



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA

ESPECIALIDAD DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN



TESIS

PREVALENCIA DEL RETRASO PSICOMOTOR MEDIDO CON EL TEST PERUANO DE DESARROLLO EN LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS, 2017.

Para optar el Título Profesional de Licenciado en
Tecnología Médica – especialidad de Terapia Física y
Rehabilitación

AUTORA

Nayla Iliana Dávila Vásquez

Bach. En Tecnología Médica - Terapia Física y Rehabilitación

ASESOR

Mg. T.M. Ana María del Rosario Escalante Bautista

Lambayeque – Perú

2019

Dedicatoria

A Dios, por saber guiarme y acompañarme en cada instante de mi vida, por darme fuerzas y por orientarme en las elecciones que se debo hacer en el día a día.

A mi mamá, que es un pilar para mí y me demuestra su apoyo incondicional.

Agradecimiento

A mis seres queridos, quienes constantemente me dan su apoyo.

A la Mg. T.M. Ana María del Rosario Escalante Bautista, quien me brindó los instrumentos elementales para terminar exitosamente mi tesis.

La autora.

Presentación

Distinguidos miembros del jurado.

En acatamiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Particular de Chiclayo ante ustedes presento la tesis titulada: “PREVALENCIA DEL RETRASO PSICOMOTORMEDIDO CON EL TESTPERUANO DE DESARROLLO EN LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS, 2017.”, la misma que expongo a vuestra evaluación y espero cumpla con los requerimientos de aprobación para alcanzar el Título de Licenciado en Tecnología Médica – Terapia Física y Rehabilitación.

El contenido del presente trabajo fue ejecutado tomando como marco de alusión los lineamientos estipulados en el esquema de tesis para obtener el Título de Licenciado en Tecnología Médica – Terapia Física y Rehabilitación, los conocimientos alcanzados a lo largo de mi formación profesional, consulta de fuentes bibliográficas, información obtenida de diversas fuentes fidedignas y la vivencia adquirida a lo largo del desarrollo de mis prácticas pre-profesionales, las cuales se citan en la bibliografía del informe presente.

La autora.

Índice	Pág.
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Presentación	iv
Índice	v
Resumen/ Abstract	vii
Introducción	viii
I Datos informativos	9
II Problema de investigación	10
2.1 Realidad Problemática	10
2.2 Planteamiento del Problema	13
2.3 Formulación del problema	13
2.4 Justificación e importancia de la investigación	14
2.5 Objetivos de la investigación	15
III Marco teórico científico	16
3.1 Situación Problemática	16
3.2 Antecedentes de la investigación	16
3.3 Base teórica	19
3.3.1 Desarrollo Psicomotor	19
3.3.2 Desarrollo Psicomotor Normal	20
3.3.3 Retraso en el Desarrollo Psicomotor	21
3.3.4 Signos de Alerta	23
3.3.5 Evaluación del Desarrollo Psicomotor	25
3.3.6 Test peruano del desarrollo infantil	26
3.4 Hipótesis	27
3.5 Identificación de la variable	27
3.6 Operacionalización de las variables	28
IV Marco metodológico	29
4.1 Tipo de Investigación	29

4.2 Diseño de investigación/ Contrastación de Hipótesis	29
4.3 Población y Muestra	29
4.4 Materiales, Técnicas e instrumentos de recolección de datos	30
4.5 Análisis Estadístico de datos	30
V Resultados	31
VI Discusión de resultados	38
V Conclusiones	41
VI Recomendaciones	42
Asentamiento bibliográfico	43
Anexos	46
Matriz de consistencia	47
Test peruano de desarrollo	49
Consentimiento informado	50

RESUMEN

Esta investigación cuyo objetivo es identificar la prevalencia del retraso psicomotor medido con el Test Peruano De Desarrollo en la Clínica San Juan de Dios, y objetivos específicos identificar el porcentaje de niños con retraso del desarrollo psicomotor según su edad y sexo. Además, determinar los ítems en los cuales hay mayor incidencia de retraso y proporcionar los resultados obtenidos a los licenciados encargados del tratamiento rehabilitador de los niños con retraso del desarrollo psicomotor. Se trabajó con 61 pacientes menores de 30 meses, siendo 38 de sexo femenino y 23 de sexo masculino. Los resultados arrojaron que la mayoría de los pacientes menores a 30 meses presentan Trastorno del desarrollo, un tercio de los evaluados presenta retraso en 10 a 12 hitos de desarrollo definidos en el test peruano de desarrollo que representan la totalidad de comportamiento observados. Asimismo, los resultados evidencian que existe una diferencia mínima en cuanto al sexo de los pacientes.

Palabras claves: desarrollo psicomotor, trastornos del desarrollo, test peruano.

ABSTRACT

This research which scope is to identify the prevalence of psychomotor retardation measured with the Peruvian Development Test at the San Juan de Dios Clinic, and specific scopes are to identify the percentage of children with psychomotor developmental retardation according to their age and sex. In addition, determine the items in which there is a higher incidence of retardation and provide the results obtained to the graduates in charge of the rehabilitation treatment of children with psychomotor retardation development. We worked with 61 patients under 30 months, where 38 were women and 23 men. The results showed that the majority of patients under 30 months have a developmental disorder, one third of those evaluated showed retardation in 10 to 12 developmental milestones selected in the Peruvian test development that represent the totality of the observed behavior. Similarly, the results showed that there is a minimal difference in the sex of the patients.

Palabras claves: psychomotor development, development disorder, the peruvian test.

INTRODUCCION

El desarrollo psicomotriz es un proceso sistemático, evolutivo, integral y multidimensional, por medio del cual el individuo adquiere progresivamente respuestas y capacidades más complicadas; en aquel comprender el desarrollo del hombre tiene relación con los constantes cambios de un óvulo fecundado hasta transformarse en adulto, gracias a los cambios que sufre es que necesita una atención particular los primeros años de vida del infante, por las repercusiones globales que las mismas poseen en el desarrollo del individuo. A veces se ve afectado gracias a componentes socioeconómicos, del medio ambiente, por patologías neurológicas, etcétera.

Siendo el retraso del desarrollo psicomotriz una sucesión lenta o cualitativamente alterada para su edad cronológica, haciéndose evidente no solo en la afectación de las adquisiciones motrices sino además a la constancia de la aparición de capacidades para jugar, comunicarse, y resolver problemas adecuados para su edad.

Conforme con la OMS Organización Mundial de la Salud (2010) explica que el 60% de los chicos de 6 meses de edad no se hallan debidamente estimulados, lo que puede condicionar un retraso en cualquier persona de las superficies del desarrollo (visomotora, coordinación, social y lenguaje), reseñando además que la carencia de estimulación es más recurrente en regiones rurales.

Bajo este panorama se estima pertinente la profundización de la indagación debido a que se observa un elevado número de chicos menores de 30 meses con retraso del desarrollo psicomotriz.

I. Datos informativos

1.1. Título del proyecto de investigación

PREVALENCIA DEL RETRASO PSICOMOTOR MEDIDO CON EL TEST PERUANO DE DESARROLLO EN LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS, 2017.

1.2. Personal investigador

1.2.1. Autora

Nayla Iliana Dávila Vásquez

1.2.2. Asesor

Mg. T.M. Ana María del Rosario Escalante Bautista

1.3. Tipo de investigación

Descriptivo - Transversal

1.4. Facultad y escuela profesional

Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional Tecnología Médica – Terapia Física y Rehabilitación

1.5. Localidad e institución donde se desarrollará el proyecto

Chiclayo – Clínica San Juan de Dios

1.6. Duración estimada del proyecto

6 meses

1.7. Fecha de inicio – término

Mayo 2017 – Diciembre 2017

II. El problema de la investigación

2.1. Realidad problemática

El desarrollo psicomotriz es un proceso sistemático, evolutivo, integral y multidimensional, por medio del cual el individuo adquiere progresivamente destrezas más complicadas; en este comprender el desarrollo de las personas tiene relación con las constantes transformaciones que sufre un óvulo fecundado hasta su fase adulta. Entre los puntos de dichos sucesivos cambios, el desarrollo físico y psicomotriz necesitan atención particular en los primeros años de vida del infante, por las rápidas y continuas transformaciones que acontecen en su historia, y por las secuelas que las mismas poseen en el desarrollo universal de las personas.(1).

Se inspira, de igual manera en las sucesiones madurativas que siguen dicho desarrollo y que se rigen por dos leyes fundamentales de la maduración: la ley de progresión céfalo caudal y la ley próximo distal. De esta forma, el control motor de la cabeza se consigue anteriormente que el de los brazos y el del tronco, y este se consigue anteriormente que el de las piernas (secuencia céfalo caudal). Del mismo modo se domina la cabeza, el tronco y los brazos anteriormente que la coordinación de las manos y los dedos (secuencia próximo distal). (2)

Es por consiguiente un proceso secuencial, en el cual unas fases deben ser antecesoras para ser la base de otras nuevas. Una vez que las nuevas capacidades se practican repetidamente dan respuestas voluntarias, dirigidas hacia una finalidad, cada vez más refinadas y exactas. Por esto es posible predecir las secuencias del desarrollo, debido a que en un primer instante las conductas motoras y psicomotoras varían en su aparición, sin embargo se hacen predecibles en la medida que se establecen como patrones de adquisición de otras nuevas. Este proceso de desarrollo comprende ocupaciones perennes de investigación y selección por medio de

ensayo y error al principio, y, después, de organización gradual e intencional (3).

Sin embargo, existe un grupo de niños que crecen desprovistos de una estimulación adecuada, que todo niño con deficiencia necesita, dado a las diferentes patologías que ellos presentan y la poca información que tienen los padres, los espacios deben proveer las condiciones adecuadas para esta estimulación necesaria. La falta de estímulo, patologías neurológicas da como resultado un desarrollo psicomotriz deficiente. Y por esto los chicos institucionalizados muestran retrasos en el desarrollo motor, en las habilidades sociales, en el desarrollo del lenguaje y en el descubrimiento de su cuerpo humano (2), lo mismo ocurre en los niños atendidos en la clínica San Juan de Dios.

Siendo el retraso del desarrollo psicomotriz una sucesión lenta o cualitativamente alterada para su edad cronológica. Por lo cual es necesario informar de forma correcta a los papás en lo cual respecta al retraso psicomotriz de sus hijos, haciéndose evidente no solo en la afectación de las adquisiciones motoras sino además a la constancia de la aparición de las capacidades para jugar, comunicarse y solucionar inconvenientes apropiados para su edad. A veces el retraso es visible en un área específica, como las adquisiciones posturo motrices (la mayor parte de los casos con irregularidad en el tono muscular), el lenguaje o las capacidades de relación social. (2)

En un análisis realizado en América Latina en donde se comprueba que existe una mayor prevalencia de retraso en el desarrollo psicomotor en los niños de bajos recursos, siendo predominantemente en el área de lenguaje 67.3%. Por otro lado corrobora que con la edad aumenta la prevalencia de retraso en el área lenguaje, esto pone en persuasión que la rapidez de adquisición del lenguaje no va acompañada de la oportuna estimulación. (4)

De allí que esta alerta también sea a nivel mundial; donde se estima los trastornos psicomotrices; que en Europa presenta un 12.7% de prevalencia, en América del norte la prevalencia bordea el 12-16% y en América Latina la prevalencia alrededor de el 20% (3).

En tal sentido, la OMS Organización Mundial de la Salud (2010) informa que el 60% de los chicos de 6 meses de edad no se hallan debidamente estimulados, lo que puede provocar un retraso en cualquier persona de sus zonas del desarrollo (visomotora, coordinación, social y lenguaje), indicando además que la carencia de estimulación se da frecuencia en las regiones rurales. Sin embargo, el MINSA (2015) menciona que actualmente uno de los inconvenientes de más grande inquietud está dado por el alta de mortalidad infantil en menores de 5 años; de los cuales el 40% de ellos sufre de retraso en el desarrollo psicomotriz, un 13 de incapacidad y un 3% con discapacidad.

Situación que plantea a la población infantil en relación a su salud integral, incluyendo las ocupaciones promocionales, entre ellas la Estimulación Idónea, entendiéndose como el grupo de medios, técnicas y ocupaciones, con base científica, aplicadas en forma sistemática y secuencial al infante, con el propósito de desarrollar sus capacidades cognitivas, físicas y psicosociales, evitando estados no deseados en su desarrollo, y asistiendo a los papás con efectividad y soberanía, en el cuidado y desarrollo de su hijo.

A grado general; un desarrollo psicomotriz insuficiente produce retrasos en el desarrollo motor, que están afectando las habilidades sociales, desarrollo del lenguaje y en el descubrimiento de su propio cuerpo humano; por lo cual este impacta de manera directa en la maduración de sus funcionalidades y su posterior manejo a mediano y a extenso plazo. (2)

En este sentido, en la Clínica donde se desarrollará el estudio; debido la naturaleza de patologías infantiles que atiende, se observa que los menores de 30 meses presentan dificultades para un desarrollo psicomotor óptimo.

2.2. Planteamiento del problema

Ante la realidad problemática antes descrita en la que MINSA Ministerio de Salud (2015) indica que en la actualidad una las mayores dificultades y preocupación es que 40% de los niños menores de 5 años adolecen de retrasos del desarrollo psicomotriz, un 13% de incapacidad y un 3% con discapacidad, esto evidencia la vulnerabilidad de los menores para ver afectado su desarrollo debido a factores de riesgos propios de las condiciones socio ambientales en la que se encuentran, por lo que la autora de la presente investigación ha creído conveniente profundizar sobre la prevalencia de retraso psicomotor medido con el test Peruano de Desarrollo en la Clínica San Juan de Dios 2017.

2.3. Formulación del problema

2.3.1. Problema general

¿Cuál es la prevalencia del retraso psicomotor medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017?

2.3.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la prevalencia del retraso psicomotor en la dimensión comportamiento motor postural medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017?
- ¿Cuál es la prevalencia del retraso psicomotor en la dimensión comportamiento visomotor medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017?
- ¿Cuál es la prevalencia del retraso psicomotor en la dimensión comportamiento del lenguaje medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017?

- ¿Cuál es la prevalencia del retraso psicomotor en la dimensión comportamiento personal – social medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017?
- ¿Cuál es la prevalencia del retraso psicomotor en la dimensión coordinación medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017?
- ¿Cuál es el porcentaje de niños con retraso del desarrollo psicomotor medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017, según sexo?

2.4. Justificación e importancia de la investigación

La importancia del presente estudio; se afirma en las estadísticas antes presentadas pues se evidenciará la prevalencia del retraso psicomotor en menores de 30 meses, mediante el instrumento usualmente usado en los espacios de salud encargados de la vigilancia del crecimiento y desarrollo; aportando de este modo, con información exacta y confiable al respecto.

A la comunidad profesional; le otorgará información sobre las áreas en las que el desarrollo psicomotor presenta mayor dificultad a fin de potenciar las técnicas y estrategias que se emplean para afrontar esta problemática. Teniendo como evaluador del Desarrollo Psicomotor al test Peruano del Desarrollo.

Asimismo, será útil para futuras investigaciones, ya que servirá como antecedente de estudio de acuerdo a los hallazgos que pongan de manifiesto; motivando a que otros autores puedan profundizar sobre el tema o indagar detalles de la misma.

2.5. Objetivos de la investigación.

2.5.1. Objetivo general

Identificar la prevalencia del retraso psicomotor medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017

2.5.2. Objetivos específicos

- Identificar la prevalencia del retraso psicomotor en la dimensión comportamiento motor postural medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017.
- Identificar la prevalencia del retraso psicomotor en la dimensión comportamiento visomotor medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017.
- Identificar la prevalencia del retraso psicomotor en la dimensión comportamiento del lenguaje medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017.
- Identificar la prevalencia del retraso psicomotor en la dimensión comportamiento personal – social medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017.
- Identificar la prevalencia del retraso psicomotor en la dimensión coordinación medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017.
- Identificar el porcentaje de niños con retraso del desarrollo psicomotor medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017, según sexo.

III. Marco teórico científico

3.1. Situación problemática

El cerebro lleva a cabo de forma sorprendente en los primeros años de vida y son, en dichos tiempos, en los que se hace más eficiente el aprendizaje; ya que el cerebro tiene más grande plasticidad, o sea, está establecido conexiones entre neuronas con más efectividad. Este proceso se observa con alta frecuencia hasta los 30 meses de edad, por esto, el objetivo de medir el desarrollo psicomotriz es examinar de manera persistente este proceso.

De allí que cobra importancia evidenciar la existencia del retraso psicomotor, sobre todo en niños que padecen patologías que complican su normal desarrollo infantil.

3.2. Antecedentes de la investigación

Moreno y Barajona (2016). En su investigación sobre maltrato infantil y factores ambientales sociodemográficos ambientales relacionados con niños con retrasos en el desarrollo psicomotor (Cuba, 2010-2013), se propusieron detectar la interacción entre el violencia infantil y otros componentes sociodemográficos-ambientales con el retraso del desarrollo psicomotriz, mediante un análisis de casos y controles en un cosmos de 410 chicos, nacidos en los años 2010–2013 en la zona del Policlínico Maestro Robert Manuel Zulueta Cayol de Haba Vieja – Cuba; seleccionada intencionalmente por sus precedentes y el alto peligro social. Se calculó una muestra de 170 chicos por el procedimiento del azar fácil y subsiguiente a la caída muestral se laboró con 111 chicos. La muestra quedó repartida en 37 pacientes con retraso del desarrollo psicomotriz y 74 chicos no retrasados. El retraso del desarrollo psicomotriz es de 33,3 %. De cada 3 chicos en análisis 1 infante exhibe retraso. Un 89,19% del conjunto de pacientes con retraso ha sido expuesto a alguna de las maneras de violencia ($X^2= 5,51$ $p= 0,01$ OR: 3,72, IC: 1,17–11,73). Domino el desamparo o negligencia en un 72,7.

El estrés de los papás se enseñó en los pacientes con retraso del desarrollo psicomotriz en un 75,7 % ($X^2 = 25,26$; $p=0,000$ OR: 9,01, IC: 3,32–25,12). Concluyendo existente similitud entre retraso del desarrollo psicomotriz y violencia infantil, en especial el abandono o negligencia y el estrés de los papás. Se indica hacer ocupaciones semejantes en muestras más amplias que permitan generalizar sus resultados al mundo de análisis.(5)

Un estudio transversal realizado por Saldaña y Saquicela (2014) determinó la prevalencia del retraso psicomotor del desarrollo

y lo correlacionó con las características físicas de la familia, los servicios básicos de vivienda, la matrícula escolar, la dependencia económica de la familia y el hacinamiento. Desde febrero de 2014 hasta julio de 2014, colaboraron con 327 niños y niñas que fueron hospitalizados en pediatría HVCM entre 2 y 60 meses de edad. La prueba AIEPI identificó el desarrollo psicomotor a través de entrevistas, identificando necesidades Básicamente no satisfecho. Utilice la prevalencia (PR), el intervalo de confianza y la cuadrado chi para evaluar el riesgo.

La edad promedio es de 22,62 meses, el 57,2% de la población masculina, la prevalencia de retraso del desarrollo psicomotor es del 5,8% y la frecuencia de necesidades básicas insatisfechas es la siguiente: Vivienda: La dependencia económica de la familia es del 18,7% y 7,6% respectivamente; Los servicios básicos insatisfechos representaron el 19,6%, el ausentismo escolar representó el 11%, el hacinamiento representó el 12,5%. Se muestra estadísticamente el riesgo de que todos los indicadores no satisfagan las necesidades básicas del RDPM ($p < 0.05$), y la prevalencia es: condiciones de vivienda: 4.3 (1.6-11); dependencia económica familiar 5.2 (2.2-12.1) insatisfacción con los servicios básicos 4,5 (1,9-10,7), absentismo escolar 8,9 (3,9-20,6) y hacinamiento 5 (2,2-11,8). La conclusión es que las necesidades básicas insatisfechas están directamente relacionadas con el retraso del desarrollo psicomotor.(6)

Luare, Poblete y Flores (2014). El propósito de su investigación es conocer si los niños preescolares chilenos que no han recibido la intervención de los profesores de educación física se encuentran en línea con el nivel general de desarrollo motor. Utilizando métodos cuantitativos, el alcance de la descripción es un diseño no experimental con sección transversal.

La muestra es no probabilística, con un total de 173 escolares. Recibieron la prueba de desarrollo del ejercicio general ULRICH (2000). El nivel de desarrollo motor general de los estudiantes encuestados fue 11,7% muy pobre, 7,5% pobre, 32,9% bajo la edad,

41% en la edad, 4,6% sobre la edad, 1,7% superior. En la categoría muy alta, solo 0,6%. La conclusión es que el nivel global de desarrollo atlético requerido por la edad se da principalmente en las categorías de menor de edad, pobreza y muy pobre, lo que nos llevó a reconsiderar los profesionales que realizan ejercicio físico en este grupo de edad. (7)

Flores (2013) Trujillo-Perú, en su investigación profesional sobre el "Efectividad del Programa de Estimulación Temprana en el Desarrollo Psicomotor de Niños de 0 a 3 Años", trabajó con el grupo experimental (GE) y el grupo control (GC) por cada 50 Niños. La evaluación mostró que el desarrollo psicomotor aumentó significativamente en EG en aproximadamente 4 meses, lo que sugiere la utilidad actual del procedimiento y su durabilidad en el tiempo. CG también aumentó su desarrollo psicomotor, pero su porcentaje fue menor que EG, lo que indica que la falta de estimulación provocaría que su desarrollo psicomotor se estancara.

En comparación con los compañeros sin estimulación temprana, el uso de programas de estimulación temprana fue muy eficaz para aumentar la conducta psicomotora de los niños estimulados ($p = 0,001$). (8)

Muñoz, Méndez, Sánchez, Mandujano y Murata (2013), en "Interacciones anticipadas madre-hijo y predicción de desarrollo motor por medio de ecuaciones estructurales, Buenos Aires – Argentina"; realizaron un estudio longitudinal y adoptaron la estructura El modelo de ecuación (curva de crecimiento latente) reporta el efecto de la interacción recíproca madre-hijo en el desarrollo motor de niños de 4, 8 y 12 meses.

La conclusión es que el modelo puede mostrar que en los niños con riesgo perinatal, la interacción madre-hijo es un buen predictor del desarrollo motor en el primer año de vida.(9)

3.3. Base teórica

3.3.1. Desarrollo psicomotor

El desarrollo psicomotor es un proceso sistemático y continuo mediante el cual el niño adquiere gradualmente habilidades complejas que le permiten interactuar con personas, objetos y situaciones del entorno que lo rodea de diversas formas. Incluye funciones de aprendizaje e intelectuales, a través de las cuales pueden comprender y organizar su propio mundo, mejorar su capacidad para hablar el idioma, comprender, moverse, manipular objetos, interactuar con otros y su capacidad para sentir y expresar emociones.(10)

Hernández describió los 5 principios básicos del desarrollo psicomotor:

1. El desarrollo es un proceso continuo que depende básicamente de la madurez del sistema nervioso.
2. El desarrollo es siempre céfalo caudal.
3. La secuencia de desarrollo de todos los niños es la misma, pero la velocidad variará de persona a persona.
4. Al principio, el estímulo produjo una gran cantidad de respuestas, que fueron reemplazadas gradualmente por respuestas más específicas y personalizadas.
5. Antes de obtener el correspondiente movimiento voluntario, se deben perder algunos reflejos primitivos. (11)

Varios autores subdividieron el desarrollo de los niños pequeños en cuatro áreas de capacidad funcional:

1. Función motora gruesa.
2. Buena visión y función motora fina.
3. Lenguaje, habla y audición.
4. Desarrollo social, conductual y emocional. (12)

3.3.2. Desarrollo psicomotor normal

La adquisición de nueva capacidad sigue una secuencia constante, pero es independiente en cada región. Esto significa que los niños tienen diferentes habilidades en diferentes edades, lo que refleja el camino recorrido hasta entonces en el desarrollo psicomotor, el lenguaje, la manipulación de objetos y la interacción social. (13) . En este estudio, nos basamos en la prueba de evaluación del desarrollo psicomotor, que se incluye en AIEPI 2012.

3.3.3. Retraso en el Desarrollo Psicomotor.

La Academia Americana de Pediatría define los problemas del desarrollo psicomotor como todas las enfermedades crónicas de inicio temprano, que suelen tener dificultades para adquirir habilidades motoras, lingüísticas, cognitivas o sociales, y estos pueden afectar seriamente el desarrollo del niño.(14)

Este error ocurre cuando el comportamiento esperado no se puede lograr dentro de un determinado grupo de edad. Aunque algunos problemas del desarrollo pueden ser de corta duración, el retraso temprano puede estar relacionado con una discapacidad posterior, como parálisis cerebral, retraso mental, deterioro del lenguaje, autismo y problemas de aprendizaje. (15)

Los trastornos del neurodesarrollo también se asocian con un retraso en el desarrollo psicomotor además de las enfermedades neurológicas, la deserción escolar, las enfermedades mentales, los déficits de habilidades sociales, emocionales y conductuales, los problemas de aprendizaje y los trastornos de la edad adulta, las menores oportunidades laborales y la morbilidad.(16)

Como diagnóstico temporal, la comprensión del retraso psicomotor significa que los logros del desarrollo de un niño en los primeros tres años de su vida aparecen lentamente y / o experimentan

cambios cualitativos con la edad. Es necesario distinguir el retraso psicomotor global, que no solo afecta la adquisición motora, sino que también afecta la incidencia de las habilidades de comunicación, entretenimiento y resolución de problemas relacionados con la edad; en este caso, se puede considerar que el retraso psicomotor persistente en los primeros años puede ser el preludio de un futuro diagnóstico de retraso mental. En otros casos, el retraso solo es aparente en áreas específicas, como la adquisición posturomotrices (en la mayoría de los casos, acompañado de anomalías cualitativas en el tono muscular), el lenguaje o las habilidades de interacción social.(17)

Teniendo en cuenta todos los factores anteriores, una investigación cuidadosa y un seguimiento clínico de este tema ayudarán a aclarar si es:

1. Una variación normal del desarrollo que volverá a la normalidad antes de la edad escolar. (18) (19)
2. El retraso real causado por una estimulación insuficiente del entorno familiar y social también puede normalizarse si se ajustan la educación y el entorno de los niños.
3. Los retrasos reales principalmente posturo-motor provocados por enfermedades crónicas extraneurológicas (como desnutrición, celiaquía, cardiopatías congénitas, hospitalizaciones frecuentes y de larga duración, etc.), este retraso se compensará en la medida en que mejore la enfermedad de base general, y se tomarán las medidas educativas que la condición física del paciente permita.
4. Los defectos sensoriales aislados, especialmente la hipoacusia neurosensorial severa congénita, además de obstaculizar el desarrollo del lenguaje, también pueden causar cierta debilidad muscular, marcha lenta y, a veces, causar aislamiento social (20).

5. El preludio de un futuro déficit mental, cuyo diagnóstico concluyente, sobre todo en su grado ligero (esta es la posibilidad más común), no aparece hasta el final de la edad preescolar, tras repetidas pruebas psicométricas; en cambio, el déficit mental grave (con cociente intelectual inferior a 50) se muestra claramente ya desde los primeros años.
6. Primera manifestación de una enfermedad crónica no progresiva de control motor (diversas formas clínicas de parálisis cerebral infantil) o, más raramente, enfermedad neuromuscular congénita, con escasa o nula evolución clínica (ver procedimientos correspondientes).
7. Las habilidades motoras finas y / o gruesas muestran posteriormente torpeza selectiva (a menudo relacionada con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el trastorno de la coordinación del desarrollo).
8. La aparición de un trastorno del desarrollo global (trastorno de la gamma autista), especialmente a partir de la segunda mitad del segundo año, especialmente a partir de la segunda mitad del segundo año, sus habilidades sociales, de juego y funcionales, el lenguaje son seriamente insuficientes, la postura y el movimiento son normales. (21).

3.3.4. Signos de alerta

Los signos preocupantes del desarrollo psicomotor son aquellos que pueden hacernos sospechar que estamos ante una disfunción neurológica y, por tanto, podemos diagnosticarnos a tiempo. La señal de alarma es la expresión clínica de una variante del patrón de desarrollo normal, su existencia no necesariamente indica la presencia de una determinada neuropatología, sin embargo, su detección requiere un estricto seguimiento. (22)

Según Pérez, se conoce edades en las que el 95% de la población ha adquirido determinadas habilidades psicomotoras (23), por lo que se puede inferir que si un niño o niña no cumple con las destrezas de acuerdo a su edad se considera un signo de alerta en el desarrollo psicomotor.

En los primeros tres años de vida de un niño, la actitud práctica hacia el seguimiento clínico sigue el siguiente plan: (17)

Tras el nacimiento: Valoración de eventuales factores de riesgo. Examen neurológico y comportamental (EN-C). Observación de la motricidad espontánea (movimientos generales, según el método de Prechtl). Cribado de hipoacusia (otoemisiones acústicas, audiometría por potenciales evocados auditivos de tronco cerebral), de metabolopatías e hipotiroidismo de más frecuentes (fenilcetonuria, en nuestro país).

2-3 meses: EN-C. Observación de la motricidad espontánea y/o examen neurológico clásico. Ocasionalmente, segundo examen de audición, si persiste sospecha de hipoacusia o particulares factores de riesgo. Evaluación del entorno social y Familiar.

4-6 meses: EN-C, con especial cuidado a: reacciones posturales de cuello y tronco, manipulación, conducta visual e interacciones sociales tempranas. Cribado de foria ocular.

7-10 meses: EN-C, con especial cuidado a: sedestación, manipulación estable, Capacidades representativas básicas (permanencia de objeto, juegos de "aparecer-desaparecer", indicios de memoria episódica). Atención conjunta. Balbuceo imitativo y primeras sílabas.

12-14 meses: EN-C, con especial cuidado a: modalidad de desplazamiento autónomo, iniciación de la marcha. Manipulación con pinza pulgar-índice. cuidado conjunto. Gestos proto-declarativos y primeras palabras.

18-20 meses: EN-C, con especial atención a: calidad de la marcha independiente, uso de vaso y cuchara. Juego ficticio y simbólico, habilidades intersubjetivas. Léxico (comprensión) y vocabulario (expresión, más de 50 palabras; a estas edades es útil pedir a los padres que digan durante un minuto una relación de palabras diferentes que ellos han constatado que el niño emite en la actualidad: si multiplicamos por dos la cantidad de palabras recordadas, nos acercaremos bastante a la cifra real de términos distintos que el niño usa en su expresión). Aplicación de la CHAT para el cribado de comportamiento autista.

24-36 meses: EN-C, con especial cuidado a: Calidad de la marcha y del correteo. Conocimiento básico del esquema corporal. Intento de usar un lápiz. Registro de imágenes. Inicio de sintaxis (sujeto-verbo-objeto, algunos determinantes e inicio de flexiones verbales). Juego ficticio y de engaño. Comportamiento social en casa y en la guardería.

3.3.5. Evaluación del desarrollo psicomotor

El desarrollo de una persona está determinado por factores ambientales y genéticos, siendo la nutrición un componente primordial. El aporte adecuado de nutrientes permite un crecimiento armónico que refleja fielmente el potencial genético.

En cambio, la alimentación insuficiente e inadecuada puede afectar el ritmo de crecimiento. La menor expresión del potencial genético puede ser estable si ocurre en etapas tempranas y por períodos prolongados. (13)

Se plantean tres condiciones:

- a. Normal o probable retraso madurativo; posibilidad de hipo estimulación.
- b. Retraso psicomotor patológico, que puede ser global o de áreas concretas: motor, social o aislado del lenguaje cognitivo.
- c. Dudoso. En algunos casos solo la evolución en constantes consultas permite aclarar la duda.

Se sugiere vigilar la progresión del desarrollo en los controles de salud y la aplicación de pruebas estandarizadas de cribado frente a la sospecha clínica de déficit o bien a edades específicas. La Academia Americana de Pediatría recomienda el uso de test estandarizados a los 9, 18 y 30 meses de edad, y la norma técnica del Ministerio de Salud Nacional, a partir del año 2008, lo indica a los 8, 18 y 30 meses. (24)

3.3.6. Test peruano del desarrollo infantil

Permite medir el perfil general del desarrollo del niño que se evalúa, detecta retrasos orgánicos y funcionales, así mismo es eficaz para medir el impacto de cualquier programa de nutrición y estimulación del desarrollo que se establezca; el test debe ser aplicado de forma individual a cualquier niño entre el primer mes hasta los treinta meses de edad; teniendo como tiempo promedio de aplicación de 20 a 30 minutos. (25) (Ver anexo 1)

Entre sus objetivos se encuentra:

- a. Dar a conocer al cuidador, el suceso del desarrollo normal de su niño.
- b. Seguimiento del proceso de desarrollo del niño de acuerdo con su edad.
- c. Detectar oportunamente, cualquier signo de retraso del desarrollo.
- d. Estimular al niño a que consiga el máximo desarrollo de sus capacidades.

Líneas del desarrollo de los comportamientos seleccionados:

- a. Comportamiento motor postural.
- b. Comportamiento visomotor.
- c. Comportamiento del Lenguaje.
- d. Comportamiento personal – social.
- e. Inteligencia – aprendizaje.

Éstas son controladas de forma mensual hasta el primer año y luego a los 15, 18, 21, 24 y 30 meses; entre los cuales se encuentran 88 hitos de desarrollo.

Según la evaluación se puede indicar la siguiente interpretación:

- a. Riesgo para el trastorno del desarrollo: Debido a sus antecedentes, existen al menos de un factor de exposición, sin embargo, no hay variación de la línea de desarrollo a la izquierda de la edad cronológica actual.
- b. Desarrollo normal: Línea de desarrollo vertical.
- c. Alteración del desarrollo (retardo): Puede o no tener factores de riesgo, pero la línea de desarrollo está desviada a la izquierda de la E.C actual según el Test.

3.4. Hipótesis

La prevalencia de trastornos del retraso psicomotor en niños atendidos en la Clínica San Juan de Dios es equiparable a las de otros estudios nacionales.

3.5. Identificación de la variable

Variable: Retraso Psicomotor

3.6. Operacionalización de las variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Índices	Escala	Instrumento
V1. Variable	Retraso psicomotor	Logros de desarrollo de un niño en los primeros tres años de su vida cambian lentamente con la edad y / o cambios cualitativos	Líneas de comportamiento seleccionadas	• Comportamiento motor postural. • Comportamiento visomotor. • Comportamiento del Lenguaje. • Comportamiento personal – social. • Inteligencia – aprendizaje.	88 Hitos del desarrollo de la niña y niño de 0 a 30 meses	• Riesgo para el trastorno del desarrollo. • Desarrollo normal • Trastorno del desarrollo (retardo)	Test peruano de desarrollo infantil

IV. Marco Metodológico

4.1. Tipo de investigación.

Descriptivo – Trasversal.

4.2. Diseño de investigación / Contrastación de hipótesis.

La presente investigación es de tipo Descriptiva y Transversal. Según Hernández (2010) el estudio no experimental “se realiza sin la manipulación deliberada de variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos” (26)

Asimismo, es descriptivo, porque se puede obtener una visión general de la cuestión a investigar asociando el problema a resolver con las variables identificadas. Transversal, porque puede medir tanto la incidencia del despliegue como el impacto en la muestra global, es decir, puede estimar el tamaño y distribución del fenómeno en un momento dado.

4.3. Población y muestra

La población estuvo conformada por todos los niños menores de treinta (30) meses, asistentes a la Clínica San Juan de Dios de Chiclayo, de los cuales, treinta y ocho (38) pertenecen al sexo femenino y veintitrés (23) pertenecen al sexo masculino, haciendo un total de sesenta y un (61) niños evaluados.

La Muestra será no probabilística y por conveniencia, teniendo en cuenta su disponibilidad, los cuales fueron:

n= 61 niños.

4.4. Materiales, técnicas e instrumentos de recolección de datos

Los materiales empleados fueron: Lápiz, borrador, corrector, hojas bond entre otros.

Las técnicas son escalas de valoración y observación; asimismo los datos se procesaron mediante técnicas estadísticas del programa SPSS Versión 24 español.

El instrumento fue: Test peruano de desarrollo infantil.

4.5. Análisis estadístico de los datos

La estadística descriptiva se utiliza para: además del análisis de frecuencias, también incluye la media, mediana, moda y desviación estándar, por lo que, dependiendo de la situación, los resultados se presentan en forma de tablas unidimensionales y bidimensionales.

Todo el análisis estadístico de los datos se procesó en el software español SPSS versión 24, y se utilizó como ayuda el programa Excel, 2015.

V. Resultados

Los resultados se presentan a continuación mediante tablas:

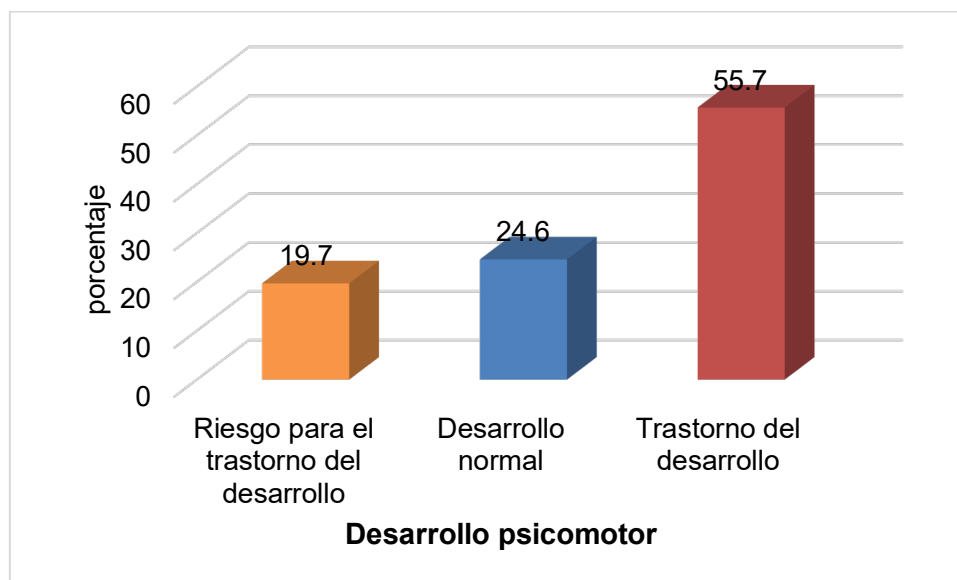
Tabla 1

Prevalencia del retraso psicomotor medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017

	<i>f</i>	%
Riesgo para el trastorno del desarrollo	12	19.7
Desarrollo normal	15	24.6
Trastorno del desarrollo	34	55.7
Total	61	100.0

Fuente: Test Peruano de Desarrollo

Figura 1. Prevalencia del retraso psicomotor medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017



En la tabla 1, se observa que la prevalencia del retraso del desarrollo psicomotor en niños menores de 30 meses, medido mediante el “Test peruano de desarrollo” es del 55.7%, el 24.6% de los niños presentan un desarrollo normal y el 19.7% de los niños tiene riesgo para el trastorno del desarrollo.

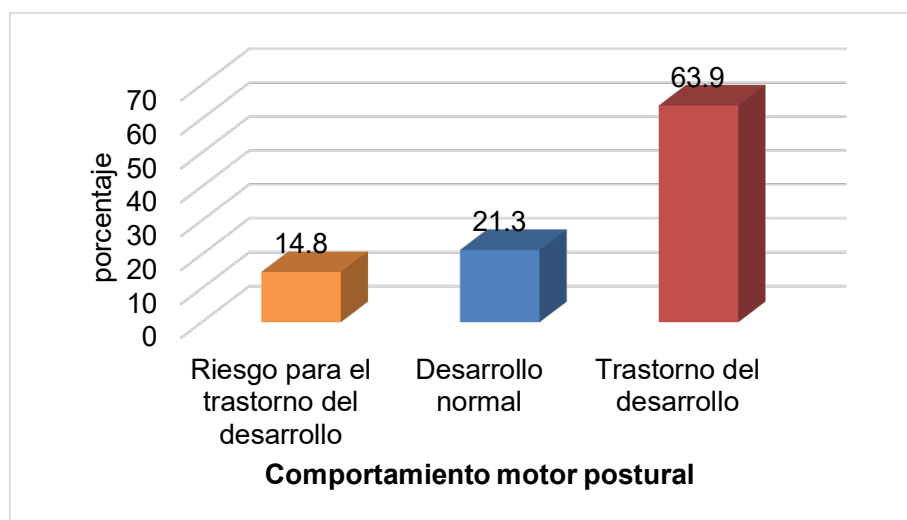
Tabla 2

Prevalencia del retraso psicomotor en la dimensión comportamiento motor postural medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017

	<i>f</i>	%
Riesgo para el trastorno del desarrollo	9	14.8
Desarrollo normal	13	21.3
Trastorno del desarrollo	39	63.9
Total	61	100.0

Fuente: Test Peruano de Desarrollo

Figura 2. Prevalencia del retraso psicomotor en la dimensión comportamiento motor postural medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017



En la tabla 2, se observa que la prevalencia mayor del retraso del desarrollo psicomotor en la dimensión motor personal en niños menores de 30 meses, medido mediante el “Test peruano de desarrollo” es del 63.9%, el 21.3% de los niños presentan un desarrollo normal y el 14.8% de los niños tiene riesgo para el trastorno del desarrollo motor postural.

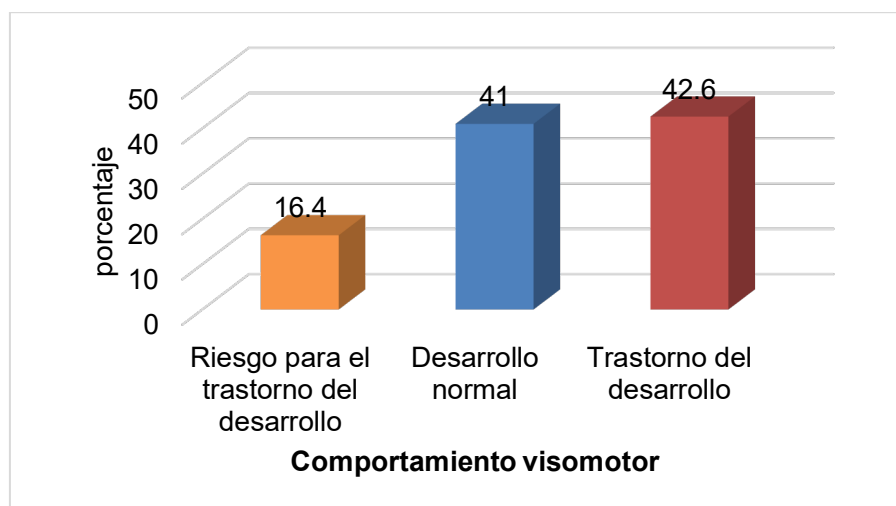
Tabla 3

Prevalencia del retraso psicomotor en la dimensión comportamiento visomotor medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017.

	<i>f</i>	%
Riesgo para el trastorno del desarrollo	10	16.4
Desarrollo normal	25	41.0
Trastorno del desarrollo	26	42.6
Total	61	100.0

Fuente: Test Peruano de Desarrollo

Figura 3. Prevalencia del retraso psicomotor en la dimensión comportamiento visomotor medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017.



En la tabla 3, se observa que la prevalencia mayor del retraso del desarrollo psicomotor en la dimensión visomotor en niños menores de 30 meses, medido mediante el “Test peruano de desarrollo” es del 42.6%, el 41% de los niños presentan un desarrollo normal y el 16.4% de los niños tiene riesgo para el trastorno del desarrollo visomotor.

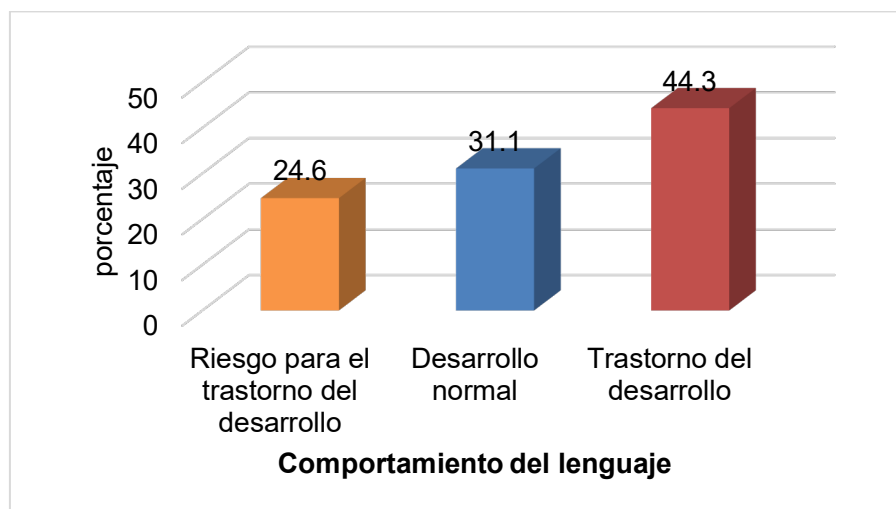
Tabla 4

Prevalencia del retraso psicomotor en la dimensión comportamiento del lenguaje medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017

	<i>f</i>	%
Riesgo para el trastorno del desarrollo	15	24.6
Desarrollo normal	19	31.1
Trastorno del desarrollo	27	44.3
Total	61	100.0

Fuente: Test Peruano de Desarrollo

Figura 4. Prevalencia del retraso psicomotor en la dimensión comportamiento del lenguaje medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017



En la tabla 4, se observa que la prevalencia mayor del retraso del desarrollo psicomotor en la dimensión del lenguaje en niños menores de 30 meses, medido mediante el “Test peruano de desarrollo” es del 44.3%, el 31.1% de los niños presentan un desarrollo normal y el 24.6% de los niños tiene riesgo para el trastorno del desarrollo de lenguaje.

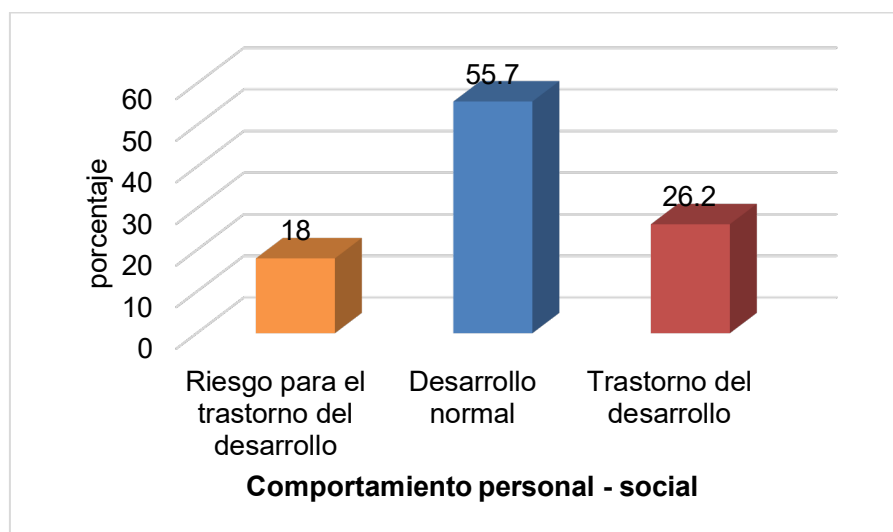
Tabla 5

Prevalencia del retraso psicomotor en la dimensión comportamiento personal - social medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017

	<i>f</i>	%
Riesgo para el trastorno del desarrollo	11	18.0
Desarrollo normal	34	55.7
Trastorno del desarrollo	16	26.2
Total	61	100.0

Fuente: Test Peruano de Desarrollo

Figura 5. Prevalencia del retraso psicomotor en la dimensión comportamiento personal - social medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017



En la tabla 5, se ha observado que entre los menores de 30 meses, la tasa de prevalencia más alta muestra un desarrollo psicomotor normal en la personalidad social personal, medido mediante el “Test peruano de desarrollo” es del 26.2% de los niños presentan trastorno del desarrollo y el 18% de los niños tiene riesgo para el trastorno del desarrollo personal social.

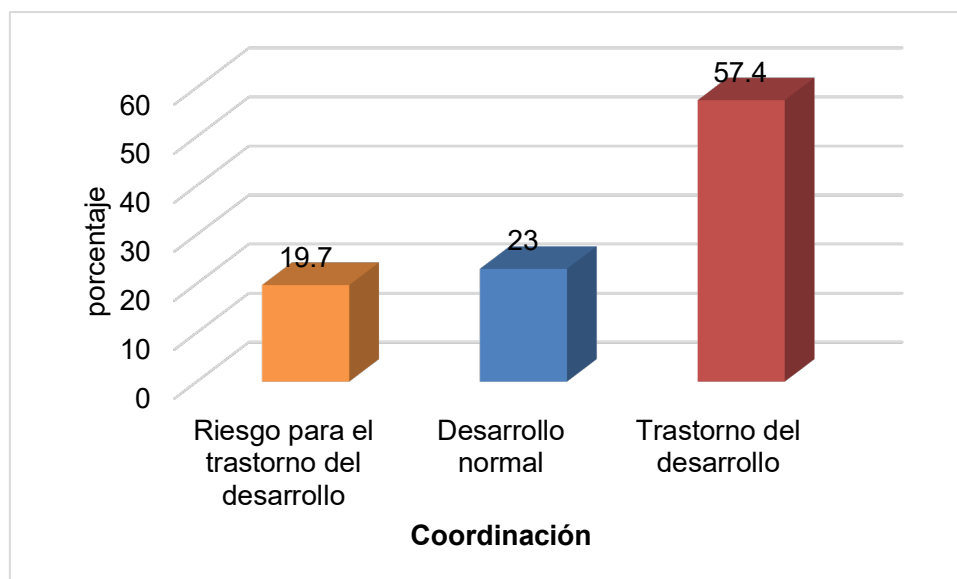
Tabla 6

Prevalencia del retraso psicomotor en la dimensión coordinación medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017

	<i>f</i>	%
Riesgo para el trastorno del desarrollo	12	19.7
Desarrollo normal	14	23.0
Trastorno del desarrollo	35	57.4
Total	61	100.0

Fuente: Test Peruano de Desarrollo

Figura 6. Prevalencia del retraso psicomotor en la dimensión coordinación medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017



En la tabla 6, se observa que la prevalencia mayor del retraso del desarrollo psicomotor en la dimensión motor personal en niños menores de 30 meses, medido mediante el “Test peruano de desarrollo” es del 63.9%, el 21.3% de los niños presentan un desarrollo normal y el 14.8% de los niños tiene riesgo para el trastorno del desarrollo motor postural.

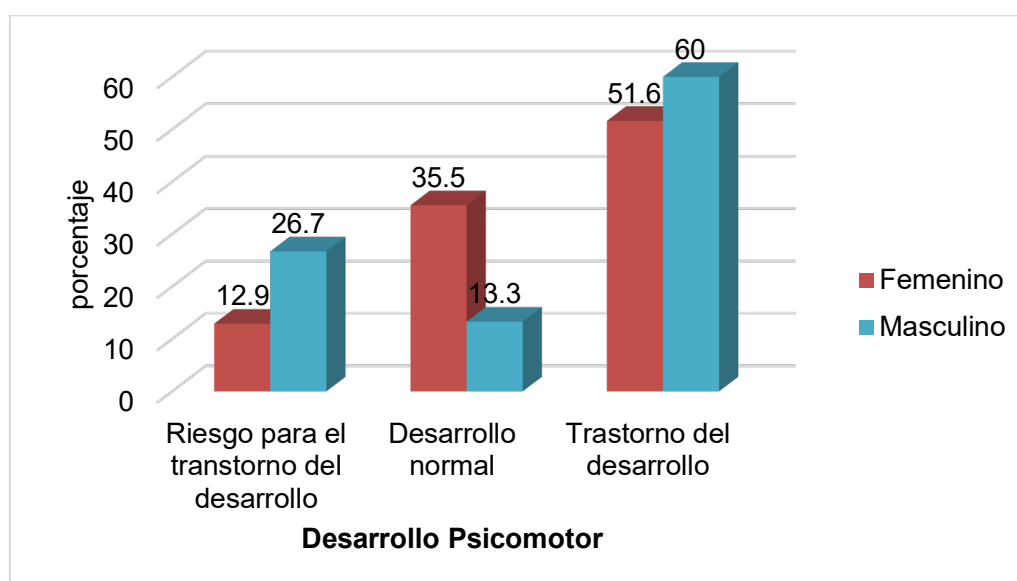
Tabla 7

Identificar el porcentaje de niños con retraso del desarrollo psicomotor medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017, según sexo.

	Riesgo para el trastorno del desarrollo		Desarrollo normal		Trastorno del desarrollo		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Femenino	4	12.9	11	35.5	16	51.6	31	100
Masculino	8	26.7	4	13.3	18	60	30	100
Total	12	19.7	15	24.6	34	55.7	61	100

Fuente: Test Peruano de Desarrollo

Figura 7. Identificar el porcentaje de niños con retraso del desarrollo psicomotor medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017, según sexo.



En la tabla 7 se observa que el trastorno del desarrollo psicomotor presenta mayor prevalencia en los niños menores de 30 meses en un 60% mientras que las niñas menores de 30 meses tienen una prevalencia de trastorno del desarrollo en un 51.6%, así mismo también se observa que las niñas tienen mayor proporción de desarrollo normal de 35.5% que los niños en proporción del 13.3%, y los niños en proporción del 26.7% presentan mayor riesgo para el trastorno del desarrollo que las niñas en proporción del 12.9%.

VI. Discusión de resultados

La prevalencia es el número total de personas que tienen síntomas o tienen una determinada enfermedad durante un período de tiempo dividido por el número de personas que pueden tener la enfermedad. La prevalencia es un concepto estadístico utilizado en epidemiología, especialmente al planificar la política de salud de un país.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación, la prevalencia del retraso del desarrollo psicomotor medido mediante el “Test peruano de desarrollo” presenta mayor prevalencia en los niños menores de 30 meses en un 60% mientras que las niñas menores de 30 meses tienen una prevalencia de trastorno del desarrollo en un 51.6% (Tabla N° 7) Estos resultados coinciden con lo hallado por Moreno & Barahona (2016) quienes hallaron en su investigación una prevalencia del retraso del desarrollo psicomotor de 33,3 %; y también con la de Saldaña y Saquicela (2014) quienes encontraron una prevalencia de retraso del desarrollo psicomotor fue de 5,8% (6). Es necesario explicar que los pacientes con retrasos en el desarrollo tienen problemas con la adquisición de habilidades motoras, lingüísticas, sociales o cognitivas, que pueden afectar seriamente el desarrollo de un niño. (14); por lo tanto existe fracaso en el logro de un proceder necesarios esperados para una determinada edad.

El desarrollo de la psicomotricidad es un proceso continuo, desde la concepción hasta la madurez del niño. A partir del útero, el nacimiento es otro comportamiento en este proceso, que se ve afectado por factores ambientales, en el estudio hallamos que la mayoría de los pacientes menores a 30 meses presentan Trastorno del desarrollo psicomotor, lo que significa que puede tener factores de riesgo, se ha encontrado que la prevalencia del retraso del desarrollo psicomotor en estos niños menores de 30 meses es como sigue: el 55.7% tiene trastorno del desarrollo y el 24.6% de los niños presentan un desarrollo madurativo normal y el 19.7% de los niños tiene una exposición para el trastorno del desarrollo,(Tabla 1), es decir que la línea de desarrollo tiene una desviación a la izquierda

de la edad cronológica actual registrada en el Test Peruano del Desarrollo. (25).

La investigación tiene trascendencia, porque al realizar el control de crecimiento y desarrollo de los niños menores de 30 meses de la Clínica San Juan de Dios, 2017, tiene como objetivo mejorar su capacidad psicomotora mediante la detección precoz de riesgos, perturbaciones o alteraciones en estos procesos, la atención oportuna, y la promoción de la salud y la atención adecuada y parental a nivel familiar.

Proporcionar a los niños un lenguaje de acuerdo con las necesidades de expresar emociones es inicialmente un intercambio para satisfacer las necesidades físicas de los niños y expresar su insatisfacción. Para adquirir un lenguaje adecuado, los niños deben realizar las funciones de succionar, tragar, morder y masticar. La presente investigación obtuvo en la dimensión del lenguaje en niños menores de 30 meses, medido mediante el test peruano de desarrollo es del 44.3%, el 31.1% de los niños presentan un desarrollo normal y el 24.6% de los niños tiene riesgo para el trastorno del desarrollo de lenguaje. (Tabla N°4)

El campo visomotor incluye: habilidades motoras gruesas, que se refiere a la postura, el equilibrio, la posición y la madurez en el desarrollo de la marcha. Este es un hito en el desarrollo del bebé, a medida que el sistema nervioso del bebé madura, puede mejorar los movimientos incontrolados, aleatorios e involuntarios. El estudio encontró que la prevalencia mayor del retraso del desarrollo psicomotor en la dimensión visomotor en niños menores de 30 meses, medido mediante el test peruano de desarrollo es del 42.6%, el 41% de los niños presentan un desarrollo normal y el 16.4% de los niños tiene riesgo para el trastorno del desarrollo visomotor. (Tabla N°3)

El comportamiento social se manifiesta como el comportamiento del niño en el proceso de desarrollo. Este comportamiento es el resultado de su aprendizaje mental, físico y emocional. El niño encuentra que los

cambios permanentes con el entorno son importantes para su relación social, lo que hace que la vida del niño El rendimiento será mejor. Todo esto no solo se sustenta en nuestras observaciones, actuaciones e interacciones en el mundo, pues siempre estamos inmersos en diferentes estímulos que nos afectan de una forma u otra, revelando así que nuestro instinto está motivado por la razón. La investigación observa que la prevalencia mayor presenta desarrollo normal psicomotor en la dimensión personal social personal en niños menores de 30 meses, medido mediante el test peruano de desarrollo es del 26.2% de los niños presentan trastorno del desarrollo y el 18% de los niños tiene riesgo para el trastorno del desarrollo personal social. (Tabla N°5)

Respecto al número de hitos evaluados, un tercio de los evaluados presenta retraso en 10 a 12 hitos de desarrollo definidos en el test peruano de desarrollo que representan la totalidad de comportamiento observados, tales como comportamiento motor postural, comportamiento visomotor, comportamiento del Lenguaje, comportamiento personal – social e Inteligencia – aprendizaje.

Asimismo los resultados evidencian que existe una diferencia mínima en cuanto al sexo de los pacientes que presentan trastorno del desarrollo, ya que tanto hombres y mujeres presentan porcentajes parecidos en cuanto a la prevalencia del retraso del desarrollo.

VII. Conclusiones

Primero

Después de realizar la presente investigación se observa que las niñas tienen mayor proporción de desarrollo normal de 35.5% que los niños en proporción del 13.3%, y los niños en proporción del 26.7% presentan mayor riesgo para el trastorno del desarrollo que las niñas en proporción del 12.9%, se debe agregar que se observa que el trastorno del desarrollo psicomotor presenta mayor prevalencia en los niños menor de 30 mes en un 60% mientras que las niñas menores de 30 meses tienen una prevalencia de trastorno del desarrollo en un 51.6%.

Segundo

Concluimos que un tercio de los evaluados presenta retraso en 10 a 12 hitos de desarrollo definidos en el test peruano de desarrollo.

Tercero

No existen diferencias significativas en el retraso del desarrollo según el sexo del paciente.

VIII. Recomendaciones

Primero

Durante el periodo prenatal se recomienda llevar un adecuado control gestacional, a fin de identificar oportunamente factores de riesgo que interfieran con el desarrollo normal del niño; considerando para ello indispensable mantener un cuidado gestacional adecuado.

Segundo

Durante el parto; en casos donde el recién nacido ha tenido alguna complicación es importante acudir a los profesionales de salud especializados con el objetivo de favorecer una intervención temprana.

Tercero

A los profesionales de salud se les recomienda promover programa de difusión sobre la importancia de un desarrollo infantil normal; aprovechando sus capacidades para sensibilizar a los cuidadores primarios de estar atentos al proceso de desarrollo de sus niños.

IX. Asentamiento Bibliográfico

1. Purves D. Neurociencia. Quinta edición ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2016.
2. Ayres J. La Integración Sensorial y el Niño. Primera Edición ed. Mexico: Trillas S.A.; 1998.
3. Coutiño León B. Desarrollo Psicomotor. Rev Mex Med Física y Rehabil. 2002 Abril - Diciembre; Volumen 14(Numero 2-4).
4. Canetti A, Shwartzman L. Crecimiento, desarrollo y bienestar infantil en condiciones de pobreza. Centro Interdisciplinario de Infancia y Pobreza (CIIP) - Espacio Interdisciplinario - UDELAR. 2014; I(1-25).
5. Moreno Mora R, Barahona Anangono M. Maltrato infantil y factores sociodemográficos–ambientales asociados a niños con retraso del desarrollo psicomotor. Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía. 2016; 6(17-25).
6. Saldaña Ochoa CS, Saquicela Carpio DE. Prevalencia del Retraso en el Desarrollo Psicomotor y su Relación con las Necesidades Básicas Insatisfechas. 2014..
7. Luare RC, Poblete VF, Flores RC. Nivel de desarrollo motor grueso en preescolares sin intervención de profesores de Educación Física. Revista Ciencias de la Actividad Física UCM. 2014; 15(1)(7-16).
8. Flores Aguilar J. Efectividad del programa de estimulación temprana en el desarrollo psicomotor de niños de 0 a 3 años. vida's centro de la familia. 2014..
9. Muñoz Ledo R, Méndez Ramírez I, Sánchez Pérez C, Mandujano Valdés M, Murata C. Interacciones temprana Madre-Hijo y predicción de

DesarrolloMotor mediante Ecuaciones Estructurales. Revista Interdisciplinaria. 2013; II(119 - 138).

10. Antolin M. Como Estimular el desarrollo de los niños y despertar sus capacidades: Para Padres y Educadores. Primera ed. Buenos Aires: Círculo Latino Austral; 2006.
11. Aragon Díaz PL. Pie plano y la Educación Física. Educación Física. Boletín médico del Hospital Infantil de México. 2017 sep./oct. ; vol.74(no.5).
12. Gutiez P. La educación infantil: modelos de atención a la infancia. Revista Complutense. 1995; I(101 - 113).
13. Kovacs FM. Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria: Euskal Herriko Lehen Mailako - Pediatría Elkarte. [Online]. [Online].; 2017 [cited 2017 noviembre 11. Available from: www.avpap.org/documentos/jornadas2004/kovacs.htm.
14. Lejarraga H. Enfoque Pediátrico del Desarrollo y sus Problemas. Desarrollo del Niños en Contexto. Primera ed. Buenos Aires: Paidós; 2004.
15. Rodríguez S, Arancibia V, Undurraga C. Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0-24 meses. 3rd ed. Santiago de Chile: Galdoc; 1978.
16. Schonhaut B, Schonstedt G, Álvarez L, Salinas A, Armijo L. Desarrollo Psicomotor en Niños de Nivel Socioeconómico Medio-Alto. Scielo - Revista Chile Pediatría. 2013 Marzo; 81 (2)(123-128).
17. Narbona J, Schlumberger E. Retraso Psicomotor. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP. Neurología Pediátrica. 2008; 21(151-156).
18. Doenna T. Variaciones de los primeros estados de desarrollo motor. Significación de las habilidades o anomalías del desarrollo. Pronóstico postural y locomotor. Medicina e Higiene. 1986; 44(2861-2867).
19. Fernández-Alvarez E. Desarrollo Psicomotor. Tercera ed. Buenos Aires: Panamericana; 2007.
20. Schlumberger E, Narbona J. Retraso psicomotor. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neurología Pediátrica. Primera ed. Madrid: Asociación Española de Pediatría. ; 2008.

21. Riviéve A. Tratamiento y definición del espectro autista. I y II. In Riviéve A, Martos J. El tratamiento del Autismo. Madrid: MTAS-IMSERSO. El tratamiento del Autismo. Madrid: MTAS-IMSERSO. 1997; II(61-160.).
22. Jubert Rosich A, Villarroya Luna J, Martinez Pons M, Albors Esteve P. Signos de alarma en el desarrollo psicomotor. [Online].; 2013 [cited 2017 Enero 25. Available from:
http://www.aepap.org/avalpap/signos_alarma_psicomotor.pdf.
23. Pérez-Olarte P. Evaluación y manejo del niño con retraso psicomotor. Pediatría Integral. [Online].; 2013 [cited 2017 Enero 25. Available from:
<http://es.scribd.com/doc/68800841/Evaluacion-y-manejo-del-nino-conRetraso-Psicomotor>.
24. Avaria M. Pediatría del desarrollo y comportamiento. Revista Pediatría Electrónica. 2005; Vol 2(N° 1).
25. Ministerio de Salud - Perú. Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niños y el Niño menor de Cinco años. Primera ed. Lima: Dirección General de Salud de las Personas; 2011.
26. Hernandez I, Fernandez C. Metodología de la investigacion México: McGraw Hill; 2010.

Anexos

Matriz de consistencia

Prevalencia del retraso psicomotor medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017.

Problema de investigación	Objetivos de la investigación	Hipótesis	Variable de estudio	Metodología
Problema General: ¿Cuál es la prevalencia del retraso psicomotor medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017?	Objetivo general: Identificar la prevalencia del retraso psicomotor medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017	Existe alta prevalencia del retraso psicomotor medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017.	Variable única • Retraso Psicomotor	Tipo Descriptivo– Transversal. Diseño No experimental Población La población de estudio corresponde a los turistas visitantes al distrito de Calca 2019. Muestra La muestra está conformada por (61) niños que asisten a la Clínica San Juan de Dios de Chiclayo, 2017. Método Cuantitativo Técnicas e instrumentos de recolección de datos: ☐ Test peruano de desarrollo infantil.
Problemas Específicos: ¿Cuál es la prevalencia del retraso psicomotor en la dimensión comportamiento motor postural medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017?	Objetivos Específicos: Identificar la prevalencia del retraso psicomotor en la dimensión comportamiento motor postural medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017.			
¿Cuál es la prevalencia del retraso psicomotor en la dimensión comportamiento visomotor medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017?	Identificar la prevalencia del retraso psicomotor en la dimensión comportamiento visomotor medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017.			
¿Cuál es la prevalencia del retraso psicomotor en la dimensión comportamiento del lenguaje medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017?	Identificar la prevalencia del retraso psicomotor en la dimensión comportamiento del lenguaje medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017.			
¿Cuál es la prevalencia del retraso psicomotor en la dimensión comportamiento personal – social medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017?	Identificar la prevalencia del retraso psicomotor en la dimensión comportamiento personal – social medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017.			

¿Cuál es la prevalencia del retraso psicomotor en la dimensión coordinación medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017?	Identificar la prevalencia del retraso psicomotor en la dimensión coordinación medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017.			Análisis estadístico de los datos Análisis cuantitativo
¿Cuál es el porcentaje de niños con retraso del desarrollo psicomotor medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017, según sexo?	Identificar el porcentaje de niños con retraso del desarrollo psicomotor medido con el “Test peruano de desarrollo” en la Clínica San Juan de Dios, 2017, según sexo.			

49

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Nayla Iliana Dávila Vásquez, con DNI N°70496871, he leído correctamente lo estipulado con anterioridad, así mismo, he leído correctamente la normativa anterior y se me ha informado de la finalidad de esta investigación. Aunque los resultados aquí obtenidos serán publicados con fines científicos, mis datos personales y mi centro de estudios se mantendrán anónimo.

Finalmente, el investigador es responsable de responder todas las preguntas sobre el cuestionario.

_____ de _____ de 2019.