Tabla 6. Distribución del Diagnóstico Psicomotor según Nivel Socioeconómico Familiar	47
Tabla 7. Programación de actividades del Programa de Estimulación Temprana Comunitaria “Crecer con Fuerza”	57
Tabla 8. Comparación de conocimientos sobre estimulación temprana pretest y postest .	60

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. Consentimiento Informado	72
ANEXO 2. Cuestionario Sociodemográfico.....	74
ANEXO 3. Test de Denver II	76
ANEXO 4. Evaluación de conocimientos pretest y postest	78
ANEXO 5. Validación de instrumentos por juicio de expertos.....	82
ANEXO 6. Evidencia de encuesta piloto aplicada	117
ANEXO 7. Galería Fotográfica	123
ANEXO 8. Reporte de Turnitin.....	124
ANEXO 9. Revisión del Abstract.....	127

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE POSGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA, MENCIÓN ENFERMERÍA Y
SALUD COMUNITARIA.

**Factores sociodemográficos y desarrollo psicomotor en niños menores de cinco años, de
la parroquia La Esperanza, 2025**

Autor: Lcdo. Miguel Ángel Mora Tobar
Tutor: MSc. Maritza Marisol Álvarez Moreno

RESUMEN

Introducción: El desarrollo psicomotor en los primeros cinco años es un indicador sensible del bienestar infantil condicionado por los determinantes sociales del entorno. **Objetivo:** Determinar la relación e influencia de los factores sociodemográficos en el desarrollo psicomotor de los niños menores de cinco años de una parroquia rural de La Provincia de Imbabura. **Método:** Estudio con enfoque cuantitativo, correlacional y de corte transversal, participaron 245 niños y sus cuidadores, seleccionados por muestreo probabilístico estratificado proporcional por edad. Se aplicó un cuestionario sociodemográfico validado por juicio de expertos (V de Aiken) y el Test de Denver II; el análisis se realizó en SPSS v.25 (chi-cuadrado de Pearson, V de Cramér, Spearman y Wilcoxon). **Resultados:** Se encontró que el 42,4 % de los niños presentó desarrollo anormal y el 26,9 % desarrollo dudoso, para un total de 69,3 % con alguna alteración del desarrollo; el lenguaje fue el área más comprometida 39,2 %. Se identificó una asociación significativa con el nivel socioeconómico ($\chi^2 = 18,012$; $p = 0,001$; $\rho = -0,202$). Además, un incremento estadísticamente significativo en el nivel de conocimiento de los cuidadores que culminaron el programa "Crecer con Fuerza" ($n = 184$; Mdn pretest = 10,0; Mdn posttest = 15,0; $Z = -9,842$; $p < 0,001$). **Conclusiones:** La privación económica condiciona el desarrollo psicomotor, y que las intervenciones educativas comunitarias lideradas por enfermería son eficaces en el primer nivel de atención.

Palabras clave: Desarrollo infantil; Destreza motora; Factores socioeconómicos; Preescolar; Enfermería en salud comunitaria; Ecuador.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE POSGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA, MENCIÓN ENFERMERÍA Y
SALUD COMUNITARIA.

Sociodemographic factors and psychomotor development in children under five years of age, in the parish of La Esperanza, Ibarra, 2025

Author: Lcdo. Miguel Ángel Mora Tobar
Tutor: MSc. Maritza Marisol Álvarez Moreno

ABSTRACT

Introduction: Psychomotor development during the first five years of life is a sensitive indicator of child well-being, conditioned by the social determinants of the environment. **Objective:** To determine the relationship and influence of sociodemographic factors on the psychomotor development of children under five years of age in a rural parish in La Provincial de Imbabura. **Method:** A study with a quantitative, correlational and cross-sectional approach, in which 245 children and their caregivers participated, selected through age-based proportional stratified probability sampling. A sociodemographic questionnaire validated by expert judgment (Aiken's V) and the Denver II Developmental Screening Test were administered; the analysis was carried out in SPSS v.25 (Pearson's chi-square, Cramér's V, Spearman's rho and Wilcoxon signed-rank test). **Results:** It was found that 42.4% of the children presented abnormal development and 26.9% doubtful development, for a total of 69.3% with some developmental alteration; language was the most affected area (39.2%). A significant association was identified with socioeconomic status ($\chi^2 = 18.012$; $p = 0.001$; $\rho = -0.202$). In addition, a statistically significant increase in the level of knowledge of the caregivers who completed the "Crecer con fuerza" program was found ($n = 184$; Mdn pretest = 10.0; Mdn posttest = 15.0; $Z = -9.842$; $p < 0.001$). **Conclusions:** Economic deprivation is a critical determining factor in early psychomotor development, demonstrating that community-based educational interventions led by nursing professionals are highly effective at the primary healthcare level.

Keywords: child development; motor skills; socioeconomic factors; child, preschool; community health nursing; Ecuador.

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Planteamiento del problema

Los factores sociodemográficos, es decir, los factores sociales y económicos que determinan el entorno en el que los niños nacen y crecen y pueden influir en el desarrollo psicomotor. Mientras que el nivel educativo de los padres, los ingresos familiares, la calidad de la vivienda y el acceso a los servicios básicos son los factores clave que determinan qué tan bien se crían los niños y se mantiene el bienestar en una familia y en la sociedad. Comprender la relación entre estos factores y el desarrollo psicomotor es fundamental para diseñar estrategias que favorezcan el potencial infantil y reduzcan las desigualdades en el desarrollo temprano (1,2).

A nivel global, el desarrollo psicomotor de los niños menores de cinco años continúa siendo un reto prioritario en salud pública. Según las estimaciones más citadas en la literatura internacional, alrededor de 250 millones de niños menores de cinco años el 43 % que viven en países de ingresos bajos y medios están en riesgo de no alcanzar su máximo potencial de desarrollo, debido fundamentalmente a la pobreza y la desnutrición crónica (3). Estas cifras reflejan la profunda influencia que ejercen los factores sociodemográficos sobre el desarrollo y la supervivencia infantil, y la magnitud de una brecha que se hereda de una generación a otra.

El marco del cuidado cariñoso y sensible (nurturing care) sostiene que el desarrollo saludable del niño requiere salud, nutrición, cuidado receptivo, seguridad y oportunidades de aprendizaje temprano; cuando alguno de estos componentes falla de manera sostenida, el desarrollo se compromete (4). La desnutrición, la falta de acceso a agua potable y las enfermedades infecciosas siguen siendo causas principales de morbilidad y retraso en el desarrollo psicomotor a nivel mundial (3).

Estudios recientes en regiones vulnerables muestran que la baja escolaridad materna, los ingresos familiares insuficientes y la lejanía de los servicios de salud son determinantes clave en la aparición de retrasos en el desarrollo y enfermedades prevenibles en la infancia. En el mundo, uno de cada tres niños menores de 5 años sufre de retraso en el crecimiento, desnutrición aguda o sobrepeso, o ambos. En América Latina y el Caribe, esta cifra es de uno

de cada cinco (5). Estos hallazgos también indican la necesidad de un cambio estructural y social para que el desarrollo infantil sea sostenible.

En América Latina, el problema tiene sus propias características. La alta prevalencia de la desnutrición crónica infantil (especialmente en las zonas rurales) está directamente vinculada a la pobreza, el acceso limitado a servicios básicos y la desigualdad social (6). Diversas investigaciones han demostrado que la educación de los padres y el nivel de ingresos familiares son predictores significativos del desarrollo psicomotor y cognitivo en los primeros años de vida, con efectos que se extienden desde el peso al nacer hasta el rendimiento escolar posterior (7).

En Ecuador, de acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil (ENDI), la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 2 años se ubicó en un 19,3% en 2024, con cifras aún más altas en las poblaciones indígenas y en las zonas rurales, lo que refleja desigualdades marcadas asociadas a la ubicación geográfica y al origen étnico (8). La falta de acceso a agua potable, saneamiento básico y oportunidades de empleo para los padres aumenta la vulnerabilidad de los niños a problemas de salud y retrasos en el desarrollo (9).

En la parroquia La Esperanza, ubicada en Ibarra, Ecuador, los niños menores de 5 años se encuentran en una situación única en la que los factores sociodemográficos impactan el desarrollo psicomotor. La deficiente atención médica, las bajas finanzas familiares, la mala infraestructura de saneamiento y el nivel educativo de los padres son los principales obstáculos para que los niños se desarrollen bien. Se informa que los retrasos en el desarrollo psicomotor, las enfermedades infecciosas y los problemas de crecimiento son más altos en esta parroquia y podrían deberse a las desventajas sociales presentes.

Las causas de este problema son complejas y multifacéticas. La pobreza estructural impone enormes barreras al acceso a la nutrición, la estimulación temprana y la atención médica oportuna. La falta de educación en los hogares puede resultar en prácticas de crianza y cuidado que no son buenas para el desarrollo del niño. La falta o deficiencia de servicios básicos, como el agua potable y el alcantarillado, incrementa el riesgo de enfermedades que

afectan el crecimiento y el desarrollo. Además, la ubicación geográfica y las barreras culturales pueden dificultar el acceso a programas de apoyo y atención especializada (10).

Las consecuencias derivadas de la influencia de los factores sociodemográficos en el desarrollo psicomotor tienen repercusiones a corto y largo plazo sobre la población infantil menor de cinco años de la parroquia La Esperanza. La evidencia disponible indica que condiciones como el bajo nivel socioeconómico, el escaso nivel educativo de las madres y cuidadoras y las condiciones desfavorables del entorno, se asocian con una mayor prevalencia de desnutrición y anemia, factores que a su vez incrementan el riesgo de retraso psicomotor en la primera infancia. Este retraso, puede traducirse en dificultades de aprendizaje, bajo rendimiento escolar y limitaciones en el desarrollo social y emocional, elementos que en conjunto tienden a perpetuar el ciclo de pobreza y desigualdad (11).

La presente investigación tuvo como propósito analizar la relación entre los factores sociodemográficos y el desarrollo psicomotor en los niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza. Mediante un enfoque cuantitativo y el uso de instrumentos validados para la evaluación del desarrollo infantil, se buscó generar evidencia científica que permitirá identificar las áreas del desarrollo psicomotor más comprometidas. Se espera que los resultados obtenidos contribuyan al diseño e implementación de programas de intervención orientados a fortalecer el desarrollo psicomotor y el bienestar comunitario.

Formulación de la pregunta

¿Los factores sociodemográficos tienen relación con el desarrollo psicomotor en los niños menores de 5 años de la parroquia La Esperanza??

Antecedentes

Factores familiares y socioeconómicos asociados al desarrollo psicomotor de menores en edad preescolar (Colombia, 2025)

En un estudio transversal de diseño no probabilístico realizado en municipios del norte de Colombia con 533 preescolares de 48 a 66 meses, autores evaluaron la asociación entre factores familiares y socioeconómicos con el desarrollo psicomotor (DPM) mediante el cuestionario Ages and Stages Questionnaires (ASQ-3) en cinco dominios: comunicación, motricidad fina, motricidad gruesa, resolución de problemas y desarrollo socio-individual. Los resultados mostraron que los niños con un ingreso familiar más alto obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en la mayoría de los dominios del DPM, mientras que los hijos de madres con mayor nivel educativo mostraron beneficios especialmente en comunicación y resolución de problemas. Una mejor comunicación, habilidades motoras gruesas y habilidades motoras finas se asociaron significativamente con vivir con ambos padres. Los autores enfatizan la necesidad de desarrollar políticas públicas centradas en la primera infancia que aborden los determinantes familiares y socioeconómicos del DPM (2).

Factores relacionados con el desarrollo psicomotor en niños menores de cinco años hospitalizados (Colombia, 2024)

En un servicio de hospitalización pediátrica de Cali, que atiende mayoritariamente a población de bajo nivel socioeconómico, se incluyeron 100 niños de 0 a 5 años con estabilidad hemodinámica y clínica, con el objetivo de evaluar el desarrollo psicomotor mediante la Escala Abreviada del Desarrollo y el estado nutricional mediante índices antropométricos. El 65 % de la muestra presentó bajo nivel socioeconómico. Las puntuaciones más bajas de la escala se relacionaron significativamente con el estado de malnutrición ($p=0,011$) y el bajo nivel socioeconómico ($p=0,001$). Los investigadores concluyeron que los determinantes sociales estructurales tienen un impacto directo sobre el riesgo de retraso psicomotor y reafirmaron la importancia de la atención primaria en grupos con desventaja social (12).

Implementación de técnicas de estimulación temprana en comunidades vulnerables (Ecuador, 2024)

Los autores discutieron métodos de estimulación temprana en las comunidades vulnerables de la Zona 5 de Ecuador con el objetivo de mejorar el desarrollo integral de los niños menores de 3 años. El diagnóstico inicial indicó una falta de conciencia entre las madres y cuidadores sobre las prácticas de estimulación, lo que afectó negativamente los dominios cognitivos, motor, socioemocional y del lenguaje. La capacitación de los cuidadores y la implementación de actividades ayudaron a los niños a desarrollar habilidades motoras, conciencia ambiental y habilidades de comunicación en la intervención. Los autores concluyeron que en áreas donde la estimulación temprana no está disponible, los programas comunitarios con participación familiar son los más efectivos en términos de desventaja socioeconómica (13).

Escalas de evaluación del desarrollo psicomotor en Hispanoamérica (Cuba, 2023)

Una revisión sistemática sobre las escalas de evaluación del desarrollo psicomotor disponibles en Hispanoamérica analizó sus propiedades psicométricas, la cobertura por áreas del desarrollo y su pertinencia cultural para contextos de vulnerabilidad. Los autores encontraron que los instrumentos más comúnmente utilizados en la región, como el Denver II, la Escala de Desarrollo Abreviada y el ASQ-3, no capturan adecuadamente la diversidad cultural y lingüística de las poblaciones indígenas y rurales. También encontraron que el bajo nivel educativo materno, la pobreza y la falta de estimulación temprana son los predictores de retraso psicomotor más robustamente documentados en América Latina, independientemente del instrumento utilizado (14).

Relación entre el desarrollo psicomotor y funciones ejecutivas en la primera infancia de niños/as de 3 a 5 años (Chile, 2022)

Los autores en este estudio desarrollado en Chile analizaron la relación entre el desarrollo psicomotor y las funciones ejecutivas en 120 niños de 3 a 5 años, encontraron asociaciones significativas entre el nivel socioeconómico familiar y el rendimiento en las áreas motora y cognitiva. El área de lenguaje fue consistentemente la más afectada en los estratos de menor ingreso, con diferencias estadísticamente significativas respecto a los grupos de nivel medio y alto. Los resultados refuerzan la evidencia sobre la influencia del entorno socioeconómico en la adquisición de habilidades psicomotoras durante la primera infancia, y

destacan la importancia de intervenciones tempranas con enfoque en las funciones ejecutivas (15).

Desarrollo psicomotor en niños hasta los 5 años desde el año 2019 hasta el año 2022

En esta investigación los autores realizaron un estudio cuantitativo de tipo transversal, descriptivo y observacional en el Centro de Salud Familiar Malaquías Concha de Chile, con el objetivo de describir el rendimiento en el DPM de niños menores de 5 años entre 2019 y 2022. Si bien se trata de un estudio chileno con metodología directamente comparable a la utilizada en el Ecuador donde el formulario 028/Denver II es el instrumento oficial de tamizaje, sus hallazgos son de alta relevancia para el contexto latinoamericano: se observó una tendencia al incremento de resultados alterados a lo largo de los cuatro años estudiados, con el lenguaje como área más afectada, y se evidenció que las interrupciones en los controles del niño sano comparables al CRED ecuatoriano constituyeron un factor mediador en la detección tardía de retrasos del desarrollo (16).

Estimulación temprana como programa neurológico en las capacidades y destrezas en niños en etapa infantil, 2022.

En esta investigación sobre estimulación temprana como programa neurológico en niños ecuatorianos en etapa infantil, los investigadores analizaron los efectos de intervenciones de estimulación temprana sobre las capacidades y destrezas psicomotoras en niños de 0 a 5 años. Los resultados mostraron mejoras significativas en las áreas de motricidad gruesa, motricidad fina y lenguaje en los grupos intervenidos en comparación con los grupos sin estimulación. En las zonas rurales de Ecuador, donde la estimulación temprana es escasa y el acceso a chequeos de desarrollo es irregular, la prevalencia de retraso psicomotor es significativamente mayor. Concluyen que los programas de estimulación comunitaria constituyen la estrategia más efectiva en contextos de vulnerabilidad socioeconómica (17).

Desarrollo Psicomotor y Aprendizaje Infantil a los 3 Años en una unidad educativa de Chone (Ecuador, 2019)

Los autores analizaron la relación entre el estado nutricional y el desarrollo cognitivo y psicomotor en 98 niños de 0 a 5 años en la primera infancia que fueron atendidos en unidades de salud en Ecuador. Encontraron que la desnutrición crónica estaba significativamente

asociada con puntuaciones más bajas en las áreas de habilidades motoras gruesas y lenguaje, y que el bajo nivel socioeconómico familiar era el factor predictor más significativo para el retraso general en el DPM. El estudio enfatiza la estrecha interdependencia entre malnutrición, determinantes sociales y desarrollo psicomotor en el contexto ecuatoriano, y subraya la necesidad de abordajes integrales desde el primer nivel de atención (18).

A partir de la evidencia revisada, el desarrollo psicomotor de los niños menores de cinco años no depende exclusivamente de factores individuales, sino que está estrechamente relacionado con las condiciones familiares, socioeconómicas, nutricionales y ambientales en las que se desarrolla el niño. La mayoría de los estudios coinciden en que las condiciones socioeconómicas desfavorables, el menor nivel educativo de los cuidadores, la limitada estimulación temprana y las dificultades de acceso y continuidad de los servicios de salud pueden constituir factores asociados con un mayor riesgo de alteraciones del desarrollo. En este contexto, resulta fundamental fortalecer las estrategias de promoción, prevención, vigilancia del desarrollo y estimulación temprana desde el primer nivel de atención, con participación de la familia y la comunidad. Estos antecedentes sustentan la pertinencia de analizar los factores sociodemográficos y su relación con el desarrollo psicomotor en niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza, considerando las particularidades sociales y culturales de esta población.

Objetivos

Objetivo general

Determinar la relación e influencia de los factores sociodemográficos en el desarrollo psicomotor de los niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza.

Objetivos específicos

- Identificar los principales factores sociodemográficos de las familias con niños menores de cinco años en la parroquia La Esperanza.
- Evaluar el nivel de desarrollo psicomotor en los niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza.
- Establecer la correlación entre el nivel de desarrollo psicomotor y factores sociodemográficos de niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza.
- Aplicar y evaluar la efectividad de un programa de intervención comunitario, educativo y accesible, dirigido a padres y cuidadores principales de niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza.

Justificación

La presente investigación tuvo como propósito analizar la relación entre los factores sociodemográficos y el desarrollo psicomotor en niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza durante el año 2025. Se reconoce que variables como el nivel socioeconómico, la educación de los padres, el entorno familiar y el acceso a servicios básicos influyen de manera significativa en el desarrollo integral de la primera infancia. En algunos casos, estos son deficientes, causando retrasos en las habilidades motoras y cognitivas de los niños, haciéndolos menos propensos a poder crecer.

La investigación resulta pertinente, ya que el desarrollo psicomotor en los primeros años de vida constituye un pilar del bienestar infantil. En esta etapa se consolidan las bases neurológicas y motrices sobre las cuáles se construyen los procesos cognitivos, emocionales y sociales posteriores. Por ello el desarrollo psicomotor se constituye un indicador del bienestar infantil, por lo que comprender la interacción entre factores sociodemográficos y este proceso resulta importante diseñar estrategias de intervención apropiadas y contextualizadas. A nivel nacional, el desarrollo de la primera infancia está a la vanguardia de la política pública, y este trabajo puede ayudar a desarrollar estas iniciativas en los grupos de mayor vulnerabilidad.

Este estudio se centró en un análisis cuantitativo y cómo las variables sociodemográficas se asociaron con el desarrollo psicomotor de los niños. Se utilizaron instrumentos validados para la evaluación psicomotora y cuestionarios para la recolección de datos sociodemográficos, y se emplearon métodos estadísticos para identificar patrones y asociaciones, y para producir evidencia objetiva que ayude a comprender mejor la realidad de esta población infantil.

Para apoyar este enfoque de atención, nuestra investigación proporciona un marco conceptual sólido para las estrategias de enfermería. La Teoría del Cuidado del Desarrollo Infantil de Kathryn Barnard es un enfoque integral y holístico del desarrollo físico, cognitivo, emocional y social de los niños, y enfatiza la intervención temprana y el cuidado adaptado a las necesidades de la persona. De manera similar, la Teoría de la Adaptación de Callista Roy es fundamental para entender cómo los niños y sus familias se adaptan a las condiciones

ambientales cambiantes, especialmente en el contexto de individuos vulnerables, y para guiar la práctica de enfermería hacia un sistema que promueva una adaptación saludable. Estas teorías permiten al personal de enfermería diseñar intervenciones centradas en el niño y la familia, teniendo en cuenta los factores sociodemográficos que pueden tener un gran impacto en el desarrollo psicomotor.

Los beneficios sociales de esta investigación son inmensos. Al identificar los aspectos sociodemográficos del desarrollo psicomotor que obstaculizan el desarrollo psicomotor, las autoridades locales, los recursos de salud y educación, y las organizaciones comunitarias pueden implementar programas más concentrados y efectivos. La identificación temprana de retrasos en el desarrollo, la estimulación y el apoyo a los niños y sus familias es clave para mejorar la calidad de vida y el desarrollo de los niños y las familias. Y a largo plazo, esto reducirá la inequidad y mejorará la calidad de vida en la parroquia para la comunidad.

Desde una perspectiva académica y profesional, este estudio contribuye al campo de la salud pública, la psicología infantil y la enfermería comunitaria en términos de entender cómo los determinantes sociales afectan el desarrollo psicomotor en entornos vulnerables. El método utilizado aquí puede replicarse en otras comunidades similares y puede agregar valor al conocimiento y apoyar intervenciones basadas en evidencia.

Finalmente, esta investigación está alineada con los objetivos del Plan de Desarrollo del Nuevo Ecuador 2024-2025 para la salud y la educación temprana. Fue factible gracias al acceso a la población objetivo, el apoyo institucional y los recursos disponibles. Los principales beneficiarios de este estudio fueron los niños menores de cinco años en la parroquia de La Esperanza y sus familias, e indirectamente, la comunidad y las autoridades locales son ayudadas a crear políticas y programas que apoyen el desarrollo saludable y equitativo de los niños.

CAPÍTULO II. MARCO REFERENCIAL

Marco Teórico

Desarrollo psicomotor

Conceptualización y perspectivas actuales

El desarrollo psicomotor (DPM) es un proceso biopsicosocial complejo y dinámico que implica la adquisición progresiva e interdependiente de habilidades motoras, cognitivas, lingüísticas, emocionales y sociales durante la infancia y la niñez temprana (19). Este proceso no ocurre de manera aislada, sino que emerge de la interacción entre la maduración neurobiológica del niño y las experiencias que provee su entorno sociofamiliar y cultural. La comprensión moderna del desarrollo psicomotor supera la visión lineal y estrictamente madurativa para reconocer su naturaleza transaccional, el niño moldea activamente su entorno al tiempo que es moldeado por el mismo (20).

Desde la neurociencia del desarrollo, el DPM está sustentado en la neuroplasticidad cerebral, particularmente intensa durante los primeros tres años de vida. Durante este período crítico, se establecen millones de sinapsis por segundo, y la calidad de las experiencias sensoriales, motoras y sociales determina qué conexiones neuronales se consolidan y cuáles se podan. La privación de estimulación adecuada en estas ventanas de oportunidad genera consecuencias funcionales duraderas sobre el desarrollo motor, cognitivo y socioemocional (21). Por tanto, los factores ambientales y sociodemográficos que modulan la calidad del entorno estimulante tienen un impacto neurobiológico concreto y medible.

El DPM se conceptualiza a través de cuatro grandes áreas interdependientes que han sido validadas en los principales instrumentos de tamizaje y evaluación del desarrollo infantil. La motricidad gruesa hace referencia al control progresivo de los grandes grupos musculares y la coordinación corporal global y que para su realización se necesitan varias partes del cuerpo, como el control cefálico, sedestación, gateo, bipedestación, marcha, carrera y salto. Su base neuroanatómica se sitúa en el córtex motor primario, el cerebelo y los ganglios basales (22).

La motricidad fina-adaptativa comprende el control voluntario de los pequeños grupos musculares, especialmente la coordinación óculo-manual y la manipulación de objetos. Su desarrollo refleja la maduración del córtex prefrontal y la corteza parietal posterior. La pinza fina, el trazado, el ensamblaje y la resolución de problemas con objetos son hitos representativos de esta área, con implicaciones directas en el aprendizaje escolar posterior (23).

El área de lenguaje es la que involucra mayor complejidad neuronal y abarca la comunicación preverbal, el lenguaje receptivo, el lenguaje expresivo, la denominación, la comprensión de órdenes y la construcción gramatical. La privación de input lingüístico de calidad en el hogar, determinada en gran medida por el nivel educativo parental y la dinámica familiar, tiene un impacto profundo y duradero sobre la competencia lingüística del niño (24).

El área personal-social integra la maduración del apego, las habilidades de interacción social, la autonomía en las actividades de la vida diaria y el autoconcepto emergente. Está profundamente influenciada por la calidad del vínculo con los cuidadores principales y por las prácticas de crianza culturalmente determinadas. Las alteraciones en esta área suelen reflejar tanto factores relacionales y de apego como privaciones socioculturales más amplias (25).

Hitos del desarrollo psicomotor por grupos de edad

Los hitos del desarrollo son las habilidades que se espera que un niño alcance a una determinada edad. No aparecen en un día exacto, sino dentro de un rango de tiempo, porque cada niño lleva su propio ritmo. Conocerlos permite saber cuándo un niño avanza como se espera y cuándo conviene consultar.

Primer año de vida. Es la etapa de cambios más rápidos. En la motricidad gruesa, el bebé pasa de moverse solo por reflejos a sostener la cabeza hacia los tres meses, voltearse hacia los seis, sentarse solo y gatear entre los ocho y los nueve, y ponerse de pie y dar sus primeros pasos con apoyo cerca del año. En la motricidad fina, las manos que al inicio permanecen cerradas se abren, hacia los seis meses agarra objetos y los pasa de una mano a otra, y al llegar al año logra la pinza fina entre el índice y el pulgar, con la que recoge cosas pequeñas y señala. En el lenguaje, del llanto pasa a los arrullos y sonidos de garganta, hacia los seis meses balbucea (ba-ba, ma-ma), a los nueve responde a su nombre y entiende el “no”, y al año dice sus primeras

palabras con significado. En lo personal-social, sonríe a las personas desde el segundo mes, reconoce a su cuidador, llora ante los extraños hacia los ocho meses y termina el año imitando aplaudir y decir adiós y colaborando cuando lo visten (26).

De 1 a 2 años. En la motricidad gruesa, camina solo, luego corre, aunque todavía se caiga, sube escaleras con ayuda y pateo la pelota. En la motricidad fina, arma torres de cubos cada vez más altas, garabatea con libertad, come con cuchara y pasa las páginas de un libro. En el lenguaje ocurre el cambio más notorio: pasa de decir unas pocas palabras a manejar más de cincuenta y empieza a unir dos de ellas para pedir algo, como “quiero agua”. En lo personal-social juega al lado de otros niños, pero todavía no con ellos, quiere hacer las cosas por sí mismo y dice “no” con frecuencia, bebe en taza y empieza a avisar cuando necesita ir al baño (27).

De 2 a 3 años. En la motricidad gruesa salta con los dos pies juntos, sube las escaleras alternando los pies y aprende a pedalear el triciclo. En la motricidad fina copia un círculo, hace torres de ocho o nueve cubos y pasa las hojas de una en una. En el lenguaje arma frases de tres palabras, dice su nombre, nombra colores y figuras sencillas, y ya se le entiende la mayor parte de lo que dice. En lo personal-social empieza a jugar con otros niños y no solo a su lado, logra controlar el pipí durante el día, se lava y seca las manos y come solo (27).

De 3 a 4 años. En la motricidad gruesa baja las escaleras alternando los pies, se para en un pie unos segundos y atrapa una pelota grande. En la motricidad fina copia una cruz y un cuadrado, dibuja una persona con tres partes reconocibles, usa las tijeras y se viste con poca ayuda. En el lenguaje habla con oraciones completas, pregunta constantemente por qué ocurren las cosas y cuenta lo que le pasó durante el día. En lo personal-social juega con reglas sencillas, espera su turno y comparte con otros niños (27).

De 4 a 5 años. En la motricidad gruesa salta en un pie, salta la cuerda y se mueve con buen equilibrio y coordinación. En la motricidad fina copia un triángulo, dibuja una persona con seis partes o más, se abotona la ropa y empieza a escribir letras y su nombre. En el lenguaje se le entiende todo lo que dice, cuenta hasta diez, explica el significado de las palabras y reconoce los opuestos. En lo personal-social se viste y se asea solo, distingue el juego de la

realidad y se relaciona con otros niños respetando las reglas, habilidades con las que llega preparado a la escuela (27).

Retraso del desarrollo psicomotor: definición, clasificación y epidemiología

El retraso en el desarrollo psicomotor (RDPM) se define como la obtención tardía de los hitos del desarrollo esperados para la edad cronológica del niño, con una desviación de al menos dos desviaciones estándar por debajo de la media en una o más áreas funcionales (motora, lingüística, cognitiva o socio-adaptativa), sin que exista un diagnóstico específico subyacente que explique completamente el cuadro (Sánchez-Lastres et al., 2021). Se distingue del trastorno del desarrollo, en el cual el retraso es generalizado, persistente y cuantitativa y cualitativamente significativo (27).

La clasificación del retraso puede realizarse según el área comprometida (motor, lingüístico, cognitivo, social o global), según la causa (primario-idiopático o secundario), o según la severidad (leve, moderado, grave). El retraso global del desarrollo psicomotor implica compromiso simultáneo de al menos dos áreas y es el de mayor impacto pronóstico. La etiología es heterogénea: factores genéticos y cromosómicos, complicaciones perinatales (prematuridad, asfixia, bajo peso al nacer), malnutrición, enfermedades crónicas, infecciones del sistema nervioso central y, cada vez más reconocidos, determinantes socioeconómicos y ambientales (28).

Epidemiológicamente, se estima que la prevalencia global de RDPM está entre el 10% y el 15% en los países de altos ingresos y mucho más alta en la pobreza. En América Latina, los estudios reportan prevalencias que oscilan entre el 30% y el 50% en poblaciones vulnerables (29).

Test de Denver II: Fundamentos Psicométricos y Aplicación

El Test de Denver II es uno de los instrumentos de tamizaje del desarrollo psicomotor infantil más ampliamente validados y utilizados en el mundo. Fue desarrollado para identificar y analizar un total de 125 ítems con el objetivo de detectar tempranamente retrasos en el desarrollo en niños de 0 a 6 años y abarca habilidades motoras gruesas (GM), habilidades motoras finas-adaptativas (FAM), lenguaje (L) y personal-social (PS) e inteligencia emocional.

La administración toma alrededor de 10 a 20 minutos y puede ser llevada a cabo por profesionales de la salud capacitados (30).

En cuanto a su interpretación, en la hoja de aplicación se traza una línea vertical sobre la edad exacta del niño y se le pide realizar las habilidades que esa línea atraviesa. Cada habilidad se anota como lograda o no lograda. Cuando el niño no logra algo que entre el 75 % y el 90 % de los niños de su edad ya hace, se marca una “cautela”; cuando no logra algo que el 90 % de los niños de su edad ya hace, se marca un “retraso”. El resultado final depende únicamente de cuántas cautelas y cuántos retrasos se registraron (31) .

El resultado se considera normal cuando el niño no tiene ningún retraso, lo que indica que su desarrollo avanza dentro de lo esperado y solo requiere control de rutina y consejería. Se considera dudoso cuando presenta dos o más cautelas o bien un solo retraso. Se considera anormal cuando presenta dos o más retrasos, sin importar cuántas cautelas tenga, y en ese caso el niño debe ser referido para una valoración especializada e iniciar intervención temprana. Existe además la situación de prueba no evaluable, que ocurre cuando el niño se niega a realizar tantas habilidades que no es posible decidir el resultado; no es un diagnóstico, sino una indicación de repetir la prueba (32).

Estimulación Temprana como Intervención Basada en Evidencia

La estimulación temprana comprende el conjunto de experiencias y actividades diseñadas para optimizar el desarrollo psicomotor, cognitivo, lingüístico y socioemocional del niño durante los primeros años de vida, aprovechando la plasticidad neuronal de los períodos sensibles del desarrollo (3). Las intervenciones de calidad generan retornos de inversión sustanciales a lo largo del ciclo vital, a través de mejoras en el rendimiento escolar, la productividad laboral y la salud, lo que las posiciona como una de las inversiones en capital humano más costo-efectivas disponibles para los sistemas de salud (33).

Los programas de visita domiciliaria, los grupos de crianza positiva, los talleres de estimulación con padres y cuidadores y los centros de desarrollo infantil integral han demostrado eficacia para reducir la prevalencia y severidad del retraso del desarrollo psicomotor en contextos de vulnerabilidad social. La integración de estos programas en el primer nivel de

atención, con enfoque comunitario e intercultural y anclados en el marco del cuidado cariñoso y sensible (nurturing care), maximiza su alcance y sostenibilidad (34,35).

Factores sociodemográficos y su relación con el Desarrollo Psicomotor

Los factores sociodemográficos son rasgos determinados por las condiciones sociales, económicas, culturales y geográficas de las poblaciones, y constituyen determinantes estructurales del proceso salud-enfermedad-desarrollo. Para efectos de esta investigación, se conceptualizan como aquellas variables que caracterizan a la familia y al entorno del niño y que potencialmente modulan su desarrollo psicomotor (36).

Nivel Socioeconómico Familiar

El nivel socioeconómico (NSE) es el determinante social de mayor poder explicativo sobre el desarrollo infantil temprano en la evidencia acumulada. Su influencia opera a través de múltiples mecanismos: la calidad y cantidad de la alimentación, el acceso a servicios de salud y educación, la calidad del ambiente físico del hogar, el nivel de estrés familiar crónico y la riqueza de las experiencias de estimulación lingüística y cognitiva (24).

Estudios longitudinales con neuroimagen han demostrado que los niños de familias con NSE bajo presentan menor volumen del hipocampo, menor grosor cortical en áreas prefrontales y temporales, y alteraciones en la conectividad funcional de redes neuronales relacionadas con el lenguaje y las funciones ejecutivas, comparados con niños de NSE alto (37). En Ecuador, el Salario Básico Unificado (SBU) funciona como referente para clasificar el NSE familiar. Los hogares con ingresos inferiores al SBU (menos de USD 460/mes en 2024) se encuentran en situación de vulnerabilidad económica, con restricciones para acceder a una dieta diversificada, materiales de juego y estimulación, y atención especializada de salud.

Nivel de Instrucción de los Padres

El nivel educativo de la madre ha sido consistentemente identificado como uno de los predictores más robustos del desarrollo psicomotor infantil en múltiples contextos culturales y geográficos (38) La educación materna influye en el desarrollo a través de prácticas de crianza más estimulantes, un mayor uso de estrategias de andamiaje cognitivo, mejor utilización de los

servicios de salud preventiva, mayor diversidad de vocabulario dirigido al niño y la adopción de prácticas nutricionales más adecuadas.

El mecanismo de "entrada lingüística" es especialmente relevante: las madres con niveles educativos más altos exponen a sus hijos a un vocabulario más rico y complejo, lo que mejora el desarrollo del lenguaje receptivo y expresivo en los primeros años de vida. Esta exposición diferencial al lenguaje en el hogar explica una proporción significativa de las brechas lingüísticas observadas entre niños de distintos NSE antes de los 3 años (2,24)

Tipo de Vivienda y Acceso a Servicios Básicos

Las condiciones de la vivienda reflejan y amplifican el impacto del NSE sobre el desarrollo infantil. Una vivienda hacinada limita el espacio de movimiento y exploración del niño, condición esencial para el desarrollo motor grueso. Sin agua y saneamiento básico, la exposición a agentes infecciosos que causan diarrea crónica, parasitosis intestinal y anemia puede llevar a la pérdida de micronutrientes necesarios para la mielinización neuronal y el desarrollo cognitivo (39). La calidad de los materiales de construcción también está relacionada con la exposición a contaminantes ambientales como el plomo, un neurotóxico conocido.

Etnia, Idioma y Contexto Cultural

La etnia y el idioma, como variables sociodemográficas, capturan desigualdades estructurales históricamente acumuladas que afectan de forma desproporcionada a las poblaciones indígenas en Ecuador y América Latina. En el país, la magnitud de esta brecha es contundente: la desnutrición crónica infantil alcanza al 33,4 % de los niños indígenas menores de dos años, frente al 2 % en niños mestizos, cifra que evidencia una inequidad étnica profundamente enraizada (40). Estas comunidades enfrentan además mayores tasas de pobreza, menor acceso a servicios de salud con pertinencia intercultural y barreras lingüísticas en la atención sanitaria (34).

Es importante distinguir, sin embargo, entre el efecto de la etnia per se y los efectos mediados por la condición socioeconómica y el acceso diferencial a recursos. La evidencia sobre determinantes de la desnutrición y del desarrollo infantil en Ecuador muestra que buena parte de las diferencias atribuidas a la etnia se atenúan al controlar por nivel socioeconómico,

instrucción materna y condiciones de la vivienda, lo que apunta a la pobreza estructural y no a la diferencia cultural en sí misma como el determinante causal subyacente (34,41).

Teoría de la Adaptación de Callista Roy.

La Teoría de la Adaptación de Callista Roy constituye el marco teórico de enfermería principal de esta investigación. Roy concibe a la persona como un sistema holístico y adaptativo que responde continuamente a los estímulos del entorno mediante mecanismos de afrontamiento reguladores (biológicos) y cognadores (psicosociales), con el objetivo de mantener la integridad y promover la salud (42). Los estímulos se clasifican en focales, contextuales y residuales.

En este contexto, los factores sociodemográficos son estímulos contextuales que influyen en la capacidad adaptativa del niño y su entorno familiar. El bajo estatus socioeconómico y la limitada educación materna, la vivienda precaria y el bajo peso al nacer crean un entorno de estímulos adversos que superan la capacidad adaptativa del sistema niño-familia, resultando en respuestas deficientes en el desarrollo psicomotor. La enfermería, basada en este modelo, identifica los estímulos, los clasifica según su naturaleza y la posibilidad de modificación, y proporciona intervenciones que tienen respuestas adaptativas positivas en lo fisiológico, el autoconcepto, la función de rol y la interdependencia (42).

Modelo de Interacción Padre-Hijo de Kathryn Barnard

El Modelo de Interacción Padre-Hijo de Kathryn Barnard añade a este marco al colocar la calidad del vínculo entre el cuidador y el niño como un determinante fundamental del desarrollo. Barnard sugiere que el desarrollo infantil está moldeado por la relación continua entre la personalidad del niño (temperamento, señales comunicativas, estado de salud) y el cuidador (sensibilidad, capacidad de respuesta, estado emocional y conocimiento sobre el desarrollo) y los factores ambientales (43).

Este modelo es particularmente relevante para el diseño del programa de intervención, ya que sustenta el fortalecimiento de las competencias parentales y la sensibilidad del cuidador como un mecanismo central para mejorar el desarrollo psicomotor. La educación de los padres sobre hitos del desarrollo, técnicas de estimulación y comunicación efectiva con el niño constituye el núcleo de las intervenciones basadas en este modelo (43).

Marco Legal

El marco legal ecuatoriano establece disposiciones claras para garantizar el derecho a la salud, con un enfoque especial en la primera infancia. A continuación, se detallan las normativas relevantes:

Constitución de la República del Ecuador

En la constitución de la república del Ecuador del 2008, según su última actualización del 2021, se reconoce la responsabilidad que tiene el estado ecuatoriano para garantizar el derecho a la salud en sus ciudadanos.

Puntualmente la sección séptima, “Salud” establece:

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 (Asamblea Nacional del Ecuador, 2021).

El estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (44).

En el capítulo tercero, sobre los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, el artículo 35 establece que las niñas, niños y adolescentes, entre otros grupos, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. De manera similar, el Artículo 44 prioriza el desarrollo integral de las niñas y los niños, en particular en la primera infancia, y se garantiza al niño la plena protección de sus derechos, y el Estado, la sociedad y la familia deben hacer todo lo posible para asegurar el interés superior del niño; y

el Artículo 46 exige que el Estado brinde atención a los niños menores de 6 años (nutrición, salud, educación y cuidado diario) de manera de protección completa (44).

Código de la niñez y la adolescencia

El Código de la Niñez y la Adolescencia constituye el marco jurídico para la protección integral de los niños, niñas y adolescentes en el Ecuador, priorizando la equidad, universalidad y calidad en la atención en las diferentes etapas de la vida. Esta ley define las competencias de las instituciones que prestan sus servicios a la salud pública.

En el Artículo 6, literal 3 se señala que el Ministerio de Salud Pública es responsable de “Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares” (45). Así mismo, el Artículo 12 de esta misma ley, menciona que la comunicación social en el sector de la salud debe orientarse hacia el desarrollo del autocuidado y hábitos saludables (45).

Ley orgánica de salud

La Ley Orgánica de Salud regula el Sistema Nacional de Salud del Ecuador, priorizando la equidad, la universalidad y la interculturalidad en la atención sanitaria. En su artículo 3 define la salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, y la reconoce como un derecho humano inalienable cuya protección es responsabilidad primordial del Estado. El artículo 7 establece que todas las personas, sin discriminación, tienen derecho al acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a las acciones y servicios de salud, así como al acceso gratuito a los programas de salud pública, con especial atención a los grupos más vulnerables (46).

Modelo de Atención Integral de Salud – Familiar, Comunitario e Intercultural

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), que es adoptado por el Ministerio de Salud Pública, está dirigido a proporcionar atención integral y equitativa, así como a promover la salud y la prevención de enfermedades. Este modelo prioriza la atención en la primera infancia, integrando servicios como los controles prenatales y del niño sano, los esquemas de vacunación, los programas de estimulación

temprana y la consejería nutricional, así como intervenciones comunitarias adaptadas a los contextos culturales y sociodemográficos.

El MAIS-FCI enfatiza la interculturalidad, asegurando que los servicios sean accesibles y respetuosos con las prácticas culturales de las comunidades rurales y los pueblos indígenas, y promueve la participación comunitaria y la educación de las familias para abordar factores como la pobreza, la desnutrición y la falta de acceso a recursos educativos (47).

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

Descripción del área de estudio

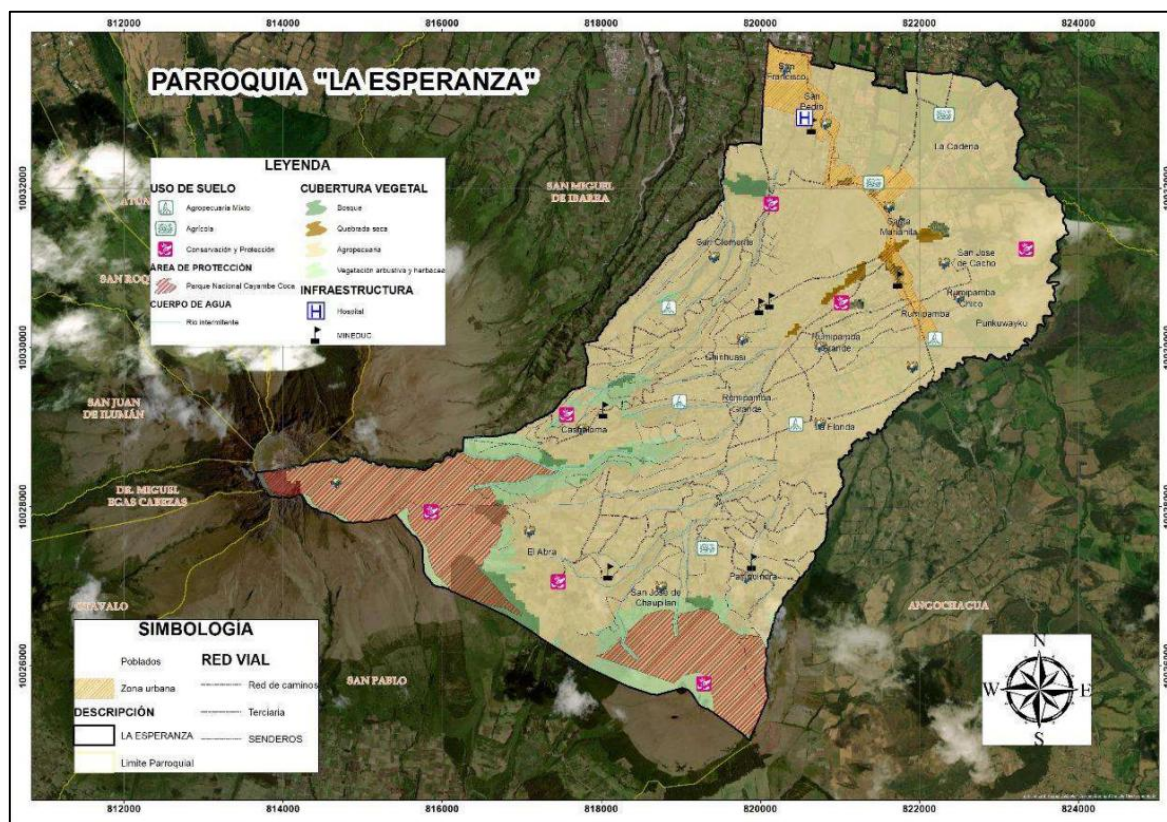


Figura 1. Mapa temático, plano de zonificación de la parroquia “La Esperanza”.

La investigación se llevó a cabo en la parroquia La Esperanza, situada en el cantón Ibarra, provincia de Imbabura, Ecuador. La parroquia se caracteriza por su diversidad sociodemográfica y, en su mayoría, está conformada por sectores rurales que presentan distintas condiciones económicas y de acceso a servicios básicos (10). La investigación se llevó a cabo en niños menores de cinco años que viven en esta parroquia. Las evaluaciones del desarrollo psicomotor se realizaron en los hogares y espacios comunitarios de cada participante, lo cual permitió recoger información en el entorno cotidiano del niño garantizando una selección representativa de la población.

Este enfoque permitió una visión más completa y contextualizada del desarrollo psicomotor de los niños, que tomaría en cuenta las condiciones sociales, económicas y culturales de la parroquia de La Esperanza, pero no solo la población que utiliza los servicios

de salud. Para facilitar el acceso y la participación de los niños en el estudio se contó con la colaboración de líderes comunitarios y de las familias.

Enfoque y tipo de investigación

Enfoque

La investigación tiene un enfoque cuantitativo, debido a que busca medir, describir y establecer relaciones estadísticas entre los factores sociodemográficos y el desarrollo psicomotor. Este enfoque se sustenta en la recopilación sistemática de datos numéricos, cuyo análisis estadístico permitió contrastar hipótesis, identificando pautas de comportamiento y aportar evidencia para la comprensión teórico del fenómeno de estudio (48).

Diseño

El diseño corresponde a un estudio no experimental, puesto que no se manipulan de manera intencional las variables, sino que fueron analizadas tal como se presentaron en la realidad (48); adicional, tiene un corte transversal, ya que la recolección de información se realizó en un único momento temporal (49), lo cual permitió describir el estado del desarrollo psicomotor y su relación con los factores sociodemográficos en el período evaluado.

Tipo de investigación

En cuanto al alcance, el estudio fue de tipo correlacional, desarrollado en dos momentos analíticos. En el primero se aplicó estadística descriptiva para caracterizar los factores sociodemográficos de las familias y el nivel de desarrollo psicomotor de los niños menores de cinco años, mediante frecuencias y porcentajes. En el segundo se aplicó estadística inferencial para determinar el grado de asociación entre las variables, a través de la prueba de hipótesis, sin que ello implique el establecimiento de relaciones de causalidad (48).

Evaluación pretest y posttest

Para el cuarto objetivo específico, correspondiente a la aplicación y evaluación de un programa de intervención comunitario, se empleó un diseño pretest y posttest en un solo grupo. Este diseño tuvo tres momentos, una medición inicial para establecer el nivel de conocimientos de los cuidadores antes de la implementación del programa (pretest), la aplicación de la

intervención educativa, y una medición posterior con el mismo instrumento(postest). La comparación de ambas mediciones permitió valorar los cambios en el nivel de conocimientos de los cuidadores, sin atribuirlos exclusivamente a la intervención al carecer de grupo control.

Procedimientos de la investigación

El proceso metodológico se llevará a cabo en varias etapas, siguiendo un esquema sistemático para alcanzar los objetivos planteados en la investigación:

Hipótesis y variables de la investigación

Hipótesis

Para el estudio se plantearon las siguientes hipótesis:

- **Hipótesis de investigación (H1):** Los factores sociodemográficos están relacionados significativamente con el desarrollo psicomotor en los niños menores de 5 años de la parroquia La Esperanza.
- **Hipótesis nula (H0):** Los factores sociodemográficos no se relacionan significativamente con el desarrollo psicomotor en los niños menores de 5 años de la parroquia La Esperanza.

Variables

La investigación considera dos grupos de variables:

- **Variable independiente:** Factores sociodemográficos: Se describen como rasgos determinados por las condiciones sociales y la ubicación geográfica de las poblaciones humanas analizadas, lo que permite generar datos epidemiológicos que facilitan su clasificación según variables como edad, estado civil, nivel socioeconómico, nivel educativo y ocupación, entre otros (50).
- **Variable dependiente:** Nivel de desarrollo psicomotor: es la capacidad del niño para controlar sus movimientos corporales en interacción con su entorno. Se divide en motricidad gruesa (movimientos amplios como saltar y correr) y motricidad fina (movimientos precisos) los movimientos gruesos son fáciles de aprender y ejecutar (51). El desarrollo de la psicomotricidad en la etapa infantil

impacta de manera completa en el desarrollo del niño, estableciendo una relación entre su físico, pensamiento y la regulación de emociones (52).

Población, muestra y muestreo

Población

La población de investigación estuvo conformada por todos los niños menores de cinco años que residen en la parroquia La Esperanza, cantón Ibarra, provincia de Imbabura, Ecuador. Según el Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial (PDOT) de la parroquia La Esperanza (2023-2027), la población total proyectada para el año 2025 es de aproximadamente 9.077 habitantes (10). De este total, según datos del Análisis Situacional de Salud (ASIS), la población infantil en menores de cinco años representa a N= **675** niños.

Cálculo del tamaño Muestral

El tamaño de la muestra se determinó mediante la fórmula estadística para poblaciones finitas, con un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 5 %, asumiendo una probabilidad de éxito y fracaso de 0.50, que representa la máxima variabilidad posible:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{e^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

Fuente: Torres, 2006 (53).

Donde:

N= 675 (Tamaño de la población)

Z = 1.96 (nivel de confianza 95%)

p = 0.5 (probabilidad de éxito, o proporción esperada)

q = 0.5 (probabilidad de fracaso)

e = 0.05 (precisión de margen de error 5%)

Sustituyendo:

$$n = \frac{675 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2 \times (675 - 1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{675 \times 3.8416 \times 0.25}{0.0025 \times 674 + 3.8416 \times 0.25}$$

$$n = \frac{648.27}{1.685 + 0.9604} = \frac{648.27}{2.6454} \approx \mathbf{245}$$

Es así como el tamaño muestral para esta investigación fue de **245** niños menores de cinco años.

Tipo de muestreo y distribución proporcional

Se empleó un muestreo probabilístico estratificado proporcional, considerando como criterio de estratificación el grupo etario de los niños. Esta modalidad garantiza la representatividad de cada subgrupo de edad, lo cual resulta metodológicamente indispensable dado que el desarrollo psicomotor varía significativamente en función de la edad durante los primeros cinco años de vida. La fracción de muestreo calculada es $f = 245/675 = 0.3630$. Aplicando dicha fracción proporcional a cada estrato, se obtiene la siguiente distribución muestral que se presenta en la Tabla 1. Dentro de cada estrato, la selección de los participantes se realizó mediante sorteo aleatorio simple.

Tabla 1

Distribución de la muestra por estratos de edad

Estrato	Rango de edad	Población (N)	Cálculo (f=0.3630)	Muestra (n)
1	Menores de 1 año	135	135×0.3630	49
2	1 año	133	133×0.3630	48
3	2 años	133	133×0.3630	48
4	3 años	136	136×0.3630	49
5	4 años	138	138×0.3630	51
TOTAL		675		245

Nota. Elaboración propia. Fracción de muestreo $f = 0.3630$.

Criterios de Selección

Criterios de inclusión:

- Niños menores de cinco años, residentes habituales de la parroquia La Esperanza durante el período de estudio, con un tiempo mínimo de residencia de un año, a fin de garantizar la pertinencia de las variables sociodemográficas estudiadas.
- Consentimiento firmado por el padre, madre.
- Presencia del cuidador principal durante la evaluación del desarrollo psicomotor del niño.

Criterios de exclusión:

- Niños con diagnóstico previo confirmado de discapacidad neurológica, sensorial o motora de origen congénito o adquirido, que pudiera constituir un factor de confusión en la evaluación.
- Cuidadores que no otorguen el consentimiento para la participación del niño.
- Niños con enfermedad aguda o grave al momento de la evaluación.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Cuestionario Sociodemográfico

Para la identificación de los factores sociodemográficos se aplicó una encuesta estructurada mediante un cuestionario elaborado por el investigador y validado por juicio de expertos. El instrumento recogió información sobre la edad, el sexo y etnia del niño; el nivel de instrucción de los padres, así como su estado civil, número de hijos, ingreso económico mensual del hogar para valorar el nivel socioeconómico familiar, la zona de residencia e idioma.

Instrumento de Evaluación del Desarrollo Psicomotor

Para la evaluación del nivel de desarrollo psicomotor, se utilizó el Test de Denver II, instrumento de tamizaje validado internacional y ampliamente empleado en contextos latinoamericanos, que también constituye la base del formulario oficial de tamizaje del desarrollo del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, al ser un instrumento oficial en el país garantiza pertinencia normativa, comparabilidad con registros institucionales y la familiaridad

del personal de salud con su aplicación.

El instrumento fue diseñado para detectar retrasos en el desarrollo temprano en niños desde el nacimiento hasta los seis años mediante la observación directa y estructurada de 125 ítems a través de cuatro dimensiones: habilidades motoras gruesas, habilidades motoras finas-adaptativas, lenguaje y área personal-social (30). Cada ítem se califica en función de un rendimiento esperado para la edad, y el resultado se interpreta en tres categorías: normal, dudoso y anormal, y el niño es capaz de describir el desarrollo general del niño y señalar áreas que necesitan monitoreo/intervención. Es importante precisar que el Denver II es una prueba de tamizaje y no de diagnóstico: un resultado alterado indica la necesidad de evaluación diagnóstica complementaria, no una condición confirmada (54).

La aplicación es directa, con el niño presente, y tiene una duración estimada de 10 a 20 minutos por caso. Este instrumento fue aplicado por personal capacitado, siguiendo las instrucciones del manual original, lo que asegura la correcta interpretación de los resultados (30).

Respecto a sus propiedades psicométricas, la evidencia disponible reporta para el Denver II una sensibilidad del 56 % al 83 % y una especificidad del 43 % al 80 % para la detección de retrasos del desarrollo, con coeficientes de fiabilidad superiores a 0,85 (55).

Instrumento para la Evaluación de la Intervención

Para evaluar la efectividad del programa comunitario (objetivo específico 4) se aplicó un cuestionario de conocimientos sobre desarrollo psicomotor y estimulación temprana, dirigido a los padres y cuidadores, en modalidad pretest (antes del programa) y posttest (al finalizar el programa). El cuestionario constó de 20 ítems, con una puntuación total de 0 a 20 puntos, y fue construido y validado específicamente para este estudio mediante juicio de expertos.

Validación de los instrumentos por juicio de expertos

Los instrumentos elaborados por el investigador, el cuestionario sociodemográfico y el cuestionario de conocimientos sobre estimulación temprana, fueron sometidos a un proceso de

validación de contenido mediante juicio de expertos. Se formó un panel de cinco profesionales con formación de posgrado y experiencia en áreas relacionadas con el tema investigado. Cada experto evaluó los ítems basándose en tres criterios: claridad, que significa el lenguaje correcto y comprensible del ítem para la población objetivo; coherencia o adecuación, que se refiere a una descripción correcta del ítem dentro del contexto y estructura del instrumento; relevancia o pertinencia, que se refiere a que el ítem sea adecuado y esencial para cuantificar el constructo en la población de estudio. Ambos criterios fueron evaluados y marcados como “Sí” cuando el ítem cumplía el criterio y “No” cuando no lo cumplía, con un espacio destinado a registrar sugerencias u observaciones.

El acuerdo entre los jueces se midió mediante el coeficiente V de Aiken para respuestas dicotómicas, que es la proporción del número de acuerdos favorables y el número máximo de evaluaciones ($5 \text{ jueces} \times 33 \text{ ítems} = 165 \text{ evaluaciones por criterio}$). Se alcanzaría un umbral de 0.80 o más para que los ítems fueran reformulados o eliminados si los expertos observaban algo incorrecto en ellos. Los cinco jueces dieron una decisión favorable a todos los ítems y en los tres criterios evaluados, por lo que el coeficiente V de Aiken alcanzó 1.00 en claridad, coherencia y pertinencia, mostrando que todos los ítems tuvieron aceptación unánime y validez de contenido. Los formatos de validación debidamente firmados por cada experto se presentan en los anexos.

Concluida la validación de contenido, los instrumentos fueron sometidos a una prueba piloto con el propósito de verificar la comprensión de los ítems por parte de la población objetivo, estimar el tiempo real de aplicación e identificar dificultades. Esta se aplicó a 30 cuidadores de niños menores de cinco años, quienes cumplían los mismos criterios de inclusión previstos y no fueron incorporados a la muestra definitiva, con el fin de evitar el sesgo derivado de una exposición previa al instrumento. La aplicación se realizó en las mismas condiciones planificadas para la recolección oficial y, al finalizar, se consultó a cada participante sobre los ítems que le resultaran confusos o de vocabulario poco familiar. Los resultados evidenciaron que las preguntas fueron comprendidas sin dificultad y que el tiempo promedio de aplicación fue de 15 minutos, por lo que únicamente se realizaron ajustes menores de redacción que no modificaron el constructo evaluado, la estructura de los instrumentos ni el número de ítems, razón por la cual no fue necesario someterlos nuevamente a juicio de expertos. Los datos obtenidos durante la prueba piloto no formaron parte del análisis estadístico final del estudio.

No obstante, la información recogida en esa aplicación permitió estimar la confiabilidad del cuestionario de conocimientos sobre estimulación temprana algebraicamente equivalente al coeficiente alfa de Cronbach, el cálculo se ejecutó en el programa estadístico SPSS versión 25 sobre los veinte reactivos que conforman el cuestionario, excluyendo las variables sociodemográficas por constituir datos de caracterización que no miden un constructo y que, por tanto, no son susceptibles de análisis de consistencia interna.

El coeficiente obtenido fue de 0,78, valor que evidencia una consistencia interna adecuada para instrumentos destinados a la medición de conocimientos en investigación en salud, al situarse por encima del umbral de 0,70 comúnmente aceptado en la literatura metodológica. El formulario de la prueba piloto y un ejemplar aplicado se presentan en los anexos.

Una vez aplicados los instrumentos, se realizó la verificación manual de cada uno de los posibles errores incurridos tanto por el investigador como por los participantes, con la finalidad de garantizar la precisión de la información. Posteriormente, se digitalizó la información en tablas elaboradas en Microsoft Excel, que constituyeron la base de datos definitiva del estudio.

Procesamiento y análisis de los datos

Para el procesamiento y análisis de los datos, se utilizó el software estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 25, que permitió la codificación, tabulación y análisis de la información obtenida mediante el cuestionario sociodemográfico y el Test de Denver II.

En primer lugar, se llevó a cabo un análisis descriptivo en el que se calcularon frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). Así mismo, y previo al análisis inferencial, se evaluó el supuesto de normalidad de las variables cuantitativas (continuas), mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, considerando el tamaño de la muestra ($n = 245$). Los resultados evidenciaron que ninguna de las variables analizadas presentó una distribución normal ($p < 0,001$ en todos los casos). Las variables ordinales, por su naturaleza de medición, fueron analizadas igualmente mediante pruebas no paramétricas.

Para el análisis inferencial de la asociación entre los factores sociodemográficos y el diagnóstico global del desarrollo psicomotor se empleó la prueba Chi-cuadrado de Pearson, complementada con el coeficiente V de Cramér como medida del tamaño del efecto. Para evaluar la correlación entre variables ordinales, como el nivel socioeconómico y el diagnóstico psicomotor, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman, dado que los datos no cumplieron los supuestos de normalidad requeridos para pruebas paramétricas.

Para el análisis de la efectividad de la intervención (objetivo 4) se aplicaron la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas, en la comparación de los puntajes de conocimiento pretest y posttest, se estableció un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$. Los hallazgos se presentaron mediante tablas de frecuencia, y de contingencia, con el fin de facilitar la visualización de las relaciones entre las variables.

Consideraciones Bioéticas

La investigación se desarrolló con respeto a los derechos y la seguridad de los participantes, en concordancia con las normativas internacionales establecidas en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y en las Pautas Éticas Internacionales del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Para garantizar la autonomía de los participantes, el padre, la madre o el cuidador principal firmó el consentimiento informado antes de la evaluación, tras recibir información clara y comprensible sobre el propósito del estudio, los procedimientos, los beneficios y los posibles riesgos (56,57).

Se garantizó que todos los datos personales de los participantes fueran tratados con confidencialidad. La información recolectada fue anonimizada y codificada para evitar la identificación directa de los niños y sus familias, y se utilizó únicamente para los fines establecidos en el estudio, almacenándose de manera segura. Se observaron los principios de beneficencia maximizando los beneficios y minimizando los riesgos, no maleficencia y justicia, asegurando una distribución equitativa de los riesgos y beneficios, y se brindó protección especial a esta población infantil, considerada vulnerable (57).

CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Resultados

En este capítulo se presentan los hallazgos del estudio sobre los factores sociodemográficos y el desarrollo psicomotor de los niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza. Los resultados se organizan de acuerdo con los objetivos específicos planteados.

Características Sociodemográficas

Tabla 2

Características Sociodemográficas de los Niños y sus Familias

(n=245)			
Variable	Categoría	n	%
Sexo del niño	Masculino	134	54,7
	Femenino	111	45,3
Etnia	Mestizo	181	73,9
	Indígena	53	21,6
	Otro	11	4,5
Zona de Residencia	Rural	245	100,0
Nivel Socioeconómico	Menos de 1 SBU	56	22,9
	1 SBU	134	54,7
	Más de 1 SBU	55	22,4
Instrucción de la Madre	Sin estudios	22	9,0
	Primaria	58	23,7
	Secundaria	118	48,2
	Superior	47	19,2
Instrucción del Padre	Sin estudios	25	10,2
	Primaria	52	21,2
	Secundaria	110	44,9
	Superior	58	23,7
Estado Civil del Cuidador	Casado/a	96	39,2
	Soltero/a	67	27,3
	Unión libre	64	26,1
	Divorciado/a	18	7,3

Tipo de Vivienda	Propia	114	46,5
	Arrendada	75	30,6
	Prestada	44	18,0
	Otro	12	4,9
Idioma del hogar	Español	216	88,2
	Kichwa	29	11,8
Número de Hijos	1	54	22,0
	2	55	22,4
	3	48	19,6
	4	50	20,4
	5 o más	38	15,5

Nota. Elaboración propia. SBU = Salario Básico Unificado (USD 470/mes en 2025).

La Tabla 2 muestra que el 54,7 % de los niños son de sexo masculino. La etnia predominante es la población mestiza (73,9 %), seguida por la indígena (21,6 %). La zona rural representa la residencia (100,0 %). En cuanto al nivel socioeconómico, el 22,9 % de las familias se reportó ingresos menores al Salario Básico Unificado, el 54,7 % un ingreso equivalente a un SBU y solo el 22,4 % superó dicho umbral, configurando un perfil de alta vulnerabilidad económica. En el nivel de instrucción materno predominó la educación secundaria (48,2 %), seguida de la primaria (23,7 %) y el 9,0 % no cuenta con ningún nivel de instrucción formal. Respecto al idioma, el español fue predominante (88,2 %), mientras que el Kichwa estuvo presente en el 11,8 % de los hogares, principalmente en familias pertenecientes a la población indígena.

Nivel de Desarrollo Psicomotor

Tabla 3

Resultado del Desarrollo Psicomotor por Áreas del Test de Denver II

(n=245)			
Área de Evaluación	Normal n (%)	Dudoso n (%)	Anormal n (%)
Personal-Social	173 (70,6%)	38 (15,5%)	34 (13,9%)
Motricidad Fina-Adaptativa	193 (78,8%)	25 (10,2%)	27 (11,0%)
Lenguaje	149 (60,8%)	50 (20,4%)	46 (18,8%)
Motricidad Gruesa	190 (77,6%)	39 (15,9%)	16 (6,5%)

Nota. Elaboración propia. Los porcentajes son respecto al total de la muestra (n=245).

La Tabla 3 evidencia que el área de lenguaje fue la más comprometida, con el 18,8 % de los niños en categoría anormal y el 20,4 % en categoría dudosa (total de afectados: 39,2 %). Le siguió el área personal-social, con el 13,9 % anormal y el 15,5 % dudoso (total de afectados: 29,4 %). Las áreas de motricidad fina-adaptativa (21,2 % afectados) y motricidad gruesa (22,4 % afectados) presentaron una menor prevalencia de alteraciones. El predominio del compromiso lingüístico es consistente con la literatura sobre poblaciones vulnerables y refleja la escasa estimulación lingüística en contextos de bajo nivel educativo parental.

Tabla 4

Diagnóstico Global del Desarrollo Psicomotor según Test de Denver II

(n=245)			
Diagnóstico Global	n	%	IC 95%
Normal	75	30,6	24,9 – 36,7
Dudoso	66	26,9	21,4 – 33,0
Anormal	104	42,4	36,3 – 48,8
Total	245	100,0	

Nota. Elaboración propia. IC 95% calculado con método de Wilson.

La Tabla 4 revela que el 42,4 % (n = 104) de los niños presentó un desarrollo psicomotor anormal y el 26,9 % (n = 66), dudoso, lo que implica que el 69,3 % de la muestra tuvo algún grado de alteración del desarrollo psicomotor. Únicamente el 30,6 % (n = 75) presentó un desarrollo normal. Esta prevalencia de alteración es elevada y supera los promedios reportados en estudios nacionales e internacionales de referencia.

Correlación entre Factores Sociodemográficos y Desarrollo Psicomotor

Tabla 5

Asociación entre Factores Sociodemográficos y Diagnóstico Global del Desarrollo Psicomotor (Chi-cuadrado de Pearson)

Factor Sociodemográfico	Chi² (χ²)	Gl	p-valor	V de Cramér	Significancia
Nivel Socioeconómico Familiar	18,012	4	0,001	0,192	Significativa **

Etnia	6,258	4	0,181	0,113	No significativa
Tipo de Vivienda	9,370	6	0,154	0,138	No significativa
Instrucción de la Madre	3,220	6	0,781	0,081	No significativa
Instrucción del Padre	1,502	6	0,959	0,055	No significativa
Sexo del Niño	0,082	2	0,960	0,018	No significativa
Estado Civil	3,011	6	0,807	0,078	No significativa
Idioma del Hogar	1,154	2	0,562	0,069	No significativa

Nota. Elaboración propia. *gl*= grados de libertad. *V de Cramér*: < 0,10 = pequeña; 0,10 – 0,30 = moderada; > 0,30 = grande. *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.

La Tabla 5 presenta los resultados de las pruebas Chi-cuadrado para evaluar la asociación entre cada factor sociodemográfico y el diagnóstico global del desarrollo psicomotor. De los factores analizados, únicamente el nivel socioeconómico familiar mostró una asociación estadísticamente significativa con el diagnóstico psicomotor ($\chi^2 = 18,012$; $gl = 4$; $p = 0,001$), con un tamaño del efecto de magnitud pequeña a moderada (*V de Cramer* = 0,192, para $df^* = 2$).

Los factores restantes no evidenciaron asociación estadísticamente significativa con el diagnóstico psicomotor ($p > 0,05$ en todos los casos), con tamaños del efecto consistentemente pequeños (*V de Cramér* entre 0,018 y 0,138).

Estos resultados sugieren que, del conjunto de variables sociodemográficas consideradas, el nivel socioeconómico familiar es el único factor que se asocia de manera estadísticamente significativa con el desarrollo psicomotor infantil en la población estudiada, aunque con una magnitud de efecto modesta. En consecuencia, este hallazgo motivó el análisis complementario presentado en la (Tabla 6), orientado a precisar la dirección y la fuerza de dicha asociación mediante el coeficiente de correlación de Spearman.

Tabla 6

Distribución del Diagnóstico Psicomotor según Nivel Socioeconómico Familiar

Nivel Socioeconómico	Normal n (%)	Dudoso n (%)	Anormal n (%)	Total
< 1 SBU (Bajo)	6 (10,7%)	16 (28,6%)	34 (60,7%)	56
= 1 SBU (Medio)	46 (34,3%)	40 (29,9%)	48 (35,8%)	134
> 1 SBU (Alto)	23 (41,8%)	10 (18,2%)	22 (40,0%)	55

Total	75 (30,6)	66 (26,9)	104 (42,4)	245
-------	-----------	-----------	------------	-----

Nota. Elaboración propia. Spearman $\rho = -0,202$; $p = 0,002$ (correlación negativa de magnitud débil, según Cohen, 1988: $<0,10$ trivial; $0,10-0,29$ débil; $0,30-0,49$ moderada; $0,50-0,69$ fuerte; $\geq 0,70$ muy fuerte).

La Tabla 6 muestra la distribución detallada del diagnóstico psicomotor según el nivel socioeconómico. Se observó que, en el grupo de ingreso bajo (< 1 SBU), el 60,7 % de los niños presentó un diagnóstico anormal, frente al 35,8 % en el grupo de ingreso medio y el 40,0 % en el grupo de ingreso alto. De manera correspondiente, la proporción de diagnóstico normal fue considerablemente menor en el grupo de ingreso bajo (10,7 %) respecto a los grupos de ingreso medio (34,3 %) y alto (41,8 %).

El análisis confirmó una correlación negativa y estadísticamente significativa entre el nivel socioeconómico y el diagnóstico psicomotor ($\rho = -0,202$; $p = 0,002$), de magnitud débil (58), consistente con el efecto observado mediante V de Cramér (Tabla 5). Esto indica que, si bien un mayor nivel socioeconómico se asocia con un mejor diagnóstico psicomotor, esta variable explica solo una parte limitada de su variabilidad, dado el carácter multifactorial del desarrollo psicomotor.

Este patrón no estrictamente monotónico ha sido documentado previamente en la literatura: una revisión sistemática sobre nivel socioeconómico y habilidades motrices en la primera infancia reportó igualmente comparaciones no lineales entre estratos socioeconómicos, lo que sugiere que la relación entre ingreso familiar y desarrollo psicomotor podría estar mediada por otros factores no explorados en el presente estudio, más que responder a una asociación estrictamente proporcional (59).

Discusión

Los resultados de este estudio revelaron una prevalencia elevada de alteraciones del desarrollo psicomotor en los niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza, el 69,3 % de los evaluados presentó algún grado de compromiso (42,4 % anormal y 26,9 % dudoso) y solo el 30,6 % un desarrollo normal. Esta magnitud excede con amplitud la estimación global de Lu et al. (60) quienes calcularon que el 43 % de los niños menores de cinco años de los países de ingresos bajos y medios, cerca de 250 millones están en riesgo de no alcanzar su

potencial de desarrollo, y se sitúa por encima de los rangos habitualmente informados con el Test de Denver II en la región. Se debe considerar que el 77,6 % de las familias percibió ingresos iguales o inferiores a un salario básico unificado, el 32,7 % de las madres cuenta con instrucción primaria o carece de instrucción formal y la oferta de servicios de estimulación temprana en la parroquia es prácticamente nula. Sin embargo, al ser una prueba de tamizaje la cifra debe interpretarse, en consecuencia, como una estimación del riesgo de retraso que exige confirmación diagnóstica individual, y no como una prevalencia de trastorno del desarrollo, ya que una parte de los casos clasificados como dudosos podría corresponder a falsos positivos.

El área de lenguaje fue la más comprometida (39,2 % de afectación: 18,8 % anormal y 20,4 % dudoso), seguida por el área personal-social (29,4 %), la motricidad gruesa (22,4 %) y la motricidad fina-adaptativa (21,2 %). Este orden coincide con la evidencia internacional que identifica al lenguaje como el dominio más sensible al gradiente socioeconómico.

Fernald et al. (61) demostraron que las diferencias en la eficiencia del procesamiento lingüístico y en el tamaño del vocabulario son detectables ya a los 18 meses de edad y se explican en gran medida por la cantidad y la calidad del habla dirigida al niño en el hogar. Schady et al. (62) en un análisis comparativo de cinco países latinoamericanos entre los que se incluyó al Ecuador, documentaron que la brecha en vocabulario receptivo entre los extremos de la distribución de riqueza se amplía de forma progresiva entre los tres y los seis años, lo que convierte a la primera infancia en el período de intervención más costo-efectivo.

En La Esperanza, el 32,7 % de las madres cuenta únicamente con instrucción primaria o carece de instrucción formal, condición que limita la riqueza del entorno lingüístico doméstico y las estrategias de andamiaje verbal. Debe considerarse, además, que el 11,8 % de los hogares tiene al Kichwa como lengua de uso habitual, aplicar un tamizaje del lenguaje en español a niños de hogares bilingües puede sobreestimar el compromiso lingüístico cuando no se explora el repertorio en ambas lenguas. Un factor adicional que merece exploración es la exposición temprana a pantallas, que Madigan et al. (63) asociaron de manera prospectiva con un desempeño inferior en el tamizaje del desarrollo a los 36 meses de edad.

La asociación entre el nivel socioeconómico familiar y el diagnóstico psicomotor ($\chi^2 = 18,012$; $gl = 4$; $p = 0,001$; V de Cramér = $0,192$; $\rho = -0,202$; $p = 0,002$) constituye el hallazgo central del estudio y el único factor con significancia estadística en el análisis. Los niños de hogares con ingresos inferiores a un SBU presentaron diagnóstico anormal en el 60,7 % de los casos, frente al 40,0 % de aquellos

El gradiente es convergente con el patrón descrito por Black et al. (64) en la serie del Lancet sobre desarrollo en la con ingresos superiores a ese umbral, lo que equivale a una probabilidad 2,3 veces mayor de resultado anormal ($OR = 2,32$).

Primera infancia y con la evidencia regional de Schady et al. (62). Los mecanismos que lo explican son múltiples y acumulativos: menor calidad de la dieta, Sudfeld et al. (65) documentaron en su metaanálisis la asociación entre el retraso del crecimiento lineal y puntuaciones cognitivas y motoras significativamente inferiores, estrés familiar crónico, menor disponibilidad de materiales, oportunidades de juego, y acceso desigual a los servicios de salud. Noble et al. (66) aportaron el sustrato neurobiológico al demostrar, en una muestra de 1.099 niños y adolescentes, que el ingreso familiar se asocia con la superficie cortical siguiendo una relación logarítmica en la que las diferencias son más marcadas precisamente en el extremo inferior de la distribución económica, es decir, en el rango en el que se ubica la mayoría de las familias de esta parroquia. Desde la Teoría de la Adaptación de Callista Roy, la privación económica sostenida, opera como un estímulo contextual que excede la capacidad de los subsistemas regulador y cognitivo del sistema niño-familia y se expresa en respuestas inefectivas, entre ellas el retraso del desarrollo psicomotor.

El perfil encontrado es coherente con el patrón de desigualdad que documentan las estadísticas nacionales. Según la Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil, la prevalencia de desnutrición crónica en los menores de dos años del Ecuador se situó en el 19,3 %, con valores marcadamente superiores en el área rural y en la población indígena (67); la parroquia La Esperanza, con un 21,6 % de niños que se identifican como indígenas y la totalidad de la muestra reside en zona rural. El marco del cuidado cariñoso y sensible permite ordenar la convergencia donde: el desarrollo saludable requiere de manera simultánea, salud, nutrición adecuada, cuidado receptivo, seguridad y oportunidades de aprendizaje temprano, y el déficit sostenido de cualquiera de esos componentes compromete la trayectoria del niño (68,69).

A diferencia de lo reportado en gran parte de la literatura previa, en el presente estudio la instrucción materna ($p = 0,781$), la instrucción paterna ($p = 0,959$), la etnia ($p = 0,181$), el idioma del hogar ($p = 0,562$), el estado civil del cuidador ($p = 0,807$), el tipo de vivienda ($p = 0,154$) y el sexo del niño ($p = 0,960$) no mostraron asociación estadísticamente significativa con el diagnóstico psicomotor. Esta divergencia con estudios previos no debe interpretarse como evidencia de que dichas variables carecen de importancia para el desarrollo infantil, sino que admite al menos cuatro explicaciones, propias de las condiciones particulares de la muestra y del diseño analítico empleado.

En primer lugar, cabe considerar una restricción del rango de variación en la muestra estudiada: el 77,6 % de los hogares se concentró en dos categorías de ingreso y el 48,2 % de las madres alcanzó únicamente el nivel de instrucción secundaria. Esta relativa homogeneidad social reduce la varianza disponible para detectar asociaciones, un fenómeno ya documentado en poblaciones con alta prevalencia de condiciones de desventaja compartidas.

En segundo lugar, el análisis realizado fue de tipo bivariado. Dado que la instrucción parental y el nivel socioeconómico suelen estar fuertemente correlacionados, es posible que el efecto de la escolaridad haya operado indirectamente a través del ingreso familiar, quedando absorbido por esta variable en ausencia de un modelo que controle ambos factores de forma simultánea.

En tercer lugar, la evaluación independiente de nueve factores sociodemográficos y el tamaño muestral ($n = 245$) podría no ofrecer la potencia estadística suficiente para detectarlo en el contexto de comparaciones múltiples.

Finalmente, esta falta de asociación es consistente con el modelo teórico de factores distales y proximales del desarrollo infantil: la evidencia internacional sostiene que variables distales como la escolaridad parental o la etnia influyen en el desarrollo psicomotor de manera indirecta, mediadas por procesos proximales tales como la calidad de la interacción cuidador-niño, el habla dirigida al menor y las oportunidades de juego y estimulación en el hogar (67,69). Bajo esta perspectiva, la ausencia de significancia estadística en los factores distales no invalida la relevancia teórica del estudio, sino que sugiere que su efecto podría estar mediado por otras

variables proximales no incluidas en este análisis y cuya incorporación se recomienda para futuras investigaciones.

CAPÍTULO V. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Programa de Estimulación Temprana Comunitaria

Nombre de la Propuesta: “Crecer con Fuerza” (PETC-CF)



Figura 2. Ejecución de actividades del Programa de Estimulación Temprana Comunitaria "Crecer con Fuerza" (PETC-CF)

Introducción y Justificación de la Propuesta

El desarrollo psicomotor constituye la expresión más temprana y observable de la maduración del sistema nervioso central en interacción con el entorno, y comprende la adquisición progresiva de habilidades en las áreas de motricidad gruesa, motricidad fina-adaptativa, lenguaje y personal-social. Su relevancia radica en que los primeros cinco años concentran la mayor neuroplasticidad del ciclo vital: lo que el niño experimenta en este período, la calidad del cuidado que recibe, la riqueza del lenguaje que escucha, las oportunidades de juego y exploración y el estado nutricional que alcanza, se traduce en la arquitectura cerebral

sobre la que se construirán el aprendizaje escolar, la regulación emocional y la salud a lo largo de la vida.

Por esa misma razón, el período es una ventana de oportunidad: las intervenciones oportunas producen ganancias sustanciales, mientras que los retrasos no detectados tienden a acumularse y a hacerse cada vez más difíciles de revertir. No obstante, esa ventana no se aprovecha por sí sola. Identificar los factores sociodemográficos asociados al retraso, como se hizo en la fase diagnóstica de esta investigación, resulta insuficiente si el conocimiento generado no se transforma en una respuesta concreta en el territorio; de ahí que el presente capítulo articule los hallazgos obtenidos con una propuesta de intervención diseñada, aplicada y evaluada en la propia parroquia, que traduce la evidencia en acción de enfermería comunitaria.

Los resultados obtenidos en la fase diagnóstica de esta investigación evidenciaron que el 69,3 % de los niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza presentaba algún grado de alteración del desarrollo psicomotor, con un compromiso particular del área de lenguaje. Esta situación, asociada de manera significativa al bajo nivel socioeconómico familiar, requería una respuesta activa desde el primer nivel de atención de salud. Dado que los padres y cuidadores principales constituyen el principal agente de estimulación del niño en el hogar, el fortalecimiento de sus conocimientos y competencias se configuró como la vía más costo-efectiva y sostenible para incidir sobre el desarrollo infantil. La evidencia científica respalda ampliamente la eficacia de los programas de estimulación temprana con enfoque comunitario y participativo, centrados en la capacitación de los cuidadores, para mejorar las prácticas de crianza y el desarrollo cognitivo, motor y del lenguaje en contextos de vulnerabilidad (70,71).

En consonancia con los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) del Ministerio de Salud Pública, y con los postulados de la Teoría de la Adaptación de Callista Roy y del Modelo de Interacción de Kathryn Barnard, se diseñó e implementó el Programa de Estimulación Temprana Comunitaria “Crecer con Fuerza” (PETC-CF), orientado a fortalecer las competencias parentales en estimulación del desarrollo y a mejorar el perfil psicomotor de los niños de la parroquia. La propuesta se fundamenta en la premisa de que, al potenciar el mecanismo cognitivo de afrontamiento de los

cuidadores en términos de la Teoría de Roy, es posible transformar los estímulos contextuales adversos en oportunidades de adaptación positiva para el sistema familiar.

Objetivos del programa

Objetivo general

Aplicar y evaluar la efectividad de un programa de intervención educativo comunitario, dirigido a padres y cuidadores principales de niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza.

Objetivos específicos

- Identificar el nivel de conocimiento inicial de los padres y cuidadores sobre el desarrollo psicomotor normal previo a la intervención.
- Mejorar el nivel de conocimientos de los padres y cuidadores principales sobre el desarrollo psicomotor normal.
- Evaluar los conocimientos de los padres y cuidadores principales sobre el desarrollo psicomotor normal, después de la culminación del programa de intervención comunitaria.

Fundamentación teórica y metodológica de la propuesta

El diseño integró tres marcos de referencia complementarios. Desde la Teoría de la Adaptación de Callista Roy, el programa se concibió como un conjunto de intervenciones dirigidas a modificar los estímulos contextuales y a fortalecer los mecanismos de afrontamiento cognitivo de las familias, con el fin de promover respuestas adaptativas efectivas.

Desde el Modelo de Interacción Padre-Hijo de Kathryn Barnard, se priorizó el fortalecimiento de la sensibilidad del cuidador y de la calidad del vínculo, reconociendo la interacción diádica como el motor del desarrollo infantil. Finalmente, desde el MAIS-FCI, se garantizó la pertinencia intercultural de las actividades, su articulación con el primer nivel de atención y la participación comunitaria como ejes operativos.

La metodología del programa fue eminentemente participativa y andragógica, partiendo de los saberes previos de las familias y privilegiando el aprendizaje mediante la demostración, la práctica y el uso de materiales cotidianos disponibles en el hogar.

Diseño y Estructura del Programa

El PETC-CF tuvo una duración de 12 semanas (tres meses), organizado en tres módulos temáticos de cuatro semanas cada uno. Las sesiones se realizaron con una frecuencia semanal, con una duración de dos horas, en grupos de 10 a 15 familias, en espacios comunitarios de la parroquia, casa comunal, subcentro de salud y escuelas comunitarias.

El contenido se organizó en tres módulos consecutivos. El primero, «Conocer para estimular» (semanas 1 a 4), abordó el concepto y las cuatro áreas del desarrollo psicomotor, los hitos esperados por grupo de edad, las señales de alerta y la importancia del control de crecimiento y desarrollo. El segundo, «Jugar para crecer» (semanas 5 a 8), se centró en actividades de estimulación por áreas con materiales cotidianos, con énfasis en el lenguaje, el dominio más comprometido en la fase diagnóstica, mediante el habla dirigida al niño, el canto y la lectura compartida, así como en el uso responsable de pantallas. El tercero, «Cuidar con afecto y buen alimento» (semanas 9 a 12), trabajó la crianza sensible y el vínculo afectivo, la alimentación y la higiene, y culminó con la elaboración de un plan familiar de estimulación.

Para las familias de los niños con diagnóstico anormal o dudoso se realizaron, adicionalmente, visitas domiciliarias de seguimiento al cierre de cada módulo.

Programación de actividades

La programación operativa del PETC-CF se organizó en doce semanas consecutivas, con una sesión grupal semanal de dos horas y visitas domiciliarias mensuales de seguimiento para las familias de mayor riesgo. Cada sesión se estructuró en cuatro momentos: recuperación de saberes previos y revisión del compromiso familiar de la semana anterior; desarrollo del contenido con apoyo de material gráfico en español y Kichwa; demostración y retorno de demostración con la participación conjunta del cuidador y el niño; y acuerdo de un compromiso concreto para practicar en el hogar. La primera y la última semana se reservaron para la aplicación del pretest y del posttest de conocimientos. La planificación detallada se presenta a continuación.

Tabla 7. Programación de actividades del Programa de Estimulación Temprana Comunitaria “Crecer con Fuerza”

Semana	Tema de la sesión	Objetivo de aprendizaje	Actividades, técnicas y recursos	Indicador de evaluación
1	Socialización del programa	Presentar el programa y medir el conocimiento inicial	Presentación del programa; aplicación del pretest de conocimientos Recursos: cuestionario impreso, esferos.	Pretest aplicado
2	¿Cómo crece y aprende mi hijo?	Reconocer las cuatro áreas del desarrollo psicomotor	Lluvia de ideas; exposición dialogada con papelotes; clasificación de tarjetas por área. Recursos: papelote, tarjetas ilustradas	≥ 80 % de participantes identifica las cuatro áreas
3	Hitos del desarrollo según la edad	Identificar los hitos esperados para la edad del propio hijo	Construcción de una línea de tiempo; revisión del carné de salud del niño. Recursos: papelógrafo, carné de salud, marcadores	Cada uno ubica los hitos correspondientes a su hijo
4	Señales de alerta y control de niño sano	Reconocer señales de alerta y la ruta de atención	Semáforo de señales de alerta; agenda de citas al centro de salud; Recursos: tarjetas del semáforo	Reconoce al menos tres señales de alerta

Semana	Tema de la sesión	Objetivo de aprendizaje	Actividades, técnicas y recursos	Indicador de evaluación
5	Motricidad gruesa: juego y movimiento	Aplicar actividades de motricidad gruesa con recursos del hogar	Circuito psicomotor con cajas, cuerdas, cojines y botellas; demostración y retorno de demostración. Recursos: material reciclado del hogar	Retorno de demostración correcto de dos actividades
6	Motricidad fina: manos que aprenden	Ejecutar actividades de coordinación óculo-manual según la edad	Trasvasado de granos, rasgado de papel, ensartado de cuentas y torres con envases. Recursos: granos, papel, recipientes	Retorno de demostración correcto de dos actividades
7	Lenguaje I: hablar, cantar y nombrar	Incorporar el habla dirigida al niño en la rutina diaria	Bolsa de objetos para nombrar; canciones y rondas tradicionales en español y Kichwa; Recursos: bolsa de objetos	Registro del compromiso de habla en la rutina diaria
8	Lenguaje II: la hora del cuento y las pantallas	Instaurar la lectura compartida y regular el uso de pantallas	Modelado de lectura dialógica; elaboración de un cuento familiar con material reciclado; Recursos: cuentos ilustrados, material reciclado	Compromiso familiar de lectura diaria
9	Crianza sensible y autonomía	Aplicar pautas de crianza positiva y de límites con afecto	Círculo de crianza; dramatización de situaciones cotidianas; análisis de casos. Recursos: guion de casos, material de apoyo	Participación en el análisis de al menos un caso
10	Nutrición para el cerebro	Reconocer prácticas de alimentación que favorecen el desarrollo	Demostración de preparaciones con alimentos lactancia y alimentación complementaria; agua segura e higiene de manos. Recursos: láminas	Elaboración de un menú familiar semanal
11	Mi plan familiar de estimulación	Elaborar el plan de estimulación y el rincón de juego en casa	Diseño del plan familiar según la edad del niño; organización del rincón de juego; entrega de la guía ilustrada. Recursos: formato del plan, guía impresa	Plan familiar de estimulación elaborado

Semana	Tema de la sesión	Objetivo de aprendizaje	Actividades, técnicas y recursos	Indicador de evaluación
12	Evaluación y cierre	Verificar el logro de los aprendizajes	Aplicación del postest; retroalimentación grupal	Postest aplicado.

Nota. Elaboración propia

La ejecución de la programación exigió tres condiciones operativas que conviene explicitar por su valor para la réplica de la propuesta: la coordinación previa con el Equipo Básico de Atención en Salud y con el Gobierno Autónomo Descentralizado parroquial para el uso de los espacios comunitarios; la conformación de grupos de 10 a 15 familias, con horarios acordados con las madres y cuidadoras según la jornada agrícola y laboral de la comunidad; y el uso exclusivo de materiales de bajo costo o disponibles en el hogar, de modo que cada actividad demostrada pudiera ser reproducida por la familia sin gasto adicional. El acompañamiento de los líderes comunitarios y la traducción de los mensajes clave al Kichwa fueron determinantes para la asistencia sostenida y para la pertinencia cultural de la intervención.

Evaluación de la efectividad del programa

La efectividad del programa se evaluó, de acuerdo con el objetivo general, a partir del impacto sobre el nivel de conocimientos de los padres y cuidadores principales, mediante una medición pretest-postest en un solo grupo. De manera complementaria, se documentaron los cambios observados en el desarrollo psicomotor de los niños, reportados como hallazgos exploratorios.

Impacto sobre el nivel de conocimientos de los padres y cuidadores

Se aplicó el cuestionario de conocimientos sobre desarrollo psicomotor y estimulación temprana (20 ítems, con una puntuación de 0 a 20 puntos) en las modalidades pretest y postest a los 184 padres y cuidadores que completaron el programa. El análisis estadístico se realizó mediante la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas, dada la distribución no normal de los datos (Kolmogorov-Smirnov: $p < 0,05$).

($n = 184$)

Tabla 8. Comparación de conocimientos sobre estimulación temprana pretest y postest

Nivel de conocimiento	Pretest n (%)	Postest n (%)	Δ %
Insuficiente (0 – 10 puntos)	89 (48,4 %)	18 (9,8 %)	-38,6
Básico (11 – 14 puntos)	71 (38,6 %)	63 (34,2 %)	-4,3
Adecuado (15 – 17 puntos)	18 (9,8 %)	72 (39,1 %)	+29,3
Alto (18 – 20 puntos)	6 (3,3 %)	31 (16,8 %)	+13,6

Nota. Elaboración propia. Prueba de Wilcoxon: $Z = -9,842$; $p < 0,001$. Mediana pretest: 10,0 (RIC: 8–12); mediana postest: 15,0 (RIC: 13–17).

La Tabla 8 evidencia una mejora estadísticamente significativa en el nivel de conocimientos de los cuidadores ($n = 184$) sobre estimulación temprana, con un tamaño del efecto grande (Wilcoxon $Z = -9,842$; $p < 0,001$; $r = 0,73$). El porcentaje de cuidadores con conocimiento insuficiente se redujo del 48,4 % al 9,8 %, mientras que los niveles adecuado y alto, en conjunto, aumentaron del 13,1 % al 55,9 %. La mediana de puntuación se incrementó de 10,0 (RIC: 8–12) a 15,0 puntos (RIC: 13–17).

Estos resultados son consistentes con el cumplimiento del cuarto objetivo específico, referido al fortalecimiento del conocimiento de los cuidadores sobre desarrollo psicomotor y estimulación temprana. No obstante, y en línea con la limitación señalada en el apartado de diseño metodológico, al tratarse de un diseño sin grupo control, esta mejora no puede atribuirse de manera exclusiva a la intervención educativa, dado que no se descartan otros factores.

Discusión de los resultados de la intervención

Los resultados confirman que el PETC-CF cumplió su objetivo en la mejora del nivel de conocimientos de los padres y cuidadores sobre el desarrollo psicomotor y la estimulación temprana. Este hallazgo es consistente con la evidencia acumulada sobre la eficacia de las intervenciones educativas dirigidas a cuidadores en contextos de vulnerabilidad: el metaanálisis de Jeong et al. (71) que integró 102 ensayos controlados aleatorizados realizados en 33 países, documentó efectos positivos y significativos de este tipo de programas sobre las prácticas de crianza ($DME = 0,33$) y sobre el desarrollo cognitivo ($DME = 0,32$) y motor ($DME = 0,24$) de los niños. En la región, el ensayo aleatorizado por conglomerados de Attanasio et al. (70) demostró que un programa de estimulación psicosocial entregado a través de la

infraestructura de un programa de transferencias condicionadas en Colombia mejoró el desarrollo cognitivo y del lenguaje de los niños participantes, lo que respalda la viabilidad de este modelo cuando se articula con el primer nivel de atención del MAIS-FCI.

El fortalecimiento del conocimiento parental tiene un valor estratégico, pues el cuidador es el principal mediador del desarrollo del niño en el hogar. La evidencia longitudinal de la cohorte jamaquina documentó que las intervenciones que fortalecen la interacción entre el cuidador y el niño y promueven el juego estimulante producen beneficios sostenidos en la competencia cognitiva y en la conducta hasta la vida adulta (72), con un retorno económico verificado dos décadas después en los ingresos laborales de los participantes (73). En este sentido, el programa se sustenta en el Modelo de Interacción de Barnard, que sitúa la sensibilidad y las competencias del cuidador en el centro del proceso de desarrollo.

Conviene, sin embargo, delimitar con precisión el alcance de estos resultados. Lo que el programa modificó de manera verificada fue el conocimiento declarado por los cuidadores, no las prácticas efectivamente observadas en el hogar ni el desarrollo psicomotor de los niños, cuya valoración exigiría un nuevo tamizaje tras un intervalo suficiente. La literatura advierte, además, sobre la fragilidad de los efectos cuando la intervención no se sostiene en el tiempo: el seguimiento de Andrew et al. (74) encontraron que las ganancias cognitivas obtenidas por un programa escalable de estimulación psicosocial en Colombia no se mantenían dos años después de su finalización. La implicación es directa para esta propuesta: su valor depende de la continuidad institucional, del acompañamiento periódico a las familias y de su integración estable en la cartera de servicios del primer nivel de atención, y no de la ejecución de un ciclo único de sesiones.

En conclusión, la propuesta demuestra que una intervención comunitaria de bajo costo y centrada en el fortalecimiento de las competencias de los cuidadores, es factible y pertinente para mejorar el conocimiento sobre estimulación temprana en un grupo poblacional de riesgo. Los resultados iniciales son positivos y deben ser profundizados en futuras investigaciones que incluyan grupo control. Además, la conexión con el primer nivel de atención y con los líderes comunitarios favorece su sostenibilidad y su potencial de réplica en otras parroquias con características sociodemográficas similares.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

1. El perfil sociodemográfico de las familias con niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza corresponde a un contexto de vulnerabilidad multidimensional, caracterizado por el predominio de hogares cuyos ingresos no superan el salario básico unificado y por una proporción considerable de madres con instrucción primaria o sin instrucción formal. Sumando que más de la mitad de las familias no dispone de vivienda propia, condiciones que en conjunto configuran un escenario de desventaja social acumulada.
2. El nivel de desarrollo psicomotor evaluado con el Test de Denver II reveló una situación crítica, donde la mayoría de los niños presentó diagnósticos anormales que constituyeron el grupo predominante y dudosos, mientras que solo una minoría alcanzó un desarrollo acorde con lo esperado para su edad. El área de lenguaje resultó la más comprometida, seguida por la personal-social, la motricidad gruesa y la motricidad fina-adaptativa. Al tratarse de un instrumento de tamizaje, estos hallazgos expresan riesgo de retraso y no constituyen un diagnóstico clínico, por lo que requieren confirmación diagnóstica individual.
3. El nivel socioeconómico familiar como factor sociodemográfico tuvo una asociación estadísticamente significativa con el desarrollo psicomotor, con una correlación negativa confirmada mediante la prueba de Spearman. Los niños de hogares con ingresos inferiores a un SBU presentaron diagnóstico anormal en la mayoría de los casos, frente a los del grupo de ingresos medios y el de mayores ingresos.
4. El Programa de Estimulación Temprana Comunitaria “Crecer con Fuerza”, aplicado durante doce semanas a 184 padres y cuidadores, demostró efectividad estadísticamente significativa en el fortalecimiento de sus conocimientos sobre desarrollo psicomotor y estimulación temprana donde la mediana de puntuación aumentó el conocimiento insuficiente. Su diseño participativo y de bajo costo, articulado con el primer nivel de atención, lo hace viable y replicable en parroquias con características similares.

Recomendaciones

1. Al Centro de Salud La Esperanza: garantizar el tamizaje sistemático del desarrollo psicomotor en cada control de crecimiento y desarrollo, con registro en la historia clínica y una ruta de referencia y contrarreferencia efectiva hacia estimulación temprana y rehabilitación ante todo resultado dudoso o anormal. Se recomienda constituir un registro nominal de los niños con tamizaje alterado y asignarles seguimiento longitudinal con visita domiciliaria priorizada.
2. Al personal de enfermería del primer nivel de atención: incorporar en la consulta y en la visita domiciliaria, la consejería personalizada en estimulación del lenguaje, el habla dirigida al niño, el canto y lectura compartida en la lengua del hogar, por tratarse del área más comprometida en esta población, así como la orientación sobre el uso responsable de pantallas en los menores de dos años.
3. A las familias, los cuidadores y las organizaciones comunitarias: sostener las prácticas aprendidas durante el programa, en particular la lectura compartida diaria, el juego con materiales del hogar y la asistencia regular al control de niño sano, y aprovechar los espacios comunitarios existentes para conformar grupos de crianza que permitan replicar las sesiones con el acompañamiento de los líderes locales.
4. A la comunidad académica y de investigación: desarrollar estudios longitudinales que permitan establecer la dirección causal de las asociaciones observadas y evaluar la eficacia a mediano y largo plazo de los programas de estimulación temprana e incluir otras variables. Se recomienda emplear modelos multivariados y de ecuaciones estructurales para explorar el papel mediador de la calidad del apego, las prácticas de crianza y el estrés parental en la relación entre el nivel socioeconómico y el desarrollo psicomotor, así como incorporar diseños con grupo de comparación.

BIBLIOGRAFIA

1. WHO, UNICEF, The World Bank. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Who [Internet]. 2018 [cited 2025 Jul 18];(April 2018):1–4. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/child/nurturing-care-framework/en/
2. Rhenals J, Arango C, Rodríguez J, Iruetia MJ. Factores familiares y socioeconómicos asociados al desarrollo psicomotor de menores en edad preescolar. Retos. 2025 Dec 15;73:1579–91. doi:10.47197/RETOS.V73.117561
3. Black M, Walker S, Fernald L, Andersen C, DiGirolamo A, Lu C, et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. The Lancet. 2017 Jan 7;389(10064):77–90. doi:10.1016/S0140-6736(16)31389-7 PubMed PMID: 27717614.
4. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Grupo Banco Mundial. Nurturing care for early childhood development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Medico e Bambino. 2018;37(8):489.
5. UNICEF. El Estado Mundial de la Infancia: Niños, alimentos y nutrición [Internet]. 2019 [cited 2025 Jul 18]. Available from: <https://www.unicef.org/lac/informes/el-estado-mundial-de-la-infancia-2019-ni%C3%B1os-alimentos-y-nutrici%C3%B3n>
6. Pierina M, Calderón M, Piñón Gamez A. Desarrollo Psicomotor y Aprendizaje Infantil a los 3 Años en una Unidad Educativa de Chone. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 2024 Jul 17;8(3):8785–99. doi:10.37811/CL_RCM.V8I3.12035
7. Romero Martínez SJ, Ordóñez Camacho XG, Gil Madrona P. Development of the Checklist of Psychomotor Activities for 5- to 6-Year-Old Children. Percept Mot Skills. 2018 Dec 1;125(6):1070–92. doi:10.1177/0031512518804359 PubMed PMID: 30413141.
8. Consejo Consultivo para la prevención y reducción de la Desnutrición Crónica Infantil. Informe del estado de la Desnutrición Crónica Infantil en Ecuador 2021-2024. [Internet]. Quito; 2024 [cited 2025 Jul 18]. Available from: <https://consejoconsultivodci.com.ec/wp-content/uploads/2024/10>
9. MAATE y UNICEF. Costos asociados a servicios inadecuados de saneamiento e higiene en el área rural del Ecuador [Internet]. Quito; 2022 [cited 2025 Jul 18]. Available from: https://www.unicef.org/ecuador/media/11621/file/Ecuador_saneamiento_higiene.pdf.pdf
10. Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial de La Esperanza. Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial de la parroquia La Esperanza 2023–2027. GAD Parroquial La Esperanza, editor. 2023.

11. Veloz B, Figueroa M. Identificación de factores asociados al desarrollo psicomotor de preescolares en el centro de salud tipo c “bastión popular” período abril - julio 2023 [Internet]. 2023 [cited 2025 Jul 18]. Available from: <https://repositorio.ug.edu.ec/server/api/core/bitstreams/49e3acae-c088-446f-82e7-93f32b548161/content>
12. Tonguino S, Villamarín E, Pineda J, Zapata K, Builes F, Carvajal H. Factores relacionados con el desarrollo psicomotor en niños menores de cinco años hospitalizados. Revista cubana de investigaciones biomédicas [Internet]. 2024 [cited 2026 Jun 9];(43):19. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9933264&info=resumen&idioma=ENG>
13. Alexandra G, Aguirre R, Jubika V, Asencio R, Cetre R, Mariuxi J, et al. Implementación de técnicas de estimulación temprana en la integración social: Estudio de caso en universidad ecuatoriana. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 2024 Nov 20;8(5):9081–93. doi:10.37811/CL_RCM.V8I5.14298
14. Hoyos Á, Ordoñez L. Escalas de evaluación del desarrollo psicomotor en Hispanoamérica. Rev cuba pediatría [Internet]. 2022 Sep 1 [cited 2026 Jun 9];94(3). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312022000300013&lng=en&nrm=iso&tlng=en
15. Jara N, Lepe N. Relationship between psychomotor development and executive functions in early childhood of children from 3 to 5 years old. Revista Ecuatoriana de Neurología. 2022;31(3):55–61. doi:10.46997/REVECUATNEUROL31300055
16. Moyano F, Inostroza A, Pelegri C, Biseo S, Airola M. Desarrollo psicomotor en niños hasta los 5 años desde el año 2019 hasta el año 2022. Revista Confluencia. 2023 Jul 31;6(1):86–90. doi:10.52611/CONFLUENCIA.NUM1.2023.959
17. Zambrano R, Moncayo H, López S, Bonilla D. Estimulación temprana como programa neurológico en las capacidades y destrezas en niños en etapa infantil. Retos. 2022 Apr 1;44:252–63. doi:10.47197/RETOS.V44I0.88830
18. Molina M, Piñon A. Desarrollo Psicomotor y Aprendizaje Infantil a los 3 Años en una Unidad Educativa de Chone. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 2024 Jul 17;8(3):8785–99. doi:10.37811/CL_RCM.V8I3.12035
19. Alfaro FM, Inostroza A, aranceda CP, biseo SJ, Airola M de los angeles. Desarrollo psicomotor en niños hasta los 5 años desde el año 2019 hasta el año 2022. Revista Confluencia. 2023 Jul 31;6(1):86–90. doi:10.52611/CONFLUENCIA.NUM1.2023.959
20. Pierina M, Calderón M, Piñón Gamez A. Desarrollo Psicomotor y Aprendizaje Infantil a los 3 Años en una Unidad Educativa de Chone. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 2024 Jul 17;8(3):8785–99. doi:10.37811/CL_RCM.V8I3.12035

21. Wang Q. Cultural Pathways and Outcomes of Autobiographical Memory Development. *Child Dev Perspect*. 2021 Sep 1;15(3):196–202. doi:10.1111/CDEP.12423
22. García J, Berruezo P. Psicomotricidad y educación infantil [Internet]. Novena Edición. CEPE Ciencias de la Educación Preescolar y Especial; 2013 [cited 2026 Jun 25]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=168804>
23. Romero S, Ordóñez X, Gil Madrona P. Development of the Checklist of Psychomotor Activities for 5- to 6-Year-Old Children. *Percept Mot Skills*. 2018 Dec 1;125(6):1070–92. doi:10.1177/0031512518804359;WGROU:STRING:PUBLICATION PubMed PMID: 30413141.
24. Hoff E. Interpreting the early language trajectories of children from low-SES and language minority homes: implications for closing achievement gaps. *Dev Psychol*. 2013;49(1):4–14. doi:10.1037/A0027238 PubMed PMID: 22329382.
25. Bronfenbrenner U, Morris P. The bioecological model of human development. 6th ed. W. Damon, R. M. Lerner, editors. Vol. 1. Wiley; 2006. 793–828 p.
26. Estrada L, Corría O, Aguilar Y, Arceo F. Desarrollo del niño en la infancia temprana y sus manifestaciones en el primer año de vida. *Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores*. 2020 Jan 1. doi:10.46377/DILEMAS.V32I1.1996
27. Sanchez S. Motricidad Fina en la Escritura en niños de 5 años. [Internet]. [Manta]: Universidad Laica “Eloy Alfaro”; 2025 [cited 2026 Jun 25]. Available from: <https://repositorio.uleam.edu.ec/handle/123456789/9525>
28. Fily A, Pierrat V, Delporte V, Breart G, Truffert P. Factors associated with neurodevelopmental outcome at 2 years after very preterm birth: The population-based Nord-Pas-de-Calais EPIPAGE Cohort. *Pediatrics*. 2006;117(2):357–66. doi:10.1542/PEDS.2005-0236 PubMed PMID: 16452354.
29. Serván E, Quezada A, Fuentes E, Pineda C, Hernández M, García A, et al. Proximal determinants of suboptimal early child development during the first three years of life in socially deprived Mexican contexts. *PLoS One*. 2023 Nov 1;18(11):e0291300. doi:10.1371/JOURNAL.PONE.0291300 PubMed PMID: 37917638.
30. Tapia E. Factores Sociodemográficos y la Asistencia al CRED de Niños Menores de 36 Meses en el C. S. “Jesús Poderoso”, San Juan de Miraflores, 2018. Universidad César Vallejo [Internet]. [Lima]: Universidad César Vallejo; 2018 [cited 2026 Jul 7]. Available from: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/23994>
31. Noble K, Houston S, Brito N, Bartsch H, Kan E, Kuperman J, et al. Family income, parental education and brain structure in children and adolescents. *Nature Neuroscience* 2015 18:5. 2015 Mar 30;18(5):773–8. doi:10.1038/nn.3983 PubMed PMID: 25821911.
32. Correia L, Rocha H, Sudfeld C, Rocha S, Leite Á, Campos J, et al. Prevalence and socioeconomic determinants of development delay among children in Ceará, Brazil: A

- population-based study. PLoS One. 2019 Nov 1;14(11):e0215343. doi:10.1371/JOURNAL.PONE.0215343 PubMed PMID: 31689294.
33. Ministerio del ambiente agua y transición ecológica M, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia U. Costos asociados a servicios inadecuados de saneamiento e higiene en el área rural del Ecuador [Internet]. Quito, Ecuador; 2022 [cited 2026 Jul 7]. Available from: https://www.unicef.org/ecuador/media/11621/file/Ecuador_saneamiento_higiene.pdf.pdf
 34. Instituto Nacional de Estadística y Censos. INEC [Internet]. 2023 [cited 2026 Jul 7]. Primera Encuesta Especializada sobre Desnutrición Infantil (ENDI) 2022-2023. Available from: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/primera-encuesta-especializada-revela-que-el-20-1-de-los-ninos-en-ecuador-padecen-de-desnutricion-cronica-infantil/>
 35. Walker SP, Wachs TD, Grantham-Mcgregor S, Black MM, Nelson CA, Huffman SL, et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. The Lancet. 2011 Oct 8;378(9799):1325–38. doi:10.1016/S0140-6736(11)60555-2 PubMed PMID: 21944375.
 36. Echeverría W. Determinantes socioeconómicos de la desnutrición crónica en menores de cinco años: evidencia desde Ecuador. INTER DISCIPLINA. 2022 Oct 27;10(28):591–611. doi:10.22201/CEIICH.24485705E.2022.28.83314
 37. Frankenburg WilliamK, Dodds J, Archer P, Shapiro H, Bresnick B. The Denver II: A Major Revision and Restandardization of the Denver Developmental Screening Test. Pediatrics. 1992 Jan 1;89(1):91–7. doi:10.1542/PEDS.89.1.91 PubMed PMID: 1370185.
 38. Glascoe F, Byrne K, Ashford L, Johnson K, Chang B, Strickland B. Accuracy of the Denver-II in Developmental Screening. Pediatrics. 1992 Jun 1;89(6):1221–5. doi:10.1542/PEDS.89.6.1221 PubMed PMID: 1375732.
 39. Sacón J, Contreras P. Estado de desarrollo psicomotor en niños sanos que asisten a un centro infantil en Santo Domingo, Ecuador. Enfermería: cuidados humanizados, ISSN- e 2393-6606, ISSN 1688-8375, Vol 6, N° 2, 2017, págs 49-65. 2017;6(2):49–65. doi:10.22235/ech.v6i2.1467
 40. Grada R. Factores asociados a retardo del desarrollo psicomotor en niños menores de seis meses de edad. MASKANA [Internet]. 2017 Dec 29 [cited 2026 Jul 7];8:49–58. Available from: <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/maskana/article/view/1876>
 41. Richter L, Daelmans B, Lombardi J, Heymann J, Boo F, Behrman J, et al. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. The Lancet. 2017 Jan 7;389(10064):103–18. doi:10.1016/S0140-6736(16)31698-1 PubMed PMID: 27717610.

42. Britto P, Lye S, Proulx K, Yousafzai A, Matthews S, Vaivada T, et al. Nurturing care: promoting early childhood development. *The Lancet*. 2017 Jan 7;389(10064):91–102. doi:10.1016/S0140-6736(16)31390-3 PubMed PMID: 27717615.
43. Roy C, Heather AA. *The Roy Adaptation Model*. 3rd Edition. The Roy Adaptation Model. 3rd. PEARSON. Pearson; 2009. 31 p.
44. Alligood M. *Nursing Theorists and Their Work - 9th Edition* [Internet]. 9th Edition. Elsevier Shop, editor. 2017 [cited 2026 Jul 7]. Available from: <https://shop.elsevier.com/books/nursing-theorists-and-their-work/alligood/978-0-323-40224-8>
45. Asamblea Constituyente. Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial [Internet]. Quito; 2008. p. 23–23. Available from: https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf
46. Asamblea Constituyente. Código de la Niñez y la Adolescencia [Internet]. Registro Oficial 737 de 03-ene.-2003; 2017 [cited 2025 Jul 24]. Available from: https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2018-09/Documento_C%C3%B3digo-Ni%C3%B1ez-Adolescencia.pdf
47. Asamblea Constituyente. Ley Orgánica de Salud [Internet]. Registro Oficial Su.... 2012 [cited 2025 Jul 19]. Available from: https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2018-10/Documento_ley-org%C3%A1nica-salud.pdf
48. MSP M de SP. Modelo de Atención Integral de Salud – Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) [Internet]. 725th–1162nd ed. 2012 [cited 2025 Jul 24]. Available from: https://www.hgdc.gob.ec/images/DocumentosInstitucionales/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
49. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. *Metodología de la Investigación* [Internet]. Quinta Edición. México: McGRAW-HILL; 2010 [cited 2025 Jul 18]. 4–4 p. Available from: <https://www.smujerescoahuila.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Sampieri.Met.Inv.pdf>
50. Wang X, Cheng Z. Cross-Sectional Studies: Strengths, Weaknesses, and Recommendations. *Chest*. 2020 Jul 1;158(1):S65–71. doi:10.1016/j.chest.2020.03.012 PubMed PMID: 32658654.
51. Tapia E. Factores Sociodemográficos y la Asistencia al CRED de Niños Menores de 36 Meses en el C. S. "Jesús Poderoso", San Juan de Miraflores, 2018. Universidad César Vallejo [Internet]. 2021 [cited 2025 Jul 25]. Available from: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/23994>
52. León AM, Mora AL, Tovar LG. Fomento del desarrollo integral a través de la psicomotricidad. *Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores*. 2021 Sep 1. doi:10.46377/DILEMAS.V9I1.2861

53. Quispe M, Rimascça I, Inca J, Cruzado A. Psychomotor development in early childhood education students: a systematic review Desenvolvimento psicomotor em escolares da educação infantil: uma revisão sistemática [Internet]. 2025. doi:10.59659/revistatribunal.v5i10.136
54. Torres M, Paz K, Salazar F. Tamaño de una muestra para una investigación de mercado. Boletín Electrónico [Internet]. 2006 [cited 2025 Jul 29]. Available from: http://moodlelandivar.url.edu.gt/url/oa/fi/ProbabilidadEstadistica/URL_02_BAS02%20DETERMINACION%20TAMA%C3%91O%20MUESTRA.pdf
55. Fernando F, Salazar J, Gabriela M, Villacis S, Iván R, Gaviláñez A, et al. Test de Denver y el test Prunape, instrumentos para identificar alteraciones de desarrollo psicomotor. Revista Científica UISRAEL. 2021 Jan 10;8(1):123–36. doi:10.35290/RCUI.V8N1.2021.401
56. WMA AMM. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos – WMA – The World Medical Association [Internet]. 2024 [cited 2025 Jul 29]. Available from: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
57. CIOMS C de OI de las CM, OMS OM de la S. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud en seres humanos [Internet]. 2018 [cited 2025 Jul 29]. Available from: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf
58. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. Routledge, editor. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences [Internet]. 2nd Edition. New York: Taylor and Francis; 1988 [cited 2026 Sep 13]. 1–567 p. Available from: <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9780203771587/statistical-power-analysis-behavioral-sciences-jacob-cohen> doi:10.4324/9780203771587
59. Laguna CA, Ornelas Contreras M, González RA, Nuñez Enrique O. Impacto del nivel socioeconómico en habilidades motrices de infantes: revisión sistemática (Impact of the socioeconomic status in children motor abilities: systematic review). Retos. 2023 Jun 28;49:307–13. doi:10.47197/RETOS.V49.97531
60. Lu C, Black M, Richter L. Risk of poor development in young children in low-income and middle-income countries: an estimation and analysis at the global, regional, and country level. Lancet Glob Health. 2016 Dec 1;4(12):e916–22. doi:10.1016/S2214-109X(16)30266-2 PubMed PMID: 27717632.
61. Fernald A, Marchman V, Weisleder A. SES differences in language processing skill and vocabulary are evident at 18 months. Dev Sci. 2013 Mar 1;16(2):234–48. doi:10.1111/DESC.12019;ISSUE:ISSUE:DOI PubMed PMID: 23432833.
62. Schady N, Behrman J, Araujo MA, Bernal R, Bravo D, Lopez-Boo F, et al. Wealth Gradients in Early Childhood Cognitive Development in Five Latin American

- Countries. *Journal of Human Resources*. 2015 Mar 31;50(2):446–63. doi:10.3368/JHR.50.2.446 PubMed PMID: 25983344.
63. Madigan S, Browne D, Racine N, Mori C, Tough S. Association Between Screen Time and Children’s Performance on a Developmental Screening Test. *JAMA Pediatr*. 2019 Mar 1;173(3):244–50. doi:10.1001/JAMAPEDIATRICS.2018.5056 PubMed PMID: 30688984.
 64. Black MM, Walker SP, Fernald LCH, Andersen CT, DiGirolamo AM, Lu C, et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. *The Lancet*. 2017 Jan 7;389(10064):77–90. doi:10.1016/S0140-6736(16)31389-7 PubMed PMID: 27717614.
 65. Sudfeld CR, McCoy DC, Danaei G, Fink G, Ezzati M, Andrews KG, et al. Linear Growth and Child Development in Low- and Middle-Income Countries: A Meta-Analysis. *Pediatrics*. 2015 May 1;135(5):e1266–75. doi:10.1542/PEDS.2014-3111 PubMed PMID: 25847806.
 66. Noble KG, Houston SM, Brito NH, Bartsch H, Kan E, Kuperman JM, et al. Family income, parental education and brain structure in children and adolescents. *Nature Neuroscience* 2015 18:5. 2015 Mar 30;18(5):773–8. doi:10.1038/nn.3983 PubMed PMID: 25821911.
 67. INEC. Desnutrición Crónica Infantil se ubica en el 19,3 para menores de 2 años [Internet]. 2024 [cited 2026 Aug 16]. Available from: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/desnutricion-cronica-infantil-se-ubica-en-el-19-3-para-menores-de-2-anios/>
 68. Britto PR, Lye SJ, Proulx K, Yousafzai AK, Matthews SG, Vaivada T, et al. Nurturing care: promoting early childhood development. *The Lancet*. 2017 Jan 7;389(10064):91–102. doi:10.1016/S0140-6736(16)31390-3 PubMed PMID: 27717615.
 69. Organización Panamericana de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Banco Mundial. OMS [Internet]. 2018 [cited 2026 Aug 16]. Nurturing care for early childhood development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Available from: <https://nurturing-care.org/ncf-for-ecd/>
 70. Attanasio OP, Fernández C, Fitzsimons EOA, Grantham-McGregor SM, Meghir C, Rubio-Codina M. Using the infrastructure of a conditional cash transfer program to deliver a scalable integrated early child development program in Colombia: cluster randomized controlled trial. *BMJ*. 2014 Sep 29;349. doi:10.1136/BMJ.G5785 PubMed PMID: 25266222.
 71. Jeong J, Franchett EE, Ramos de Oliveira C V., Rehmani K, Yousafzai AK. Parenting interventions to promote early child development in the first three years of life: A global systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2021 May 1;18(5):e1003602. doi:10.1371/JOURNAL.PMED.1003602 PubMed PMID: 33970913.

72. Walker SP, Chang SM, Vera-Hernández M, Grantham-McGregor S. Early Childhood Stimulation Benefits Adult Competence and Reduces Violent Behavior. *Pediatrics*. 2011 May 1;127(5):849–57. doi:10.1542/PEDS.2010-2231 PubMed PMID: 21518715.
73. Gertler P, Heckman J, Pinto R, Zanolini A, Vermeersch C, Walker S, et al. Labor market returns to an early childhood stimulation intervention in Jamaica. *Science* (1979). 2014 May 30;344(6187):998–1001. doi:10.1126/SCIENCE.1251178 PubMed PMID: 24876490.
74. Andrew A, Attanasio O, Fitzsimons E, Grantham-McGregor S, Meghir C, Rubio-Codina M. Impacts 2 years after a scalable early childhood development intervention to increase psychosocial stimulation in the home: A follow-up of a cluster randomised controlled trial in Colombia. *PLoS Med*. 2018 Apr 1;15(4):e1002556. doi:10.1371/JOURNAL.PMED.1002556 PubMed PMID: 29689057.

ANEXOS

ANEXO 1. Consentimiento Informado



UTN
IBARRA - ECUADOR

Facultad de
Posgrado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS
MENORES DE CINCO AÑOS DE LA PARROQUIA LA ESPERANZA, 2025

Investigador: Miguel Ángel Mora Tobar

Programa: Maestría en Salud Pública Mención en Enfermería Familiar y Comunitaria

Institución: Universidad Técnica del Norte

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO
Descripción del estudio:
Este estudio busca desarrollar una estrategia de intervención comunitaria que promueva el desarrollo psicomotor en niños menores de 5 años de la parroquia La Esperanza, considerando los factores sociodemográficos que influyen en este proceso. A través de los resultados obtenidos, se pretende fortalecer las prácticas de cuidado, estimulación temprana y acceso a servicios de salud en la comunidad, mejorando así el desarrollo integral de los niños en esta etapa crítica.
Propósito del estudio
Objetivo general Determinar la relación e influencia de los factores sociodemográficos en el desarrollo psicomotor de los niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza. Objetivos específicos - Identificar los principales factores sociodemográficos de las familias con niños menores de cinco años en la parroquia La Esperanza. - Evaluar el nivel de desarrollo psicomotor en los niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza. - Establecer la correlación entre el nivel de desarrollo psicomotor y factores sociodemográficos de niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza. - Aplicar y evaluar la efectividad de un programa de intervención comunitario, educativo y accesible, dirigido a padres y cuidadores principales de niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza.
Descripción de los procedimientos
La técnica que se utilizará en este estudio es la encuesta, a los padres y/o cuidadores de los niños menores de cinco años.

• Análisis sociodemográfico: Se recopilarán datos sobre nivel socioeconómico, educación parental, composición y estado familiar y residencia. • Fiabilidad del instrumento de medición: Se utiliza el “Test de Denver II” para evaluar el desarrollo psicomotor.
Riesgos y beneficios
• No se identifican riesgos significativos, ya que las encuestas y entrevistas abordan temas relacionados con el cuidado infantil, el desarrollo psicomotor y las condiciones sociodemográficas, sin implicar preguntas invasivas o sensibles. Los participantes proporcionarán su consentimiento informado, garantizando la confidencialidad de los datos. • El estudio proporcionará una base sólida para el diseño de estrategias comunitarias que mejoren el desarrollo psicomotor, fomentando prácticas de estimulación temprana y acceso equitativo a servicios de salud. Los resultados beneficiarán a las familias al promover un entorno favorable para el desarrollo infantil y contribuirán a la mejora de la calidad de vida en la parroquia La Esperanza.
Confidencialidad de los datos
• Para el investigador es muy importante mantener su privacidad, por lo cual se aplicará las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales: 1. La información que nos proporcione será registrada sin su nombre y su información será confidencial, donde sólo el investigador tendrá acceso. 2. Los datos obtenidos serán utilizados solo para uso de investigación.
Derechos y opciones del participante
• La participación en este estudio es voluntaria y si usted decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además, aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee. Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.
Información de contacto
• Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al teléfono: (593) 098 552 2157 que pertenece al investigador de la investigación o envíe un correo electrónico a mamorat@utn.edu.ec , que pertenece al correo del investigador.
☐ Acepto los términos y condiciones de la encuesta ☐ No acepto los términos y condiciones de la encuesta

**CUESTIONARIO SOBRE DATOS
SOCIODEMOGRÁFICOS**

- Reciba usted un cordial saludo, y de antemano las gracias por su participación en este estudio.
- Por favor, responder cada una de las preguntas con toda sinceridad y veracidad posible.
- Se le pide completar los campos requeridos. Lea atentamente las consignas y responda según sea el caso.

DATOS:

¿Qué edad tiene su hijo o hija?

(registre en años y en meses)

Sexo del niño/a:

- ☐ Hombre
☐ Mujer

¿Con qué grupo étnico se identifica su familia?

- ☐ Mestizo
☐ Indígena
☐ Otro

¿Qué idioma se habla habitualmente en su hogar?

- ☐ Español
☐ Kichwa

¿Cuál es el nivel de instrucción de la madre?

- ☐ Sin estudios
☐ Primaria
☐ Secundaria
☐ Superior

¿Cuál es el nivel de instrucción del padre?

- ☐ Sin estudios
☐ Primaria
☐ Secundaria
☐ Superior

¿Cuál es el ingreso económico mensual del hogar?

- ☐ Menos de 1 SBU (Salario Básico Unificado)
- ☐ 1 SBU (Salario Básico Unificado)
- ☐ Más de 1 SBU (Salario Básico Unificado)

¿Cuál es el estado civil del cuidador principal?

- ☐ Casado/a
- ☐ Soltero/a
- ☐ Unión libre
- ☐ Divorciado/a

¿Qué tipo de vivienda habita la familia?

- ☐ Propia
- ☐ Arrendada
- ☐ Prestada
- ☐ Otro

¿En qué zona reside la familia?

- ☐ Urbana
- ☐ Rural

¿Cuántos hijos conforman el hogar?

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 o más

ANEXO 3. Test de Denver II

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO		NOMBRES DEL PACIENTE		APELLIDOS DEL PACIENTE		SEXO		CÉDULA DE IDENTIDAD/Nº HISTORIA CLÍNICA		
						H	M			
EDAD GESTACIONAL AL NACIMIENTO		EDAD CRONOLÓGICA		OBSERVACIONES:				FECHA DE ATENCIÓN		
		Años	Meses					dd	mm	aaaa

MESES

2 4 6 9 12 15 18 24

AÑOS

3 4 5 6

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO	DATOS DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LA EVALUACIÓN:		
	NORMAL	DUDOSO	ANORMAL
	Apellidos y Nombres:		
	Firma y Sello:		

MSP/DNEAIS-HCU-Form.028/mayo/2015 Test de Denver II

INSTRUCCIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN

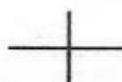
1. Intente animarle al niño a sonreír, hablarle, o saludarle con la mano.
2. El niño debe fijar la vista por varios segundos.
3. El familiar puede guiar el cepillo de dientes y aplicar la pasta.
4. El niño se viste sin ayuda (se abotona).
5. Fija y sigue con la mirada un objeto.
6. Agarra el chinesco.
7. Buscar el objeto y alcanzarlo.
8. El niño debe pasar el cubo de una mano a otra, sin la ayuda de su cuerpo, su boca.
9. Recoge objetos con el dedo pulgar (pinza).
10. Garabatea espontáneamente.
11. Haga un puño con el dedo gordo arriba y menee solamente el gordo, pase si el niño lo imita y no mueve cualquier otro dedo que no se el gordo.



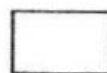
12. Pase cualquier Forma encerrada.
No pase movimientos Continuos y redondos.



13. ¿Cuál línea es Más larga?(no más grande)Voltee El papel y repita. (pase 3 de 3 o 5 de 6)



14. Pase cualquier par de líneas que cruzan cerca del punto Mediano.



15. El niño debe copiar primero. Si no pasa, demuéstrelo.

Al administrar puntos 12, 14, y 15, no nombre las formas. No haga demostración de 12 y 14.

16. Dibujar tres partes de una persona.
17. Responde a sonido.
18. Indique el dibujo y dígame al niño que lo nombre.(No se da crédito simplemente por decir los sonidos que hacen)Si el niño nombra menos de 4 dibujos, el examinador puede decir el nombre del animal y el niño debe indicar cada uno.



19. Usando una muñeca, dígame al niño: "Muéstreme nariz, ojos, orejas, boca, manos, pies, estómago, pelo" Pase 6 de 8.
20. Usando dibujos pregúntele: "¿Cuál vuela?...dice miao?...habla?...ladra?...galopa?" Pase 2 de 5, 4 de 5.
21. Pregúntele: "¿Qué haces cuando tienes frío?...estas cansado?...tienes hambre?" pase 2 de 3, 3 de 3.
22. Pregúntele: "¿Qué haces con una taza?...¿Para qué se usa una silla?...¿para que se usa un lápiz?" Se deben incluir palabras Palabras de acción.
23. Pasa si el niño coloca correctamente y dice cuantos cubos están en el papel. (1,5)
24. Dígame: "Coloca el cubo en la mesa; debajo de la mesa; delante de mí; detrás de mí" Pase 4 de 4.
25. Pregúntele: "¿Qué es una pelota?...lago?...mesa?...casa?...guineo?...cobija?...puerta?...techo?" Pase si se define en términos de uso, forma, de que se hace o de categoría ejem. El guineo es una fruta, no simplemente amarillo, pase 5 de 8.
26. Pregúntele: "Si un caballo es grande, ¿un ratón es...? Si el fuego esta caliente el hielo esta.....? Si el sol brilla durante el día la luna durante ::: Pase 2 de 3.
27. Sube gradas.
28. Patea la pelota.
29. Salta en su lugar, salta hacia adelante, se balancea en un pie dos segundos.
30. Marcha punta talón hacia adelante.
31. Se balancea en un pie 6 segundos.

ANEXO 4. Evaluación de conocimientos pretest y postest

REPÚBLICA DEL ECUADOR



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020

FACULTAD DE POSGRADO



Proyecto de Investigación

«Factores sociodemográficos y desarrollo psicomotor en niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza, 2025»

Estimado padre, madre o cuidador principal: el presente formulario forma parte de la investigación citada. Su participación es voluntaria, anónima y no representa ningún riesgo; la información se identifica únicamente mediante un código y se emplea con fines exclusivamente académicos.

Instrucciones: lea con atención cada pregunta y marque con una X dentro del paréntesis la alternativa que corresponda. Cada pregunta admite una sola respuesta correcta; si desconoce la respuesta, marque la alternativa que considere más adecuada y no deje ítems en blanco.

Código del participante	
Fecha de aplicación	
Hora de inicio / hora de finalización	
Momento de aplicación	Pretest () Posttest ()
Responsable de la aplicación	

Cuestionario de conocimientos sobre estimulación temprana

Marque con una X una sola alternativa en cada pregunta.

1. ¿Qué es el desarrollo psicomotor del niño?

- () a) El aumento de peso y de talla que presenta el niño cada mes.
- () b) El conjunto de vacunas que el niño recibe durante sus primeros años.
- () c) El proceso por el cual el niño va adquiriendo habilidades de movimiento, lenguaje y relación con las demás personas.
- () d) La capacidad del niño para aprender a leer y a escribir.

2. ¿Cuáles son las áreas del desarrollo psicomotor?

- ☐ a) Motricidad gruesa, motricidad fina, lenguaje y personal-social.
- ☐ b) Peso, talla, perímetro cefálico y temperatura.
- ☐ c) Alimentación, sueño, higiene y vacunación.
- ☐ d) Visión, audición, olfato y gusto.

3. ¿A qué edad aproximada la mayoría de los niños comienza a caminar sin ayuda?

- ☐ a) Entre los 6 y los 8 meses.
- ☐ b) Entre los 12 y los 15 meses.
- ☐ c) Entre los 24 y los 30 meses.
- ☐ d) A partir de los 36 meses.

4. ¿Qué es la estimulación temprana?

- ☐ a) Un tratamiento médico dirigido a los niños que están enfermos.
- ☐ b) La entrega de vitaminas y suplementos nutricionales al niño.
- ☐ c) Un programa escolar destinado a los niños mayores de cinco años.
- ☐ d) El conjunto de actividades de juego, afecto y comunicación que favorecen el desarrollo del niño en sus primeros años de vida.

5. ¿En qué etapa de la vida es más efectiva la estimulación temprana?

- ☐ a) Durante los primeros tres años de vida.
- ☐ b) Entre los cinco y los diez años.
- ☐ c) Durante la adolescencia.
- ☐ d) En cualquier etapa, indistintamente de la edad.

6. ¿Cuál de las siguientes situaciones constituye una señal de alerta en el desarrollo del niño?

- ☐ a) Que el niño juegue con otros niños de su edad.
- ☐ b) Que a los dos años el niño no pronuncie ninguna palabra.
- ☐ c) Que el niño llore cuando tiene hambre o sueño.
- ☐ d) Que el niño se canse después de correr un rato.

7. ¿Cuál de las siguientes actividades favorece el desarrollo de la motricidad fina?

- ☐ a) Correr en el patio de la casa.
- ☐ b) Saltar en un pie.
- ☐ c) Ensartar cuentas, rasgar papel o pasar las hojas de un cuento.
- ☐ d) Subir y bajar gradas.

8. ¿Cuál de las siguientes actividades favorece el desarrollo de la motricidad gruesa?

- ☐ a) Abotonar una camisa.
- ☐ b) Dibujar con crayones sobre una hoja.
- ☐ c) Armar rompecabezas de piezas pequeñas.
- ☐ d) Gatear, correr, saltar y subir gradas.

9. ¿Cómo se puede estimular el desarrollo del lenguaje en el niño?

- ☐ a) Hablándole, cantándole y nombrándole los objetos durante las actividades diarias.
- ☐ b) Dejándolo mirar televisión varias horas al día.
- ☐ c) Corrigiéndolo cada vez que pronuncia mal una palabra.
- ☐ d) Esperando a que ingrese a la escuela para que allí aprenda.

10. ¿Por qué es importante hablarle y leerle cuentos al niño desde pequeño?

- ☐ a) Porque lo cansa y así concilia el sueño más rápido.
- ☐ b) Porque aumenta su vocabulario y fortalece el vínculo afectivo con el cuidador.
- ☐ c) Porque reemplaza los controles de salud del niño.
- ☐ d) Porque impide que el niño se enferme.

11. ¿Qué papel cumple el juego en el desarrollo infantil?

- ☐ a) Es una pérdida de tiempo que conviene limitar.
- ☐ b) Sirve únicamente para entretener al niño mientras el adulto trabaja.
- ☐ c) Es la principal manera en que el niño aprende y desarrolla sus habilidades.
- ☐ d) Solo resulta útil después de los cinco años de edad.

12. ¿Cómo influye una alimentación adecuada en el desarrollo psicomotor del niño?

- ☐ a) No guarda relación con el desarrollo del niño.
- ☐ b) Influye solamente en el peso corporal del niño.
- ☐ c) Es importante únicamente a partir de los dos años.
- ☐ d) Aporta los nutrientes necesarios para el crecimiento del cerebro y la adquisición de nuevas habilidades.

13. ¿Con qué frecuencia se recomienda llevar al niño al control de crecimiento y desarrollo (niño sano)?

- ☐ a) Únicamente cuando el niño se encuentra enfermo.
- ☐ b) De forma periódica, según el esquema del control de niño sano, aunque el niño esté sano.
- ☐ c) Una sola vez, al momento del nacimiento.
- ☐ d) Cada dos años.

14. ¿Qué se debe hacer si el niño no alcanza una habilidad esperada para su edad?

- ☐ a) Acudir al establecimiento de salud para que se valore su desarrollo.
- ☐ b) Esperar a que la alcance por sí solo con el paso del tiempo.
- ☐ c) Compararlo con otros niños de la familia hasta que la logre.
- ☐ d) Llamarle la atención para que se esfuerce más.

15. ¿Cómo influye el afecto y el vínculo con el cuidador en el desarrollo del niño?

- ☐ a) Vuelve al niño consentido y dependiente.
- ☐ b) No tiene ninguna influencia sobre el desarrollo.
- ☐ c) Le brinda seguridad y favorece su desarrollo emocional y del lenguaje.
- ☐ d) Es importante solamente para la madre.

16. ¿Qué beneficios aporta la lactancia materna al desarrollo del niño?

- ☐ a) Únicamente lo alimenta y calma su hambre.
- ☐ b) No tiene ningún efecto sobre el desarrollo.
- ☐ c) Retrasa la adquisición de nuevas habilidades.
- ☐ d) Aporta nutrientes y defensas y fortalece el vínculo afectivo, lo que favorece su desarrollo.

17. ¿Qué efecto tiene el uso excesivo de pantallas (televisión, celular) en los niños menores de dos años?

- ☐ a) Mejora el aprendizaje del lenguaje.
- ☐ b) Puede retrasar el lenguaje y disminuir el juego y la interacción con otras personas.
- ☐ c) No produce ningún efecto en el niño.
- ☐ d) Reemplaza adecuadamente la estimulación que brinda el cuidador.

18. ¿Quiénes son los responsables de brindar estimulación temprana al niño?

- ☐ a) La familia y los cuidadores, con el acompañamiento del personal de salud.
- ☐ b) Únicamente el personal de salud.
- ☐ c) Solamente los maestros de la escuela.
- ☐ d) Exclusivamente la madre del niño.

19. ¿Cuál de las siguientes es una actividad de estimulación temprana que puede realizarse en casa con materiales cotidianos?

- ☐ a) Dejar al niño solo mirando televisión.
- ☐ b) Comprar juguetes electrónicos costosos.
- ☐ c) Trasvasar granos entre recipientes o armar torres con cajas y envases.
- ☐ d) Llevarlo únicamente al establecimiento de salud.

20. ¿Por qué es importante la detección temprana de los retrasos en el desarrollo psicomotor?

- ☐ a) Porque evita que el niño se enferme.
- ☐ b) Porque permite adelantar su ingreso a la escuela.
- ☐ c) Porque no tiene mayor importancia si el niño crece bien de peso y talla.
- ☐ d) Porque permite iniciar oportunamente la intervención y mejorar el pronóstico del niño.

Puntaje obtenido: _____ / 20 puntos.

Tiempo total de aplicación:

Firma del participante

Firma del investigador

ANEXO 5. Validación de instrumentos por juicio de expertos



Proyecto de Investigación

«Factores sociodemográficos y desarrollo psicomotor en niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza, 2025»

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

1. Nombre del experto	Negrete Andino Edison Xavier	
2.	Profesión	Licenciado en enfermería
	Especialidad	Magister en Salud Publica con mención en Enfermería Familiar y Comunitaria
	Grado académico	Cuarto nivel (Magister)
2.	Experiencia profesional (años)	10 años
	Cargo	Experto evaluador
	Título de la investigación	<i>«Factores sociodemográficos y desarrollo psicomotor en niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza, 2025»</i>
3. Instrumentos a evaluar	Entrevista () Cuestionario (X) Lista de cotejo () Encuesta (X)	
4. Instrucciones		
En la primera parte de esta tabla es necesario que llene sus datos: su nombre, especialidad, profesión, experiencia y grado académico. A continuación, se presentan las preguntas de los instrumentos propuestos para que usted los evalúe bajo los criterios de claridad, coherencia y pertinencia. Marque con una X en el casillero con la palabra «Sí» si se cumple el criterio a evaluar. En caso de no cumplirse el criterio, coloque una X en la palabra «No» y, por favor, especifique sus sugerencias u observaciones. Es importante que al final de cada instrumento se encuentre su firma para garantizar la veracidad del proceso de validación.		



Instrumento de Validación 1 — No Experimental por Juicio de Expertos

Título: «Factores sociodemográficos y desarrollo psicomotor en niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza, 2025»

Instrumento: Cuestionario sociodemográfico (características sociodemográficas de las familias)

Objetivo general: Determinar la relación e influencia de los factores sociodemográficos en el desarrollo psicomotor de los niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza.

Objetivo específico: Identificar los principales factores sociodemográficos de las familias con niños menores de cinco años en la parroquia La Esperanza.

Escala de medición: La obtención de las respuestas se dará mediante un cuestionario estructurado aplicado a los padres, madres o cuidadores principales.

N° de ítem	Preguntas	Validez de contenido						Sugerencias u observaciones
		Claridad		Coherencia o adecuación		Relevancia o pertinencia		
		El ítem está redactado de manera adecuada para la población objetivo.		El ítem está bien formulado dentro del contexto y la estructura del instrumento.		El ítem es adecuado y esencial para medir el constructo en la población.		
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
1	¿Qué edad tiene su hijo o hija? • (registre en años y en meses)	X		X		X		
2	Sexo del niño/a: • Hombre • Mujer	X		X		X		
3	¿Con qué grupo étnico se identifica su familia? • Mestizo • Indígena • Otro	X		X		X		
4	¿Qué idioma se habla habitualmente en su hogar? • Español • Kichwa	X		X		X		
5	¿Cuál es el nivel de instrucción de la madre? • Sin estudios • Primaria • Secundaria • Superior	X		X		X		



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE POSGRADO



N° de ítem	Preguntas	Validez de contenido						Sugerencias u observaciones
		Claridad	Coherencia o adecuación		Relevancia o pertinencia			
		<i>El ítem está redactado de manera adecuada para la población objetivo.</i>	<i>El ítem está bien formulado dentro del contexto y la estructura del instrumento.</i>	<i>El ítem es adecuado y esencial para medir el constructo en la población.</i>	<i>El ítem es adecuado y esencial para medir el constructo en la población.</i>			
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
6	¿Cuál es el nivel de instrucción del padre? • Sin estudios • Primaria • Secundaria • Superior	X		X		X		
7	¿Cuál es el ingreso económico mensual del hogar? • Menos de 1 SBU (Salario Básico Unificado) • 1 SBU (Salario Básico Unificado) • Más de 1 SBU (Salario Básico Unificado)	X		X		X		
8	¿Cuál es el estado civil del cuidador principal? • Casado/a • Soltero/a • Unión libre • Divorciado/a	X		X		X		
9	¿Qué tipo de vivienda habita la familia? • Propia • Arrendada • Prestada • Otro	X		X		X		
10	¿En qué zona reside la familia? • Urbana • Rural	X		X		X		
11	¿Cuántos hijos conforman el hogar? • 1 • 2 • 3 • 4 • 5 o más	X		X		X		



Escanea el código QR para acceder al documento.
EDISON XAVIER
NEGRETE ANDINO

MSc. Edison Negrete
Experto evaluador
C.I. 1003443304



Instrumento de Validación 2 — No Experimental por Juicio de Expertos

Título: «Factores sociodemográficos y desarrollo psicomotor en niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza, 2025»

Instrumento: Cuestionario de conocimientos sobre estimulación temprana (pretest / postest)

Objetivo general: Determinar la relación e influencia de los factores sociodemográficos en el desarrollo psicomotor de los niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza.

Objetivo específico: Aplicar y evaluar la efectividad de un programa de intervención comunitario dirigido a padres y cuidadores de niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza.

Escala de medición: La obtención de las respuestas se dará mediante un cuestionario de conocimientos de 20 ítems de opción múltiple, con cuatro alternativas de respuesta y una sola alternativa correcta por ítem. Cada respuesta correcta equivale a un punto y cada respuesta incorrecta u omitida a cero puntos, de modo que la puntuación total se ubica entre 0 y 20 puntos. El instrumento se aplica a los padres y cuidadores en modalidad pretest y postest, empleando la misma versión en ambos momentos.

N° de ítem	Preguntas	Validez de contenido						Sugerencias u observaciones
		Claridad		Coherencia o adecuación		Relevancia o pertinencia		
		<i>El ítem está redactado de manera adecuada para la población objetivo.</i>	<i>El ítem está bien formulado dentro del contexto y la estructura del instrumento.</i>	<i>El ítem es adecuado y esencial para medir el constructo en la población.</i>				
Sí	No	Sí	No	Sí	No			
1	¿Qué es el desarrollo psicomotor del niño? a) El aumento de peso y de talla que presenta el niño cada mes. b) El conjunto de vacunas que el niño recibe durante sus primeros años. c) El proceso por el cual el niño va adquiriendo habilidades de movimiento, lenguaje y relación con las demás personas. d) La capacidad del niño para aprender a leer y a escribir.	X		X		X		
2	¿Cuáles son las áreas del desarrollo psicomotor? a) Motricidad gruesa, motricidad fina, lenguaje y personal-social. b) Peso, talla, perímetro cefálico y temperatura. c) Alimentación, sueño, higiene y vacunación. d) Visión, audición, olfato y gusto.	X		X		X		
3	¿A qué edad aproximada la mayoría de los niños comienza a caminar sin ayuda? a) Entre los 6 y los 8 meses. b) Entre los 12 y los 15 meses. c) Entre los 24 y los 30 meses. d) A partir de los 36 meses.	X		X		X		



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020

FACULTAD DE POSGRADO



Nº de ítem	Preguntas	Validez de contenido						Sugerencias u observaciones
		Claridad		Coherencia o adecuación		Relevancia o pertinencia		
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
4	¿Qué es la estimulación temprana? a) Un tratamiento médico dirigido a los niños que están enfermos. b) La entrega de vitaminas y suplementos nutricionales al niño. c) Un programa escolar destinado a los niños mayores de cinco años. d) El conjunto de actividades de juego, afecto y comunicación que favorecen el desarrollo del niño en sus primeros años de vida.	X		X		X		
5	¿En qué etapa de la vida es más efectiva la estimulación temprana? a) Durante los primeros tres años de vida. b) Entre los cinco y los diez años. c) Durante la adolescencia. d) En cualquier etapa, indistintamente de la edad.	X		X		X		
6	¿Cuál de las siguientes situaciones constituye una señal de alerta en el desarrollo del niño? a) Que el niño juegue con otros niños de su edad. b) Que a los dos años el niño no pronuncie ninguna palabra. c) Que el niño lllore cuando tiene hambre o sueño. d) Que el niño se canse después de correr un rato.	X		X		X		
7	¿Cuál de las siguientes actividades favorece el desarrollo de la motricidad fina? a) Correr en el patio de la casa. b) Saltar en un pie. c) Ensartar cuentas, rasgar papel o pasar las hojas de un cuento. d) Subir y bajar gradas.	X		X		X		
8	¿Cuál de las siguientes actividades favorece el desarrollo de la motricidad gruesa? a) Abotonar una camisa. b) Dibujar con crayones sobre una hoja. c) Armar rompecabezas de piezas pequeñas. d) Gatear, correr, saltar y subir gradas.	X		X		X		
9	¿Cómo se puede estimular el desarrollo del lenguaje en el niño? a) Hablandole, cantándole y nombrándole los objetos durante las actividades diarias. b) Dejándolo mirar televisión varias horas al día. c) Corrigiéndolo cada vez que pronuncia mal una palabra. d) Esperando a que ingrese a la escuela para que allí aprenda.	X		X		X		
10	¿Por qué es importante hablarle y leerle cuentos al niño desde pequeño? a) Porque lo cansa y así concilia el sueño más rápido. b) Porque aumenta su vocabulario y fortalece el vínculo afectivo con el cuidador. c) Porque reemplaza los controles de salud del niño. d) Porque impide que el niño se enferme.	X		X		X		
11	¿Qué papel cumple el juego en el desarrollo infantil? a) Es una pérdida de tiempo que conviene limitar. b) Sirve únicamente para entretener al niño mientras el adulto trabaja. c) Es la principal manera en que el niño aprende y desarrolla sus habilidades. d) Solo resulta útil después de los cinco años de edad.	X		X		X		



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020

FACULTAD DE POSGRADO



Nº de ítem	Preguntas	Validez de contenido						Sugerencias u observaciones
		Claridad		Coherencia o adecuación		Relevancia o pertinencia		
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
12	¿Cómo influye una alimentación adecuada en el desarrollo psicomotor del niño? a) No guarda relación con el desarrollo del niño. b) Influye solamente en el peso corporal del niño. c) Es importante únicamente a partir de los dos años. d) Aporta los nutrientes necesarios para el crecimiento del cerebro y la adquisición de nuevas habilidades.	X		X		X		
13	¿Con qué frecuencia se recomienda llevar al niño al control de crecimiento y desarrollo (niño sano)? a) Únicamente cuando el niño se encuentra enfermo. b) De forma periódica, según el esquema del control de niño sano, aunque el niño esté sano. c) Una sola vez, al momento del nacimiento. d) Cada dos años.	X		X		X		
14	¿Qué se debe hacer si el niño no alcanza una habilidad esperada para su edad? a) Acudir al establecimiento de salud para que se valore su desarrollo. b) Esperar a que la alcance por sí solo con el paso del tiempo. c) Compararlo con otros niños de la familia hasta que la logre. d) Llamarle la atención para que se esfuerce más.	X		X		X		
15	¿Cómo influye el afecto y el vínculo con el cuidador en el desarrollo del niño? a) Vuelve al niño consentido y dependiente. b) No tiene ninguna influencia sobre el desarrollo. c) Le brinda seguridad y favorece su desarrollo emocional y del lenguaje. d) Es importante solamente para la madre.	X		X		X		
16	¿Qué beneficios aporta la lactancia materna al desarrollo del niño? a) Únicamente lo alimenta y calma su hambre. b) No tiene ningún efecto sobre el desarrollo. c) Retrasa la adquisición de nuevas habilidades. d) Aporta nutrientes y defensas y fortalece el vínculo afectivo, lo que favorece su desarrollo.	X		X		X		
17	¿Qué efecto tiene el uso excesivo de pantallas (televisión, celular) en los niños menores de dos años? a) Mejora el aprendizaje del lenguaje. b) Puede retrasar el lenguaje y disminuir el juego y la interacción con otras personas. c) No produce ningún efecto en el niño. d) Reemplaza adecuadamente la estimulación que brinda el cuidador.	X		X		X		
18	¿Quiénes son los responsables de brindar estimulación temprana al niño? a) La familia y los cuidadores, con el acompañamiento del personal de salud. b) Únicamente el personal de salud. c) Solamente los maestros de la escuela. d) Exclusivamente la madre del niño.	X		X		X		



N° de ítem	Preguntas	Validez de contenido						Sugerencias u observaciones
		Claridad		Coherencia o adecuación		Relevancia o pertinencia		
		<i>El ítem está redactado de manera adecuada para la población objetivo.</i>	<i>El ítem está bien formulado dentro del contexto y la estructura del instrumento.</i>	<i>El ítem es adecuado y esencial para medir el constructo en la población.</i>				
Sí	No	Sí	No	Sí	No			
19	¿Cuál de las siguientes es una actividad de estimulación temprana que puede realizarse en casa con materiales cotidianos? a) Dejar al niño solo mirando televisión. b) Comprar juguetes electrónicos costosos. c) Trasvasar granos entre recipientes o armar torres con cajas y envases. d) Llevarlo únicamente al establecimiento de salud.	X		X		X		
20	¿Por qué es importante la detección temprana de los retrasos en el desarrollo psicomotor? a) Porque evita que el niño se enferme. b) Porque permite adelantar su ingreso a la escuela. c) Porque no tiene mayor importancia si el niño crece bien de peso y talla. d) Porque permite iniciar oportunamente la intervención y mejorar el pronóstico del niño.	X		X		X		

Clave de respuestas del instrumento (la alternativa correcta se presenta resaltada en negrita dentro de cada ítem)

Ítem	Clave	Ítem	Clave
1	c)	11	c)
2	a)	12	d)
3	b)	13	b)
4	d)	14	a)
5	a)	15	c)
6	b)	16	d)
7	c)	17	b)
8	d)	18	a)
9	a)	19	c)
10	b)	20	d)



Validar documento en Firmado.
Código de verificación para:
EDISON XAVIER
NEGRETE ANDINO

MSc. Edison Negrete
Experto evaluador
C.I. 1003443304



Proyecto de Investigación

«Factores sociodemográficos y desarrollo psicomotor en niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza, 2025»

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

1. Nombre del experto		Quelal Narvárez Rosa Liliana
2.	Profesión	Médico
	Especialidad	Médico Especialista en Medicina familiar
	Grado académico	Cuarto nivel (Especialista)
	Experiencia profesional (años)	16 años
	Cargo	Experto evaluador
	Título de la investigación	«Factores sociodemográficos y desarrollo psicomotor en niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza, 2025»
3. Instrumentos a evaluar		Entrevista () Cuestionario (X) Lista de cotejo () Encuesta (X)
4. Instrucciones		
En la primera parte de esta tabla es necesario que llene sus datos: su nombre, especialidad, profesión, experiencia y grado académico. A continuación, se presentan las preguntas de los instrumentos propuestos para que usted los evalúe bajo los criterios de claridad, coherencia y pertinencia. Marque con una X en el casillero con la palabra «Sí» si se cumple el criterio a evaluar. En caso de no cumplirse el criterio, coloque una X en la palabra «No» y, por favor, especifique sus sugerencias u observaciones. Es importante que al final de cada instrumento se encuentre su firma para garantizar la veracidad del proceso de validación.		

Instrumento de Validación 1 — No Experimental por Juicio de Expertos



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020

FACULTAD DE POSGRADO



Título: «Factores sociodemográficos y desarrollo psicomotor en niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza, 2025»

Instrumento: Cuestionario sociodemográfico (características sociodemográficas de las familias)

Objetivo general: Determinar la relación e influencia de los factores sociodemográficos en el desarrollo psicomotor de los niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza.

Objetivo específico: Identificar los principales factores sociodemográficos de las familias con niños menores de cinco años en la parroquia La Esperanza.

Escala de medición: La obtención de las respuestas se dará mediante un cuestionario estructurado aplicado a los padres, madres o cuidadores principales.

Nº de ítem	Preguntas	Validez de contenido						Sugerencias u observaciones
		Claridad	Coherencia o adecuación		Relevancia o pertinencia			
		<i>El ítem está redactado de manera adecuada para la población objetivo.</i>	<i>El ítem está bien formulado dentro del contexto y la estructura del instrumento.</i>	<i>El ítem es adecuado y esencial para medir el constructo en la población.</i>				
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
1	¿Qué edad tiene su hijo o hija? • (registre en años y en meses)	X		X		X		
2	Sexo del niño/a: • Hombre • Mujer	X		X		X		
3	¿Con qué grupo étnico se identifica su familia? • Mestizo • Indígena • Otro	X		X		X		
4	¿Qué idioma se habla habitualmente en su hogar? • Español • Kichwa	X		X		X		
5	¿Cuál es el nivel de instrucción de la madre? • Sin estudios • Primaria • Secundaria • Superior	X		X		X		



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE POSGRADO



Nº de ítem	Preguntas	Validez de contenido						Sugerencias u observaciones
		Claridad		Coherencia o adecuación		Relevancia o pertinencia		
		<i>El ítem está redactado de manera adecuada para la población objetivo.</i>		<i>El ítem está bien formulado dentro del contexto y la estructura del instrumento.</i>		<i>El ítem es adecuado y esencial para medir el constructo en la población.</i>		
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
6	¿Cuál es el nivel de instrucción del padre? • Sin estudios • Primaria • Secundaria • Superior	X		X		X		
7	¿Cuál es el ingreso económico mensual del hogar? • Menos de 1 SBU (Salario Básico Unificado) • 1 SBU (Salario Básico Unificado) • Más de 1 SBU (Salario Básico Unificado)	X		X		X		
8	¿Cuál es el estado civil del cuidador principal? • Casado/a • Soltero/a • Unión libre • Divorciado/a	X		X		X		
9	¿Qué tipo de vivienda habita la familia? • Propia • Arrendada • Prestada • Otro	X		X		X		
10	¿En qué zona reside la familia? • Urbana • Rural	X		X		X		
11	¿Cuántos hijos conforman el hogar? • 1 • 2 • 3 • 4 • 5 o más	X		X		X		



Este documento es FIRMADO
electrónicamente por:
ROSALILIANA QUELAL
MARVAEZ

Dra. Liliana Quelal
Experto evaluador
C.I. 1002848669



Instrumento de Validación 2 — No Experimental por Juicio de Expertos

Título: «Factores sociodemográficos y desarrollo psicomotor en niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza, 2025»

Instrumento: Cuestionario de conocimientos sobre estimulación temprana (pretest / postest)

Objetivo general: Determinar la relación e influencia de los factores sociodemográficos en el desarrollo psicomotor de los niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza.

Objetivo específico: Aplicar y evaluar la efectividad de un programa de intervención comunitario dirigido a padres y cuidadores de niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza.

Escala de medición: La obtención de las respuestas se dará mediante un cuestionario de conocimientos de 20 ítems de opción múltiple, con cuatro alternativas de respuesta y una sola alternativa correcta por ítem. Cada respuesta correcta equivale a un punto y cada respuesta incorrecta u omitida a cero puntos, de modo que la puntuación total se ubica entre 0 y 20 puntos. El instrumento se aplica a los padres y cuidadores en modalidad pretest y postest, empleando la misma versión en ambos momentos.

N° de ítem	Preguntas	Validez de contenido						Sugerencias u observaciones
		Claridad		Coherencia o adecuación		Relevancia o pertinencia		
		<i>El ítem está redactado de manera adecuada para la población objetivo.</i>		<i>El ítem está bien formulado dentro del contenido y la estructura del instrumento.</i>		<i>El ítem es adecuado y esencial para medir el constructo en la población.</i>		
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
1	¿Qué es el desarrollo psicomotor del niño? a) El aumento de peso y de talla que presenta el niño cada mes. b) El conjunto de vacunas que el niño recibe durante sus primeros años. c) El proceso por el cual el niño va adquiriendo habilidades de movimiento, lenguaje y relación con las demás personas. d) La capacidad del niño para aprender a leer y a escribir.	X		X		X		
2	¿Cuáles son las áreas del desarrollo psicomotor? a) Motricidad gruesa, motricidad fina, lenguaje y personal-social. b) Peso, talla, perímetro cefálico y temperatura. c) Alimentación, sueño, higiene y vacunación. d) Visión, audición, olfato y gusto.	X		X		X		
3	¿A qué edad aproximada la mayoría de los niños comienza a caminar sin ayuda? a) Entre los 6 y los 8 meses. b) Entre los 12 y los 15 meses. c) Entre los 24 y los 30 meses. d) A partir de los 36 meses.	X		X		X		



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020

FACULTAD DE POSGRADO



Nº de ítem	Preguntas	Validez de contenido						Sugerencias u observaciones
		Claridad		Coherencia o adecuación		Relevancia o pertinencia		
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
4	¿Qué es la estimulación temprana? a) Un tratamiento médico dirigido a los niños que están enfermos. b) La entrega de vitaminas y suplementos nutricionales al niño. c) Un programa escolar destinado a los niños mayores de cinco años. d) El conjunto de actividades de juego, afecto y comunicación que favorecen el desarrollo del niño en sus primeros años de vida.	X		X		X		
5	¿En qué etapa de la vida es más efectiva la estimulación temprana? a) Durante los primeros tres años de vida. b) Entre los cinco y los diez años. c) Durante la adolescencia. d) En cualquier etapa, indistintamente de la edad.	X		X		X		
6	¿Cuál de las siguientes situaciones constituye una señal de alerta en el desarrollo del niño? a) Que el niño juegue con otros niños de su edad. b) Que a los dos años el niño no pronuncie ninguna palabra. c) Que el niño lllore cuando tiene hambre o sueño. d) Que el niño se canse después de correr un rato.	X		X		X		
7	¿Cuál de las siguientes actividades favorece el desarrollo de la motricidad fina? a) Correr en el patio de la casa. b) Saltar en un pie. c) Ensartar cuentas, rasgar papel o pasar las hojas de un cuento. d) Subir y bajar gradas.	X		X		X		
8	¿Cuál de las siguientes actividades favorece el desarrollo de la motricidad gruesa? a) Abotonar una camisa. b) Dibujar con crayones sobre una hoja. c) Armar rompecabezas de piezas pequeñas. d) Gatear, correr, saltar y subir gradas.	X		X		X		
9	¿Cómo se puede estimular el desarrollo del lenguaje en el niño? a) Hablandole, cantándole y nombrándole los objetos durante las actividades diarias. b) Dejándolo mirar televisión varias horas al día. c) Corrigiéndolo cada vez que pronuncia mal una palabra. d) Esperando a que ingrese a la escuela para que allí aprenda.	X		X		X		
10	¿Por qué es importante hablarle y leerle cuentos al niño desde pequeño? a) Porque lo cansa y así concilia el sueño más rápido. b) Porque aumenta su vocabulario y fortalece el vínculo afectivo con el cuidador. c) Porque reemplaza los controles de salud del niño. d) Porque impide que el niño se enferme.	X		X		X		
11	¿Qué papel cumple el juego en el desarrollo infantil? a) Es una pérdida de tiempo que conviene limitar. b) Sirve únicamente para entretener al niño mientras el adulto trabaja. c) Es la principal manera en que el niño aprende y desarrolla sus habilidades. d) Solo resulta útil después de los cinco años de edad.	X		X		X		



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020

FACULTAD DE POSGRADO



N° de ítem	Preguntas	Validez de contenido						Sugerencias u observaciones
		Claridad		Coherencia o adecuación		Relevancia o pertinencia		
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
12	¿Cómo influye una alimentación adecuada en el desarrollo psicomotor del niño? a) No guarda relación con el desarrollo del niño. b) Influye solamente en el peso corporal del niño. c) Es importante únicamente a partir de los dos años. d) Aporta los nutrientes necesarios para el crecimiento del cerebro y la adquisición de nuevas habilidades.	X		X		X		
13	¿Con qué frecuencia se recomienda llevar al niño al control de crecimiento y desarrollo (niño sano)? a) Únicamente cuando el niño se encuentra enfermo. b) De forma periódica, según el esquema del control de niño sano, aunque el niño esté sano. c) Una sola vez, al momento del nacimiento. d) Cada dos años.	X		X		X		
14	¿Qué se debe hacer si el niño no alcanza una habilidad esperada para su edad? a) Acudir al establecimiento de salud para que se valore su desarrollo. b) Esperar a que la alcance por sí solo con el paso del tiempo. c) Compararlo con otros niños de la familia hasta que la logre. d) Llamarle la atención para que se esfuerce más.	X		X		X		
15	¿Cómo influye el afecto y el vínculo con el cuidador en el desarrollo del niño? a) Vuelve al niño consentido y dependiente. b) No tiene ninguna influencia sobre el desarrollo. c) Le brinda seguridad y favorece su desarrollo emocional y del lenguaje. d) Es importante solamente para la madre.	X		X		X		
16	¿Qué beneficios aporta la lactancia materna al desarrollo del niño? a) Únicamente lo alimenta y calma su hambre. b) No tiene ningún efecto sobre el desarrollo. c) Retrasa la adquisición de nuevas habilidades. d) Aporta nutrientes y defensas y fortalece el vínculo afectivo, lo que favorece su desarrollo.	X		X		X		
17	¿Qué efecto tiene el uso excesivo de pantallas (televisión, celular) en los niños menores de dos años? a) Mejora el aprendizaje del lenguaje. b) Puede retrasar el lenguaje y disminuir el juego y la interacción con otras personas. c) No produce ningún efecto en el niño. d) Reemplaza adecuadamente la estimulación que brinda el cuidador.	X		X		X		
18	¿Quiénes son los responsables de brindar estimulación temprana al niño? a) La familia y los cuidadores, con el acompañamiento del personal de salud. b) Únicamente el personal de salud. c) Solamente los maestros de la escuela. d) Exclusivamente la madre del niño.	X		X		X		

N° de ítem	Preguntas	Validez de contenido						Sugerencias u observaciones
		Claridad		Coherencia o adecuación		Relevancia o pertinencia		
		<i>El ítem está redactado de manera adecuada para la población objetivo.</i>		<i>El ítem está bien formulado dentro del contexto y la estructura del instrumento.</i>		<i>El ítem es adecuado y esencial para medir el constructo en la población.</i>		
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
19	¿Cuál de las siguientes es una actividad de estimulación temprana que puede realizarse en casa con materiales cotidianos? a) Dejar al niño solo mirando televisión. b) Comprar juguetes electrónicos costosos. c) Trasvasar granos entre recipientes o armar torres con cajas y envases. d) Llevarlo únicamente al establecimiento de salud.	X		X		X		
20	¿Por qué es importante la detección temprana de los retrasos en el desarrollo psicomotor? a) Porque evita que el niño se enferme. b) Porque permite adelantar su ingreso a la escuela. c) Porque no tiene mayor importancia si el niño crece bien de peso y talla. d) Porque permite iniciar oportunamente la intervención y mejorar el pronóstico del niño.	X		X		X		

Clave de respuestas del instrumento (la alternativa correcta se presenta resaltada en negrita dentro de cada ítem)

Ítem	Clave	Ítem	Clave
1	c)	11	c)
2	a)	12	d)
3	b)	13	b)
4	d)	14	a)
5	a)	15	c)
6	b)	16	d)
7	c)	17	b)
8	d)	18	a)
9	a)	19	c)
10	b)	20	d)



Escaneo únicamente en formato:
Escaneo electrónico por:
DRA. LILIANA QUELAL
MARVALES

Dra. Liliana Quelal
Experto evaluador
C.I. 1002848669



Proyecto de Investigación

«Factores sociodemográficos y desarrollo psicomotor en niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza, 2025»

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

1. Nombre del experto		Lara Mera Paola Alexandra
2.	Profesión	Médico Especialista en Medicina familiar
	Especialidad	Magister en Gerencia en Salud
	Grado académico	Cuarto nivel (MSc)
	Experiencia profesional (años)	18 años
	Cargo	Experto evaluador
Título de la investigación		«Factores sociodemográficos y desarrollo psicomotor en niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza, 2025»
3. Instrumentos a evaluar		Entrevista () Cuestionario (X) Lista de cotejo () Encuesta (X)
4. Instrucciones		
En la primera parte de esta tabla es necesario que llene sus datos: su nombre, especialidad, profesión, experiencia y grado académico. A continuación, se presentan las preguntas de los instrumentos propuestos para que usted los evalúe bajo los criterios de claridad, coherencia y pertinencia. Marque con una X en el casillero con la palabra «Sí» si se cumple el criterio a evaluar. En caso de no cumplirse el criterio, coloque una X en la palabra «No» y, por favor, especifique sus sugerencias u observaciones. Es importante que al final de cada instrumento se encuentre su firma para garantizar la veracidad del proceso de validación.		

Instrumento de Validación 1 — No Experimental por Juicio de Expertos



Título: «Factores sociodemográficos y desarrollo psicomotor en niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza, 2025»

Instrumento: Cuestionario sociodemográfico (características sociodemográficas de las familias)

Objetivo general: Determinar la relación e influencia de los factores sociodemográficos en el desarrollo psicomotor de los niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza.

Objetivo específico: Identificar los principales factores sociodemográficos de las familias con niños menores de cinco años en la parroquia La Esperanza.

Escala de medición: La obtención de las respuestas se dará mediante un cuestionario estructurado aplicado a los padres, madres o cuidadores principales.

Nº de ítem	Preguntas	Validez de contenido						Sugerencias u observaciones
		Claridad		Coherencia o adecuación		Relevancia o pertinencia		
		<i>El ítem está redactado de manera adecuada para la población objetivo.</i>		<i>El ítem está bien formulado dentro del contexto y la estructura del instrumento.</i>		<i>El ítem es adecuado y esencial para medir el constructo en la población.</i>		
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
1	¿Qué edad tiene su hijo o hija? • (registre en años y en meses)	X		X		X		
2	Sexo del niño/a: • Hombre • Mujer	X		X		X		
3	¿Con qué grupo étnico se identifica su familia? • Mestizo • Indígena • Otro	X		X		X		
4	¿Qué idioma se habla habitualmente en su hogar? • Español • Kichwa	X		X		X		
5	¿Cuál es el nivel de instrucción de la madre? • Sin estudios • Primaria • Secundaria • Superior	X		X		X		



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020

FACULTAD DE POSGRADO



Nº de ítem	Preguntas	Validez de contenido						Sugerencias u observaciones
		Claridad		Coherencia o adecuación		Relevancia o pertinencia		
		<i>El ítem está redactado de manera adecuada para la población objetivo.</i>		<i>El ítem está bien formulado dentro del contexto y la estructura del instrumento.</i>		<i>El ítem es adecuado y esencial para medir el constructo en la población.</i>		
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
6	¿Cuál es el nivel de instrucción del padre? • Sin estudios • Primaria • Secundaria • Superior	X		X		X		
7	¿Cuál es el ingreso económico mensual del hogar? • Menos de 1 SBU (Salario Básico Unificado) • 1 SBU (Salario Básico Unificado) • Más de 1 SBU (Salario Básico Unificado)	X		X		X		
8	¿Cuál es el estado civil del cuidador principal? • Casado/a • Soltero/a • Unión libre • Divorciado/a	X		X		X		
9	¿Qué tipo de vivienda habita la familia? • Propia • Arrendada • Prestada • Otro	X		X		X		
10	¿En qué zona reside la familia? • Urbana • Rural	X		X		X		
11	¿Cuántos hijos conforman el hogar? • 1 • 2 • 3 • 4 • 5 o más	X		X		X		



PAOLA ALEXANDRA LARA MERA

Dra. Paola Lara

Experto evaluador

C.I. 1717251225



Instrumento de Validación 2 — No Experimental por Juicio de Expertos

Título: «Factores sociodemográficos y desarrollo psicomotor en niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza, 2025»

Instrumento: Cuestionario de conocimientos sobre estimulación temprana (pretest / postest)

Objetivo general: Determinar la relación e influencia de los factores sociodemográficos en el desarrollo psicomotor de los niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza.

Objetivo específico: Aplicar y evaluar la efectividad de un programa de intervención comunitario dirigido a padres y cuidadores de niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza.

Escala de medición: La obtención de las respuestas se dará mediante un cuestionario de conocimientos de 20 ítems de opción múltiple, con cuatro alternativas de respuesta y una sola alternativa correcta por ítem. Cada respuesta correcta equivale a un punto y cada respuesta incorrecta u omitida a cero puntos, de modo que la puntuación total se ubica entre 0 y 20 puntos. El instrumento se aplica a los padres y cuidadores en modalidad pretest y postest, empleando la misma versión en ambos momentos.

N° de ítem	Preguntas	Validez de contenido						Sugerencias u observaciones	
		Claridad		Coherencia o adecuación		Relevancia o pertinencia			
		<i>El ítem está redactado de manera adecuada para la población objetivo.</i>		<i>El ítem está bien formulado dentro del contexto y la estructura del instrumento.</i>		<i>El ítem es adecuado y esencial para medir el constructo en la población.</i>			
		Sí	No	Sí	No	Sí	No		
1	¿Qué es el desarrollo psicomotor del niño? a) El aumento de peso y de talla que presenta el niño cada mes. b) El conjunto de vacunas que el niño recibe durante sus primeros años. c) El proceso por el cual el niño va adquiriendo habilidades de movimiento, lenguaje y relación con las demás personas. d) La capacidad del niño para aprender a leer y a escribir.	X			X		X		
2	¿Cuáles son las áreas del desarrollo psicomotor? a) Motricidad gruesa, motricidad fina, lenguaje y personal-social. b) Peso, talla, perímetro cefálico y temperatura. c) Alimentación, sueño, higiene y vacunación. d) Visión, audición, olfato y gusto.	X			X		X		
3	¿A qué edad aproximada la mayoría de los niños comienza a caminar sin ayuda? a) Entre los 6 y los 8 meses. b) Entre los 12 y los 15 meses. c) Entre los 24 y los 30 meses. d) A partir de los 36 meses.	X			X		X		



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE POSGRADO



Nº de ítem	Preguntas	Validez de contenido						Sugerencias u observaciones
		Claridad		Coherencia o adecuación		Relevancia o pertinencia		
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
4	¿Qué es la estimulación temprana? a) Un tratamiento médico dirigido a los niños que están enfermos. b) La entrega de vitaminas y suplementos nutricionales al niño. c) Un programa escolar destinado a los niños mayores de cinco años. d) El conjunto de actividades de juego, afecto y comunicación que favorecen el desarrollo del niño en sus primeros años de vida.	X		X		X		
5	¿En qué etapa de la vida es más efectiva la estimulación temprana? a) Durante los primeros tres años de vida. b) Entre los cinco y los diez años. c) Durante la adolescencia. d) En cualquier etapa, indistintamente de la edad.	X		X		X		
6	¿Cuál de las siguientes situaciones constituye una señal de alerta en el desarrollo del niño? a) Que el niño juegue con otros niños de su edad. b) Que a los dos años el niño no pronuncie ninguna palabra. c) Que el niño lllore cuando tiene hambre o sueño. d) Que el niño se cansa después de correr un rato.	X		X		X		
7	¿Cuál de las siguientes actividades favorece el desarrollo de la motricidad fina? a) Correr en el patio de la casa. b) Saltar en un pie. c) Ensartar cuentas, rasgar papel o pasar las hojas de un cuento. d) Subir y bajar gradas.	X		X		X		
8	¿Cuál de las siguientes actividades favorece el desarrollo de la motricidad gruesa? a) Abotonar una camisa. b) Dibujar con crayones sobre una hoja. c) Armar rompecabezas de piezas pequeñas. d) Gatear, correr, saltar y subir gradas.	X		X		X		
9	¿Cómo se puede estimular el desarrollo del lenguaje en el niño? a) Hablandole, cantándole y nombrándole los objetos durante las actividades diarias. b) Dejándolo mirar televisión varias horas al día. c) Corrigiéndolo cada vez que pronuncia mal una palabra. d) Esperando a que ingrese a la escuela para que allí aprenda.	X		X		X		
10	¿Por qué es importante hablarle y leerle cuentos al niño desde pequeño? a) Porque lo cansa y así concilia el sueño más rápido. b) Porque aumenta su vocabulario y fortalece el vínculo afectivo con el cuidador. c) Porque reemplaza los controles de salud del niño. d) Porque impide que el niño se enferme.	X		X		X		
11	¿Qué papel cumple el juego en el desarrollo infantil? a) Es una pérdida de tiempo que conviene limitar. b) Sirve únicamente para entretener al niño mientras el adulto trabaja. c) Es la principal manera en que el niño aprende y desarrolla sus habilidades. d) Solo resulta útil después de los cinco años de edad.	X		X		X		



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020

FACULTAD DE POSGRADO



Nº de ítem	Preguntas	Validez de contenido						Sugerencias u observaciones
		Claridad		Coherencia o adecuación		Relevancia o pertinencia		
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
12	¿Cómo influye una alimentación adecuada en el desarrollo psicomotor del niño? a) No guarda relación con el desarrollo del niño. b) Influye solamente en el peso corporal del niño. c) Es importante únicamente a partir de los dos años. d) Aporta los nutrientes necesarios para el crecimiento del cerebro y la adquisición de nuevas habilidades.	X		X		X		
13	¿Con qué frecuencia se recomienda llevar al niño al control de crecimiento y desarrollo (niño sano)? a) Únicamente cuando el niño se encuentra enfermo. b) De forma periódica, según el esquema del control de niño sano, aunque el niño esté sano. c) Una sola vez, al momento del nacimiento. d) Cada dos años.	X		X		X		
14	¿Qué se debe hacer si el niño no alcanza una habilidad esperada para su edad? a) Acudir al establecimiento de salud para que se valore su desarrollo. b) Esperar a que la alcance por sí solo con el paso del tiempo. c) Compararlo con otros niños de la familia hasta que la logre. d) Llamarle la atención para que se esfuerce más.	X		X		X		
15	¿Cómo influye el afecto y el vínculo con el cuidador en el desarrollo del niño? a) Vuelve al niño consentido y dependiente. b) No tiene ninguna influencia sobre el desarrollo. c) Le brinda seguridad y favorece su desarrollo emocional y del lenguaje. d) Es importante solamente para la madre.	X		X		X		
16	¿Qué beneficios aporta la lactancia materna al desarrollo del niño? a) Únicamente lo alimenta y calma su hambre. b) No tiene ningún efecto sobre el desarrollo. c) Retrasa la adquisición de nuevas habilidades. d) Aporta nutrientes y defensas y fortalece el vínculo afectivo, lo que favorece su desarrollo.	X		X		X		
17	¿Qué efecto tiene el uso excesivo de pantallas (televisión, celular) en los niños menores de dos años? a) Mejora el aprendizaje del lenguaje. b) Puede retrasar el lenguaje y disminuir el juego y la interacción con otras personas. c) No produce ningún efecto en el niño. d) Reemplaza adecuadamente la estimulación que brinda el cuidador.	X		X		X		
18	¿Quiénes son los responsables de brindar estimulación temprana al niño? a) La familia y los cuidadores, con el acompañamiento del personal de salud. b) Únicamente el personal de salud. c) Solamente los maestros de la escuela. d) Exclusivamente la madre del niño.	X		X		X		

N° de ítem	Preguntas	Validez de contenido						Sugerencias u observaciones
		Claridad		Coherencia o adecuación		Relevancia o pertinencia		
		<i>El ítem está redactado de manera adecuada para la población objetivo.</i>		<i>El ítem está bien formulado dentro del contexto y la estructura del instrumento.</i>		<i>El ítem es adecuado y esencial para medir el constructo en la población.</i>		
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
19	¿Cuál de las siguientes es una actividad de estimulación temprana que puede realizarse en casa con materiales cotidianos? a) Dejar al niño solo mirando televisión. b) Comprar juguetes electrónicos costosos. c) Trasvasar granos entre recipientes o armar torres con cajas y envases. d) Llevarlo únicamente al establecimiento de salud.	X		X		X		
20	¿Por qué es importante la detección temprana de los retrasos en el desarrollo psicomotor? a) Porque evita que el niño se enferme. b) Porque permite adelantar su ingreso a la escuela. c) Porque no tiene mayor importancia si el niño crece bien de peso y talla. d) Porque permite iniciar oportunamente la intervención y mejorar el pronóstico del niño.	X		X		X		

Clave de respuestas del instrumento (la alternativa correcta se presenta resaltada en negrita dentro de cada ítem)

Ítem	Clave	Ítem	Clave
1	c)	11	c)
2	a)	12	d)
3	b)	13	b)
4	d)	14	a)
5	a)	15	c)
6	b)	16	d)
7	c)	17	b)
8	d)	18	a)
9	a)	19	c)
10	b)	20	d)



Verificar documento en línea:
Código QR: 1717251225
PAOLA ALEXANDRA LARA MERA

Dra. Paola Lara
Experto evaluador
C.I. 1717251225



Proyecto de Investigación

«Factores sociodemográficos y desarrollo psicomotor en niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza, 2025»

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

1. Nombre del experto		Dávila Otero Matilde Nohemi
2.	Profesión	Licenciada en Enfermería
	Especialidad	Magister en Salud Publica con mención en Enfermería Familiar y Comunitaria
	Grado académico	Cuarto nivel (MSc)
	Experiencia profesional (años)	26 años
	Cargo	Experto evaluador
	Título de la investigación	«Factores sociodemográficos y desarrollo psicomotor en niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza, 2025»
3. Instrumentos a evaluar		Entrevista () Cuestionario (X) Lista de cotejo () Encuesta (X)
4. Instrucciones		
En la primera parte de esta tabla es necesario que llene sus datos: su nombre, especialidad, profesión, experiencia y grado académico. A continuación, se presentan las preguntas de los instrumentos propuestos para que usted los evalúe bajo los criterios de claridad, coherencia y pertinencia. Marque con una X en el casillero con la palabra «Sí» si se cumple el criterio a evaluar. En caso de no cumplirse el criterio, coloque una X en la palabra «No» y, por favor, especifique sus sugerencias u observaciones. Es importante que al final de cada instrumento se encuentre su firma para garantizar la veracidad del proceso de validación.		

Instrumento de Validación 1 — No Experimental por Juicio de Expertos



Título: «Factores sociodemográficos y desarrollo psicomotor en niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza, 2025»

Instrumento: Cuestionario sociodemográfico (características sociodemográficas de las familias)

Objetivo general: Determinar la relación e influencia de los factores sociodemográficos en el desarrollo psicomotor de los niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza.

Objetivo específico: Identificar los principales factores sociodemográficos de las familias con niños menores de cinco años en la parroquia La Esperanza.

Escala de medición: La obtención de las respuestas se dará mediante un cuestionario estructurado aplicado a los padres, madres o cuidadores principales.

Nº de ítem	Preguntas	Validez de contenido						Sugerencias u observaciones
		Claridad	Coherencia o adecuación		Relevancia o pertinencia			
		<i>El ítem está redactado de manera adecuada para la población objetivo.</i>	<i>El ítem está bien formulado dentro del contexto y la estructura del instrumento.</i>	<i>El ítem es adecuado y esencial para medir el constructo en la población.</i>				
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
1	¿Qué edad tiene su hijo o hija? • (registre en años y en meses)	X		X		X		
2	Sexo del niño/a: • Hombre • Mujer	X		X		X		
3	¿Con qué grupo étnico se identifica su familia? • Mestizo • Indígena • Otro	X		X		X		
4	¿Qué idioma se habla habitualmente en su hogar? • Español • Kichwa	X		X		X		
5	¿Cuál es el nivel de instrucción de la madre? • Sin estudios • Primaria • Secundaria • Superior	X		X		X		



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE POSGRADO



Nº de ítem	Preguntas	Validez de contenido						Sugerencias u observaciones
		Claridad		Coherencia o adecuación		Relevancia o pertinencia		
		<i>El ítem está redactado de manera adecuada para la población objetivo.</i>		<i>El ítem está bien formulado dentro del contexto y la estructura del instrumento.</i>		<i>El ítem es adecuado y esencial para medir el constructo en la población.</i>		
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
6	¿Cuál es el nivel de instrucción del padre? • Sin estudios • Primaria • Secundaria • Superior	X		X		X		
7	¿Cuál es el ingreso económico mensual del hogar? • Menos de 1 SBU (Salario Básico Unificado) • 1 SBU (Salario Básico Unificado) • Más de 1 SBU (Salario Básico Unificado)	X		X		X		
8	¿Cuál es el estado civil del cuidador principal? • Casado/a • Soltero/a • Unión libre • Divorciado/a	X		X		X		
9	¿Qué tipo de vivienda habita la familia? • Propia • Arrendada • Prestada • Otro	X		X		X		
10	¿En qué zona reside la familia? • Urbana • Rural	X		X		X		
11	¿Cuántos hijos conforman el hogar? • 1 • 2 • 3 • 4 • 5 o más	X		X		X		



Lic. Matilde Dávila
Experto evaluador
C.I. 1001770989



Instrumento de Validación 2 — No Experimental por Juicio de Expertos

Título: «Factores sociodemográficos y desarrollo psicomotor en niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza, 2025»

Instrumento: Cuestionario de conocimientos sobre estimulación temprana (pretest / postest)

Objetivo general: Determinar la relación e influencia de los factores sociodemográficos en el desarrollo psicomotor de los niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza.

Objetivo específico: Aplicar y evaluar la efectividad de un programa de intervención comunitario dirigido a padres y cuidadores de niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza.

Escala de medición: La obtención de las respuestas se dará mediante un cuestionario de conocimientos de 20 ítems de opción múltiple, con cuatro alternativas de respuesta y una sola alternativa correcta por ítem. Cada respuesta correcta equivale a un punto y cada respuesta incorrecta u omitida a cero puntos, de modo que la puntuación total se ubica entre 0 y 20 puntos. El instrumento se aplica a los padres y cuidadores en modalidad pretest y postest, empleando la misma versión en ambos momentos.

Nº de ítem	Preguntas	Validez de contenido						Sugerencias u observaciones
		Claridad		Coherencia o adecuación		Relevancia o pertinencia		
		<i>El ítem está redactado de manera adecuada para la población objetivo.</i>		<i>El ítem está bien formulado dentro del contexto y la estructura del instrumento.</i>		<i>El ítem es adecuado y esencial para medir el constructo en la población.</i>		
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
1	¿Qué es el desarrollo psicomotor del niño? a) El aumento de peso y de talla que presenta el niño cada mes. b) El conjunto de vacunas que el niño recibe durante sus primeros años. c) El proceso por el cual el niño va adquiriendo habilidades de movimiento, lenguaje y relación con las demás personas. d) La capacidad del niño para aprender a leer y a escribir.	X		X		X		
2	¿Cuáles son las áreas del desarrollo psicomotor? a) Motricidad gruesa, motricidad fina, lenguaje y personal-social. b) Peso, talla, perímetro cefálico y temperatura. c) Alimentación, sueño, higiene y vacunación. d) Visión, audición, olfato y gusto.	X		X		X		
3	¿A qué edad aproximada la mayoría de los niños comienza a caminar sin ayuda? a) Entre los 6 y los 8 meses. b) Entre los 12 y los 15 meses. c) Entre los 24 y los 30 meses. d) A partir de los 36 meses.	X		X		X		



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE POSGRADO



Nº de ítem	Preguntas	Validez de contenido						Sugerencias u observaciones
		Claridad		Coherencia o adecuación		Relevancia o pertinencia		
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
4	¿Qué es la estimulación temprana? a) Un tratamiento médico dirigido a los niños que están enfermos. b) La entrega de vitaminas y suplementos nutricionales al niño. c) Un programa escolar destinado a los niños mayores de cinco años. d) El conjunto de actividades de juego, afecto y comunicación que favorecen el desarrollo del niño en sus primeros años de vida.	X		X		X		
5	¿En qué etapa de la vida es más efectiva la estimulación temprana? a) Durante los primeros tres años de vida. b) Entre los cinco y los diez años. c) Durante la adolescencia. d) En cualquier etapa, indistintamente de la edad.	X		X		X		
6	¿Cuál de las siguientes situaciones constituye una señal de alerta en el desarrollo del niño? a) Que el niño juegue con otros niños de su edad. b) Que a los dos años el niño no pronuncie ninguna palabra. c) Que el niño lllore cuando tiene hambre o sueño. d) Que el niño se cansa después de correr un rato.	X		X		X		
7	¿Cuál de las siguientes actividades favorece el desarrollo de la motricidad fina? a) Correr en el patio de la casa. b) Saltar en un pie. c) Ensartar cuentas, rasgar papel o pasar las hojas de un cuento. d) Subir y bajar gradas.	X		X		X		
8	¿Cuál de las siguientes actividades favorece el desarrollo de la motricidad gruesa? a) Abotonar una camisa. b) Dibujar con crayones sobre una hoja. c) Armar rompecabezas de piezas pequeñas. d) Gatear, correr, saltar y subir gradas.	X		X		X		
9	¿Cómo se puede estimular el desarrollo del lenguaje en el niño? a) Hablándole, cantándole y nombrándole los objetos durante las actividades diarias. b) Dejándolo mirar televisión varias horas al día. c) Corrigiéndolo cada vez que pronuncia mal una palabra. d) Esperando a que ingrese a la escuela para que allí aprenda.	X		X		X		
10	¿Por qué es importante hablarle y leerle cuentos al niño desde pequeño? a) Porque lo cansa y así concilia el sueño más rápido. b) Porque aumenta su vocabulario y fortalece el vínculo afectivo con el cuidador. c) Porque reemplaza los controles de salud del niño. d) Porque impide que el niño se enferme.	X		X		X		
11	¿Qué papel cumple el juego en el desarrollo infantil? a) Es una pérdida de tiempo que conviene limitar. b) Sirve únicamente para entretener al niño mientras el adulto trabaja. c) Es la principal manera en que el niño aprende y desarrolla sus habilidades. d) Solo resulta útil después de los cinco años de edad.	X		X		X		

Nº de ítem	Preguntas	Validez de contenido						Sugerencias u observaciones
		Claridad		Coherencia o adecuación		Relevancia o pertinencia		
		<i>El ítem está redactado de manera adecuada para la población objetivo.</i>		<i>El ítem está bien formulado dentro del contexto y la estructura del instrumento.</i>		<i>El ítem es adecuado y esencial para medir el constructo en la población.</i>		
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
12	¿Cómo influye una alimentación adecuada en el desarrollo psicomotor del niño? a) No guarda relación con el desarrollo del niño. b) Influye solamente en el peso corporal del niño. c) Es importante únicamente a partir de los dos años. d) Aporta los nutrientes necesarios para el crecimiento del cerebro y la adquisición de nuevas habilidades.	X		X		X		
13	¿Con qué frecuencia se recomienda llevar al niño al control de crecimiento y desarrollo (niño sano)? a) Únicamente cuando el niño se encuentra enfermo. b) De forma periódica, según el esquema del control de niño sano, aunque el niño esté sano. c) Una sola vez, al momento del nacimiento. d) Cada dos años.	X		X		X		
14	¿Qué se debe hacer si el niño no alcanza una habilidad esperada para su edad? a) Acudir al establecimiento de salud para que se valore su desarrollo. b) Esperar a que la alcance por sí solo con el paso del tiempo. c) Compararlo con otros niños de la familia hasta que la logre. d) Llamarle la atención para que se esfuerce más.	X		X		X		
15	¿Cómo influye el afecto y el vínculo con el cuidador en el desarrollo del niño? a) Vuelve al niño consentido y dependiente. b) No tiene ninguna influencia sobre el desarrollo. c) Le brinda seguridad y favorece su desarrollo emocional y del lenguaje. d) Es importante solamente para la madre.	X		X		X		
16	¿Qué beneficios aporta la lactancia materna al desarrollo del niño? a) Únicamente lo alimenta y calma su hambre. b) No tiene ningún efecto sobre el desarrollo. c) Retrasa la adquisición de nuevas habilidades. d) Aporta nutrientes y defensas y fortalece el vínculo afectivo, lo que favorece su desarrollo.	X		X		X		
17	¿Qué efecto tiene el uso excesivo de pantallas (televisión, celular) en los niños menores de dos años? a) Mejora el aprendizaje del lenguaje. b) Puede retrasar el lenguaje y disminuir el juego y la interacción con otras personas. c) No produce ningún efecto en el niño. d) Reemplaza adecuadamente la estimulación que brinda el cuidador.	X		X		X		
18	¿Quiénes son los responsables de brindar estimulación temprana al niño? a) La familia y los cuidadores, con el acompañamiento del personal de salud. b) Únicamente el personal de salud. c) Solamente los maestros de la escuela. d) Exclusivamente la madre del niño.	X		X		X		



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE POSGRADO



N° de ítem	Preguntas	Validez de contenido						Sugerencias u observaciones
		Claridad		Coherencia o adecuación		Relevancia o pertinencia		
		<i>El ítem está redactado de manera adecuada para la población objetivo.</i>		<i>El ítem está bien formulado dentro del contexto y la estructura del instrumento.</i>		<i>El ítem es adecuado y esencial para medir el constructo en la población.</i>		
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
19	¿Cuál de las siguientes es una actividad de estimulación temprana que puede realizarse en casa con materiales cotidianos? a) Dejar al niño solo mirando televisión. b) Comprar juguetes electrónicos costosos. c) Trasvasar granos entre recipientes o armar torres con cajas y envases. d) Llevarlo únicamente al establecimiento de salud.	X		X		X		
20	¿Por qué es importante la detección temprana de los retrasos en el desarrollo psicomotor? a) Porque evita que el niño se enferme. b) Porque permite adelantar su ingreso a la escuela. c) Porque no tiene mayor importancia si el niño crece bien de peso y talla. d) Porque permite iniciar oportunamente la intervención y mejorar el pronóstico del niño.	X		X		X		

Clave de respuestas del instrumento (la alternativa correcta se presenta resaltada en negrita dentro de cada ítem)

Ítem	Clave	Ítem	Clave
1	c)	11	c)
2	a)	12	d)
3	b)	13	b)
4	d)	14	a)
5	a)	15	c)
6	b)	16	d)
7	c)	17	b)
8	d)	18	a)
9	a)	19	c)
10	b)	20	d)



Se declara instrumento en formato digitalizado electrónicamente por:
MATILDE NOREMI DÁVILA OTERO
INSTRUMENTO

Lic. Matilde Dávila
Experto evaluador
C.I. 1001770989



Proyecto de Investigación

«Factores sociodemográficos y desarrollo psicomotor en niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza, 2025»

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

1. Nombre del experto		Revelo Villarreal Sonia Dayana
	Profesión	Licenciada en enfermería
	Especialidad	Magister en Salud Publica Mención Gerencia Hospitalaria
	Grado académico	Cuarto nivel (Mph)
2.	Experiencia profesional (años)	27 años
	Cargo	Experto evaluador
	Título de la investigación	«Factores sociodemográficos y desarrollo psicomotor en niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza, 2025»
3. Instrumentos a evaluar		Entrevista () Cuestionario (X) Lista de cotejo () Encuesta (X)
4. Instrucciones		
En la primera parte de esta tabla es necesario que llene sus datos: su nombre, especialidad, profesión, experiencia y grado académico. A continuación, se presentan las preguntas de los instrumentos propuestos para que usted los evalúe bajo los criterios de claridad, coherencia y pertinencia. Marque con una X en el casillero con la palabra «Sí» si se cumple el criterio a evaluar. En caso de no cumplirse el criterio, coloque una X en la palabra «No» y, por favor, especifique sus sugerencias u observaciones. Es importante que al final de cada instrumento se encuentre su firma para garantizar la veracidad del proceso de validación.		



Instrumento de Validación 1 — No Experimental por Juicio de Expertos

Título: «Factores sociodemográficos y desarrollo psicomotor en niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza, 2025»

Instrumento: Cuestionario sociodemográfico (características sociodemográficas de las familias)

Objetivo general: Determinar la relación e influencia de los factores sociodemográficos en el desarrollo psicomotor de los niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza.

Objetivo específico: Identificar los principales factores sociodemográficos de las familias con niños menores de cinco años en la parroquia La Esperanza.

Escala de medición: La obtención de las respuestas se dará mediante un cuestionario estructurado aplicado a los padres, madres o cuidadores principales.

Nº de ítem	Preguntas	Validez de contenido						Sugerencias u observaciones
		Claridad	Coherencia o adecuación		Relevancia o pertinencia			
		<i>El ítem está redactado de manera adecuada para la población objetivo.</i>	<i>El ítem está bien formulado dentro del contexto y la estructura del instrumento.</i>	<i>El ítem es adecuado y esencial para medir el constructo en la población.</i>				
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
1	¿Qué edad tiene su hijo o hija? • (registre en años y en meses)	X		X		X		
2	Sexo del niño/a: • Hombre • Mujer	X		X		X		
3	¿Con qué grupo étnico se identifica su familia? • Mestizo • Indígena • Otro	X		X		X		
4	¿Qué idioma se habla habitualmente en su hogar? • Español • Kichwa	X		X		X		
5	¿Cuál es el nivel de instrucción de la madre? • Sin estudios • Primaria • Secundaria • Superior	X		X		X		



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE POSGRADO



Nº de ítem	Preguntas	Validez de contenido						Sugerencias u observaciones
		Claridad	Coherencia o adecuación		Relevancia o pertinencia			
		<i>El ítem está redactado de manera adecuada para la población objetivo.</i>	<i>El ítem está bien formulado dentro del contexto y la estructura del instrumento.</i>	<i>El ítem es adecuado y esencial para medir el constructo en la población.</i>	<i>El ítem es adecuado y esencial para medir el constructo en la población.</i>			
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
6	¿Cuál es el nivel de instrucción del padre? • Sin estudios • Primaria • Secundaria • Superior	X		X		X		
7	¿Cuál es el ingreso económico mensual del hogar? • Menos de 1 SBU (Salario Básico Unificado) • 1 SBU (Salario Básico Unificado) • Más de 1 SBU (Salario Básico Unificado)	X		X		X		
8	¿Cuál es el estado civil del cuidador principal? • Casado/a • Soltero/a • Unión libre • Divorciado/a	X		X		X		
9	¿Qué tipo de vivienda habita la familia? • Propia • Arrendada • Prestada • Otro	X		X		X		
10	¿En qué zona reside la familia? • Urbana • Rural	X		X		X		
11	¿Cuántos hijos conforman el hogar? • 1 • 2 • 3 • 4 • 5 o más	X		X		X		



Al firmar, declaro que soy el/la autor/a de este instrumento.
SONIA DAYANARA REVELO VILLARREAL

MSc. Sonia Revelo
Experto evaluador
C.I. 0401026984



Instrumento de Validación 2 — No Experimental por Juicio de Expertos

Título: «Factores sociodemográficos y desarrollo psicomotor en niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza, 2025»

Instrumento: Cuestionario de conocimientos sobre estimulación temprana (pretest / postest)

Objetivo general: Determinar la relación e influencia de los factores sociodemográficos en el desarrollo psicomotor de los niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza.

Objetivo específico: Aplicar y evaluar la efectividad de un programa de intervención comunitario dirigido a padres y cuidadores de niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza.

Escala de medición: La obtención de las respuestas se dará mediante un cuestionario de conocimientos de 20 ítems de opción múltiple, con cuatro alternativas de respuesta y una sola alternativa correcta por ítem. Cada respuesta correcta equivale a un punto y cada respuesta incorrecta u omitida a cero puntos, de modo que la puntuación total se ubica entre 0 y 20 puntos. El instrumento se aplica a los padres y cuidadores en modalidad pretest y postest, empleando la misma versión en ambos momentos.

N° de ítem	Preguntas	Validez de contenido						Sugerencias u observaciones
		Claridad		Coherencia o adecuación		Relevancia o pertinencia		
		<i>El ítem está redactado de manera adecuada para la población objetivo.</i>	<i>El ítem está bien formulado dentro del contexto y la estructura del instrumento.</i>	<i>El ítem es adecuado y esencial para medir el constructo en la población.</i>				
Sí	No	Sí	No	Sí	No			
1	¿Qué es el desarrollo psicomotor del niño? a) El aumento de peso y de talla que presenta el niño cada mes. b) El conjunto de vacunas que el niño recibe durante sus primeros años. c) El proceso por el cual el niño va adquiriendo habilidades de movimiento, lenguaje y relación con las demás personas. d) La capacidad del niño para aprender a leer y a escribir.	X		X		X		
2	¿Cuáles son las áreas del desarrollo psicomotor? a) Motricidad gruesa, motricidad fina, lenguaje y personal-social. b) Peso, talla, perímetro cefálico y temperatura. c) Alimentación, sueño, higiene y vacunación. d) Visión, audición, olfato y gusto.	X		X		X		
3	¿A qué edad aproximada la mayoría de los niños comienza a caminar sin ayuda? a) Entre los 6 y los 8 meses. b) Entre los 12 y los 15 meses. c) Entre los 24 y los 30 meses. d) A partir de los 36 meses.	X		X		X		

Nº de ítem	Preguntas	Validez de contenido						Sugerencias u observaciones
		Claridad		Coherencia o adecuación		Relevancia o pertinencia		
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
4	¿Qué es la estimulación temprana? a) Un tratamiento médico dirigido a los niños que están enfermos. b) La entrega de vitaminas y suplementos nutricionales al niño. c) Un programa escolar destinado a los niños mayores de cinco años. d) El conjunto de actividades de juego, afecto y comunicación que favorecen el desarrollo del niño en sus primeros años de vida.	X		X		X		
5	¿En qué etapa de la vida es más efectiva la estimulación temprana? a) Durante los primeros tres años de vida. b) Entre los cinco y los diez años. c) Durante la adolescencia. d) En cualquier etapa, indistintamente de la edad.	X		X		X		
6	¿Cuál de las siguientes situaciones constituye una señal de alerta en el desarrollo del niño? a) Que el niño juegue con otros niños de su edad. b) Que a los dos años el niño no pronuncie ninguna palabra. c) Que el niño lllore cuando tiene hambre o sueño. d) Que el niño se canse después de correr un rato.	X		X		X		
7	¿Cuál de las siguientes actividades favorece el desarrollo de la motricidad fina? a) Correr en el patio de la casa. b) Saltar en un pie. c) Ensartar cuentas, rasgar papel o pasar las hojas de un cuento. d) Subir y bajar gradas.	X		X		X		
8	¿Cuál de las siguientes actividades favorece el desarrollo de la motricidad gruesa? a) Abotonar una camisa. b) Dibujar con crayones sobre una hoja. c) Armar rompecabezas de piezas pequeñas. d) Gatear, correr, saltar y subir gradas.	X		X		X		
9	¿Cómo se puede estimular el desarrollo del lenguaje en el niño? a) Hablandole, cantándole y nombrándole los objetos durante las actividades diarias. b) Dejándolo mirar televisión varias horas al día. c) Corrigiéndolo cada vez que pronuncia mal una palabra. d) Esperando a que ingrese a la escuela para que allí aprenda.	X		X		X		
10	¿Por qué es importante hablarle y leerle cuentos al niño desde pequeño? a) Porque lo cansa y así concilia el sueño más rápido. b) Porque aumenta su vocabulario y fortalece el vínculo afectivo con el cuidador. c) Porque reemplaza los controles de salud del niño. d) Porque impide que el niño se enferme.	X		X		X		
11	¿Qué papel cumple el juego en el desarrollo infantil? a) Es una pérdida de tiempo que conviene limitar. b) Sirve únicamente para entretener al niño mientras el adulto trabaja. c) Es la principal manera en que el niño aprende y desarrolla sus habilidades. d) Solo resulta útil después de los cinco años de edad.	X		X		X		



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020

FACULTAD DE POSGRADO



N° de ítem	Preguntas	Validez de contenido						Sugerencias u observaciones
		Claridad		Coherencia o adecuación		Relevancia o pertinencia		
		<i>El ítem está redactado de manera adecuada para la población objetivo.</i>		<i>El ítem está bien formulado dentro del contexto y la estructura del instrumento.</i>		<i>El ítem es adecuado y esencial para medir el constructo en la población.</i>		
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
12	¿Cómo influye una alimentación adecuada en el desarrollo psicomotor del niño? a) No guarda relación con el desarrollo del niño. b) Influye solamente en el peso corporal del niño. c) Es importante únicamente a partir de los dos años. d) Aporta los nutrientes necesarios para el crecimiento del cerebro y la adquisición de nuevas habilidades.	X		X		X		
13	¿Con qué frecuencia se recomienda llevar al niño al control de crecimiento y desarrollo (niño sano)? a) Únicamente cuando el niño se encuentra enfermo. b) De forma periódica, según el esquema del control de niño sano, aunque el niño esté sano. c) Una sola vez, al momento del nacimiento. d) Cada dos años.	X		X		X		
14	¿Qué se debe hacer si el niño no alcanza una habilidad esperada para su edad? a) Acudir al establecimiento de salud para que se valore su desarrollo. b) Esperar a que la alcance por sí solo con el paso del tiempo. c) Compararlo con otros niños de la familia hasta que la logre. d) Llamarle la atención para que se esfuerce más.	X		X		X		
15	¿Cómo influye el afecto y el vínculo con el cuidador en el desarrollo del niño? a) Vuelve al niño consentido y dependiente. b) No tiene ninguna influencia sobre el desarrollo. c) Le brinda seguridad y favorece su desarrollo emocional y del lenguaje. d) Es importante solamente para la madre.	X		X		X		
16	¿Qué beneficios aporta la lactancia materna al desarrollo del niño? a) Únicamente lo alimenta y calma su hambre. b) No tiene ningún efecto sobre el desarrollo. c) Retrasa la adquisición de nuevas habilidades. d) Aporta nutrientes y defensas y fortalece el vínculo afectivo, lo que favorece su desarrollo.	X		X		X		
17	¿Qué efecto tiene el uso excesivo de pantallas (televisión, celular) en los niños menores de dos años? a) Mejora el aprendizaje del lenguaje. b) Puede retrasar el lenguaje y disminuir el juego y la interacción con otras personas. c) No produce ningún efecto en el niño. d) Reemplaza adecuadamente la estimulación que brinda el cuidador.	X		X		X		
18	¿Quiénes son los responsables de brindar estimulación temprana al niño? a) La familia y los cuidadores, con el acompañamiento del personal de salud. b) Únicamente el personal de salud. c) Solamente los maestros de la escuela. d) Exclusivamente la madre del niño.	X		X		X		



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE POSGRADO



N° de ítem	Preguntas	Validez de contenido						Sugerencias u observaciones
		Claridad		Coherencia o adecuación		Relevancia o pertinencia		
		<i>El ítem está redactado de manera adecuada para la población objetivo.</i>	<i>El ítem está bien formulado dentro del contexto y la estructura del instrumento.</i>	<i>El ítem es adecuado y esencial para medir el constructo en la población.</i>				
Sí	No	Sí	No	Sí	No			
19	¿Cuál de las siguientes es una actividad de estimulación temprana que puede realizarse en casa con materiales cotidianos? a) Dejar al niño solo mirando televisión. b) Comprar juguetes electrónicos costosos. c) Trasvasar granos entre recipientes o armar torres con cajas y envases. d) Llevarlo únicamente al establecimiento de salud.	X		X		X		
20	¿Por qué es importante la detección temprana de los retrasos en el desarrollo psicomotor? a) Porque evita que el niño se enferme. b) Porque permite adelantar su ingreso a la escuela. c) Porque no tiene mayor importancia si el niño crece bien de peso y talla. d) Porque permite iniciar oportunamente la intervención y mejorar el pronóstico del niño.	X		X		X		

Clave de respuestas del instrumento (la alternativa correcta se presenta resaltada en negrita dentro de cada ítem)

Ítem	Clave	Ítem	Clave
1	c)	11	c)
2	a)	12	d)
3	b)	13	b)
4	d)	14	a)
5	a)	15	c)
6	b)	16	d)
7	c)	17	b)
8	d)	18	a)
9	a)	19	c)
10	b)	20	d)



Validar Instrumento en Firmado:
Sonia Dayanara Revelo Villanueva

MSc. Sonia Revelo
Experto evaluador
C.I. 0401026984

ANEXO 6. Evidencia de encuesta piloto aplicada



Proyecto de Investigación

«Factores sociodemográficos y desarrollo psicomotor en niños menores de cinco años de la parroquia La Esperanza, 2025»

PRUEBA PILOTO DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Estimado padre, madre o cuidador principal: el presente formulario forma parte de la prueba piloto de los instrumentos de la investigación citada, cuyo propósito es verificar que las preguntas se comprendan con facilidad y estimar el tiempo que toma responderlas. Su participación es voluntaria, anónima y no representa ningún riesgo; la información se identifica únicamente mediante un código y se emplea con fines exclusivamente académicos. Los datos obtenidos en esta aplicación piloto no forman parte de la muestra definitiva del estudio. Si en algún momento desea interrumpir su participación, puede hacerlo sin necesidad de justificación alguna.

Instrucciones: lea con atención cada pregunta y marque con una X dentro del paréntesis la alternativa que corresponda. En la sección B cada pregunta admite una sola respuesta correcta; si desconoce la respuesta, marque la alternativa que considere más adecuada y no deje ítems en blanco. Al finalizar, complete la sección C, destinada a recoger sus impresiones sobre el instrumento.

Código del participante	PP-09
Fecha de aplicación	08-12-2025
Hora de inicio / hora de finalización	10:15 / 10:32
Momento de aplicación	Pretest (x) Posttest ()
Responsable de la aplicación	Lc. Miguel Ángel Mora Tobar.

Sección A. Cuestionario sociodemográfico

1. ¿Qué edad tiene su hijo o hija?

Registre la edad en años y en meses: 2 años y 1 mes

2. Sexo del niño/a:

- () Hombre
(x) Mujer

3. ¿Con qué grupo étnico se identifica su familia?

- () Mestizo
(x) Indígena
() Otro

4. ¿Qué idioma se habla habitualmente en su hogar?

- () Español
(x) Kichwa



5. ¿Cuál es el nivel de instrucción de la madre?

- ☐ Sin estudios
- ☒ Primaria
- ☐ Secundaria
- ☐ Superior

6. ¿Cuál es el nivel de instrucción del padre?

- ☐ Sin estudios
- ☐ Primaria
- ☒ Secundaria
- ☐ Superior

7. ¿Cuál es el ingreso económico mensual del hogar?

- ☒ Menos de 1 SBU (Salario Básico Unificado)
- ☐ 1 SBU (Salario Básico Unificado)
- ☐ Más de 1 SBU (Salario Básico Unificado)

8. ¿Cuál es el estado civil del cuidador principal?

- ☐ Casado/a
- ☐ Soltero/a
- ☒ Unión libre
- ☐ Divorciado/a

9. ¿Qué tipo de vivienda habita la familia?

- ☒ Propia
- ☐ Arrendada
- ☐ Prestada
- ☐ Otro

10. ¿En qué zona reside la familia?

- ☐ Urbana
- ☒ Rural

11. ¿Cuántos hijos conforman el hogar?

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☒ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 o más



Sección B. Cuestionario de conocimientos sobre estimulación temprana

Marque con una X una sola alternativa en cada pregunta.

1. ¿Qué es el desarrollo psicomotor del niño?

- ☐ a) El aumento de peso y de talla que presenta el niño cada mes.
- ☐ b) El conjunto de vacunas que el niño recibe durante sus primeros años.
- ☒ c) El proceso por el cual el niño va adquiriendo habilidades de movimiento, lenguaje y relación con las demás personas.
- ☐ d) La capacidad del niño para aprender a leer y a escribir.

2. ¿Cuáles son las áreas del desarrollo psicomotor?

- ☒ a) Motricidad gruesa, motricidad fina, lenguaje y personal-social.
- ☐ b) Peso, talla, perímetro cefálico y temperatura.
- ☐ c) Alimentación, sueño, higiene y vacunación.
- ☐ d) Visión, audición, olfato y gusto.

3. ¿A qué edad aproximada la mayoría de los niños comienza a caminar sin ayuda?

- ☒ a) Entre los 6 y los 8 meses.
- ☐ b) Entre los 12 y los 15 meses.
- ☐ c) Entre los 24 y los 30 meses.
- ☐ d) A partir de los 36 meses.

4. ¿Qué es la estimulación temprana?

- ☐ a) Un tratamiento médico dirigido a los niños que están enfermos.
- ☐ b) La entrega de vitaminas y suplementos nutricionales al niño.
- ☐ c) Un programa escolar destinado a los niños mayores de cinco años.
- ☒ d) El conjunto de actividades de juego, afecto y comunicación que favorecen el desarrollo del niño en sus primeros años de vida.

5. ¿En qué etapa de la vida es más efectiva la estimulación temprana?

- ☒ a) Durante los primeros tres años de vida.
- ☐ b) Entre los cinco y los diez años.
- ☐ c) Durante la adolescencia.
- ☐ d) En cualquier etapa, indistintamente de la edad.

6. ¿Cuál de las siguientes situaciones constituye una señal de alerta en el desarrollo del niño?

- ☐ a) Que el niño juegue con otros niños de su edad.
- ☐ b) Que a los dos años el niño no pronuncie ninguna palabra.
- ☒ c) Que el niño llore cuando tiene hambre o sueño.
- ☐ d) Que el niño se canse después de correr un rato.

7. ¿Cuál de las siguientes actividades favorece el desarrollo de la motricidad fina?

- ☐ a) Correr en el patio de la casa.
- ☐ b) Saltar en un pie.
- ☒ c) Ensartar cuentas, rasgar papel o pasar las hojas de un cuento.



() d) Subir y bajar gradas.

8. ¿Cuál de las siguientes actividades favorece el desarrollo de la motricidad gruesa?

- () a) Abotonar una camisa.
- () b) Dibujar con crayones sobre una hoja.
- () c) Armar rompecabezas de piezas pequeñas.
- (X) d) Gatear, correr, saltar y subir gradas.

9. ¿Cómo se puede estimular el desarrollo del lenguaje en el niño?

- (X) a) Hablándole, cantándole y nombrándole los objetos durante las actividades diarias.
- () b) Dejándolo mirar televisión varias horas al día.
- () c) Corrigiéndolo cada vez que pronuncia mal una palabra.
- () d) Esperando a que ingrese a la escuela para que allí aprenda.

10. ¿Por qué es importante hablarle y leerle cuentos al niño desde pequeño?

- () a) Porque lo cansa y así concilia el sueño más rápido.
- (X) b) Porque aumenta su vocabulario y fortalece el vínculo afectivo con el cuidador.
- () c) Porque reemplaza los controles de salud del niño.
- () d) Porque impide que el niño se enferme.

11. ¿Qué papel cumple el juego en el desarrollo infantil?

- () a) Es una pérdida de tiempo que conviene limitar.
- (X) b) Sirve únicamente para entretener al niño mientras el adulto trabaja.
- () c) Es la principal manera en que el niño aprende y desarrolla sus habilidades.
- () d) Solo resulta útil después de los cinco años de edad.

12. ¿Cómo influye una alimentación adecuada en el desarrollo psicomotor del niño?

- () a) No guarda relación con el desarrollo del niño.
- () b) Influye solamente en el peso corporal del niño.
- () c) Es importante únicamente a partir de los dos años.
- (X) d) Aporta los nutrientes necesarios para el crecimiento del cerebro y la adquisición de nuevas habilidades.

13. ¿Con qué frecuencia se recomienda llevar al niño al control de crecimiento y desarrollo (niño sano)?

- (X) a) Únicamente cuando el niño se encuentra enfermo.
- () b) De forma periódica, según el esquema del control de niño sano, aunque el niño esté sano.
- () c) Una sola vez, al momento del nacimiento.
- () d) Cada dos años.

14. ¿Qué se debe hacer si el niño no alcanza una habilidad esperada para su edad?

- () a) Acudir al establecimiento de salud para que se valore su desarrollo.
- (X) b) Esperar a que la alcance por sí solo con el paso del tiempo.
- () c) Compararlo con otros niños de la familia hasta que la logre.
- () d) Llamarle la atención para que se esfuerce más.



15. ¿Cómo influye el afecto y el vínculo con el cuidador en el desarrollo del niño?

- ☐ a) Vuelve al niño consentido y dependiente.
- ☐ b) No tiene ninguna influencia sobre el desarrollo.
- ☒ c) Le brinda seguridad y favorece su desarrollo emocional y del lenguaje.
- ☐ d) Es importante solamente para la madre.

16. ¿Qué beneficios aporta la lactancia materna al desarrollo del niño?

- ☒ a) Únicamente lo alimenta y calma su hambre.
- ☐ b) No tiene ningún efecto sobre el desarrollo.
- ☐ c) Retrasa la adquisición de nuevas habilidades.
- ☐ d) Aporta nutrientes y defensas y fortalece el vínculo afectivo, lo que favorece su desarrollo.

17. ¿Qué efecto tiene el uso excesivo de pantallas (televisión, celular) en los niños menores de dos años?

- ☐ a) Mejora el aprendizaje del lenguaje.
- ☒ b) Puede retrasar el lenguaje y disminuir el juego y la interacción con otras personas.
- ☐ c) No produce ningún efecto en el niño.
- ☐ d) Reemplaza adecuadamente la estimulación que brinda el cuidador.

18. ¿Quiénes son los responsables de brindar estimulación temprana al niño?

- ☐ a) La familia y los cuidadores, con el acompañamiento del personal de salud.
- ☒ b) Únicamente el personal de salud.
- ☐ c) Solamente los maestros de la escuela.
- ☐ d) Exclusivamente la madre del niño.

19. ¿Cuál de las siguientes es una actividad de estimulación temprana que puede realizarse en casa con materiales cotidianos?

- ☐ a) Dejar al niño solo mirando televisión.
- ☐ b) Comprar juguetes electrónicos costosos.
- ☒ c) Trasvasar granos entre recipientes o armar torres con cajas y envases.
- ☐ d) Llevarlo únicamente al establecimiento de salud.

20. ¿Por qué es importante la detección temprana de los retrasos en el desarrollo psicomotor?

- ☒ a) Porque evita que el niño se enferme.
- ☐ b) Porque permite adelantar su ingreso a la escuela.
- ☐ c) Porque no tiene mayor importancia si el niño crece bien de peso y talla.
- ☐ d) Porque permite iniciar oportunamente la intervención y mejorar el pronóstico del niño.

Sección C. Valoración de la prueba piloto (a ser respondida por el participante)

1. ¿Comprendió con facilidad todas las preguntas del cuestionario?

Si, comprendí la mayoría de las preguntas, aunque algunas me costaron un poco.

2. ¿Qué preguntas le resultaron confusas o difíciles de responder? Indique el número.



La pregunta 6 y 13, porque entendí bien que significa "Señal de alerta" ni "control nro."

3. ¿Encontró alguna palabra que no conociera o que le costara entender? Señálela.

"psicomotor" y "construido"

4. ¿Considera que el tiempo empleado para responder fue adecuado?

Si

5. ¿Qué sugerencia haría para mejorar el cuestionario?

Sugiero que se lean las preguntas en voz alta a las personas que no acabaron la escuela.

Uso exclusivo del investigador

Puntaje obtenido en la sección B: 12 / 20 puntos.

Tiempo total de aplicación: 17 minutos.

Ítems que requirieron aclaración durante la aplicación:
los ítems 6 y 13.

Firma del participante

Héctor Mora.

Firma del investigador

ANEXO 7. Galería Fotográfica



ANEXO 8. Reporte de Turnitin



Página 1 de 127 - Portada

Identificador de la entrega tm:oid::7630:624992299

Miguel Ángel Mora Tobar

Factores Sociodemográficos y Desarrollo Psicomotor en niños menores de cinco años de la parroquia la Esperanza, 2025

 Universidad Politecnica Salesiana del Ecuador

Detalles del documento

Identificador de la entrega

tm:oid::7630:624992299

Fecha de entrega

15 sept 2026, 17:14 GMT-5

Fecha de descarga

15 sept 2026, 17:38 GMT-5

Nombre del archivo

7. Trabajo final de grado.docx

Tamaño del archivo

14.2 MB

125 páginas

21.696 palabras

122.847 caracteres



Página 1 de 127 - Portada

Identificador de la entrega tm:oid::7630:624992299

2% detectado como IA

La detección de IA incluye la posibilidad de que haya falsos positivos. Aunque cierto texto en esta entrega se generó probablemente con IA, los puntajes inferiores al umbral del 20 % no aparecen porque tienen una mayor probabilidad de falsos positivos.

Precaución: Se necesita revisión.

Es esencial comprender los límites de la detección de IA antes de tomar decisiones acerca del trabajo del estudiante. Te alentamos a obtener más información acerca de las funciones de detección de IA de Turnitin antes de usar la herramienta.

Aviso legal

Nuestra evaluación de escritura con IA está diseñada para ayudar a los académicos a identificar texto que podrían haberse preparado mediante una herramienta de IA generativa. Es posible que nuestra evaluación de escritura con IA no siempre sea precisa (existe la posibilidad de que identifique erróneamente redacciones probablemente generadas por humanos como generadas por IA, y redacciones probablemente generadas por IA como generadas por humanos), por lo que no debe usarse como único fundamento para aplicar sanciones a un estudiante. Para determinar si es un caso de deshonestidad académica, se necesita de un escrutinio mayor y el juicio humano, junto con la aplicación de las políticas académicas específicas de la organización.

NOMBRE DEL TRABAJO

**Factores Sociodemográficos y Desarrollo
Psicomotor en niños menores de cinco
años de la parroquia la Esperanza, 2025**

AUTOR

Miguel Ángel Mora Tobar

RECuento DE PALABRAS

21696 Words

RECuento DE CARACTERES

122847 Characters

RECuento DE PÁGINAS

125 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

14.2MB

FECHA DE ENTREGA

Sep 15, 2026 5:14 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Sep 15, 2026 5:16 PM GMT-5

● **3% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 3% Base de datos de publicaciones

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 8 palabras)

Resumen

ANEXO 9. Revisión del Abstract



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
EMPRESA PÚBLICA "LA UEMEPRENDE E.P."



ABSTRACT

Sociodemographic factors and psychomotor development in children under five years of age, in the Parish of La Esperanza, Ibarra, 2025

Author: Lcdo. Miguel Ángel Mora Tobar

Tutor: MSc. Maritza Marisol Álvarez Moreno

Introduction: Psychomotor development during the first five years of life is a sensitive indicator of child well-being, heavily conditioned by social determinants in the surrounding environment. **Objective:** To determine the relationship and influence of sociodemographic factors on the psychomotor development of children under five years of age in a rural parish in La Provincial de Imbabura. **Method:** A study with a quantitative, correlational and cross-sectional approach, in which 245 children and their caregivers participated, selected through age-based proportional stratified probability sampling. A sociodemographic questionnaire validated by expert judgment (Aiken's V) and the Denver II Developmental Screening Test were administered; the analysis was carried out in SPSS v.25 (Pearson's chi-square, Cramér's V, Spearman's rho and Wilcoxon signed-rank test). **Results:** It was found that 42.4% of the children presented abnormal development and 26.9% doubtful development, for a total of 69.3% with some developmental alteration; language was the most affected area (39.2%). A significant association was identified with socioeconomic status ($\chi^2 = 18.012$; $p = 0.001$; $\rho = -0.202$). In addition, a statistically significant increase in the level of knowledge of the caregivers who completed the "Crecer con fuerza" program was found ($n = 184$; Mdn pretest = 10.0; Mdn posttest = 15.0; $Z = -9.842$; $p < 0.001$). **Conclusions:** Economic deprivation is a critical determining factor in early psychomotor development, demonstrating that community-based educational interventions led by nursing professionals are highly effective at the primary healthcare level.

Keywords: child development; motor skills; socioeconomic factors; preschool children; community health nursing; Ecuador.

Reviewed by:
MSc. Luis Paspulcán Soto
CAPACITADOR-CAI
August 24, 2026