



**UNIVERSIDAD PARTICULAR DE
CHICLAYO**



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA
ESPECIALIDAD TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

TESIS

**CARACTERIZACIÓN DEL RETRASO PSICOMOTOR EN LA
ASOCIACIÓN DE FAMILIAS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD
AFAPED DURANTE EL 2020**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN TECNOLOGÍA
MÉDICA - ESPECIALIDAD TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

Autor

ACOSTA SUCLUPE, JOHNY ALEJANDRO

Asesor

Mg. OSCAR MANTECON LICEA (0000-0001-5131-5852)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Pimentel, Perú, 2021


Mg. OSCAR MANTECON LICEA
Carné de Extranjero 002807780

APROBADO PARA CONTINUAR TRÁMITES

DEDICATORIA

A mis padres, por su constante apoyo y grandes sacrificios, para que pueda alcanzar mi meta de convertirme en un buen profesional y ser una mejor persona.

Johny

AGRADECIMIENTO

A Dios por ser fuente de inspiración, por demostrarme tantas veces su existencia y por darme el valor para seguir luchando para conseguir mis metas trazadas.

A mi asesor, Mg. Oscar Mantecon Licea, por su coherente orientación y de una manera eficiente hacer posible la culminación de esta tesis.

El autor

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Índice de tablas.....	05
Índice de figuras.....	06
Resumen.....	07
Abstract.....	08
I. INTRODUCCIÓN.....	09
II. DESARROLLO.....	12
III. METODOLOGÍA.....	21
3.1. Tipo de investigación.....	21
3.2. Diseño de investigación.....	21
3.3. Variables y operacionalización.....	22
3.4. Población, muestra y muestreo.....	25
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	25
3.6. Procedimientos de recolección de datos.....	25
3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	26
IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	27
V. CONCLUSIONES.....	44
REFERENCIAS.....	46
ANEXOS.....	50

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad de las personas de la Asociación de Familias con discapacidad...	27
Tabla 2 Género de las personas de la Asociación de Familias con discapacidad	28
Tabla 3. Procedencia de las personas de la Asociación de Familias con discapacidad.....	29
Tabla 4. Datos agrupados sobre el nivel socio económico y cultural de las personas de la Asociación de Familias con discapacidad (N.S.E.C.).....	30
Tabla 5. Tipo de vivienda.....	31
Tabla 6. Material de construcción.....	32
Tabla 7. Grado de instrucción.....	33
Tabla 8. Categoría ocupacional.....	34
Tabla 9. Ingreso mensual.....	35
Tabla 10. Persona por cama.....	36
Tabla 11. Personas por pieza.....	37
Tabla 12. Tipo de cocina.....	38
Tabla 13. Servicios higiénicos.....	39
Tabla 14. Luz eléctrica.....	40
Tabla 15. Agua potable.....	41
Tabla 16. Tipo de trastorno y observaciones de las personas de la Asociación de Familias con discapacidad.....	42
Tabla 17. Principales características de los trastornos de las personas de la Asociación de Familias con discapacidad.....	43

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Edad de las personas de la Asociación de Familias con discapacidad..	27
Figura 2 Género de las personas de la Asociación de Familias con discapacidad	28
Figura 3. Procedencia de las personas de la Asociación de Familias con discapacidad.....	29
Figura 4. Datos agrupados sobre el nivel socio económico y cultural de las personas de la Asociación de Familias con discapacidad (N.S.E.C.).....	30
Figura 5. Tipo de vivienda.....	31
Figura 6. Material de construcción.....	32
Figura 7. Grado de instrucción.....	33
Figura 8. Categoría ocupacional.....	34
Figura 9. Ingreso mensual.....	35
Figura 10. Persona por cama.....	36
Figura 11. Personas por pieza.....	37
Figura 12. Tipo de cocina.....	38
Figura 13. Servicios higiénicos.....	39
Figura 14. Luz eléctrica.....	40
Figura 15. Agua potable.....	41
Figura 16. Tipo de trastorno y observaciones de las personas de la Asociación de Familias con discapacidad.....	42
Figura 17. Principales características de los trastornos de las personas de la Asociación de Familias con discapacidad.....	43

RESUMEN

El presente estudio se realizó con el objetivo de Caracterizar el retraso psicomotor en la asociación de familias de personas con discapacidad AFAPED durante el 2020; se desarrolló un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo; la población muestral estuvo conformada por 38 personas con discapacidad de la AFAPED; la muestra fue el total de la población (38); es decir, estamos frente a una población muestral. Entre sus principales resultados tenemos: el mayor porcentaje se encuentra en aquellos cuyas edades es menor a 18 años, con el 52.63%, predominó en el género masculino, con el 71.05%, el 71.05% proceden de la zona urbana; asimismo, según la Cédula Sociológica, el nivel socio económico y cultural de la familia de las personas con discapacidad, el 73.68% corresponde a un nivel bajo. Y el 42.11% tienen como principal tipo de trastorno a la epilepsia. Se concluye que, dentro de las características de las personas con discapacidad en la AFAPED durante el 2020, están referidas a la edad, al género, al lugar de procedencia; asimismo, el nivel socio económico y cultural bajo y la epilepsia.

Palabras clave: caracterización, retraso, psicomotor, discapacidad.

ABSTRACT

The present study was carried out with the objective of characterizing psychomotor retardation in the association of families of people with disabilities AFAPED during 2020; a descriptive, longitudinal and retrospective study was developed; The sample population was made up of 38 people with disabilities from AFAPED; the sample was the total population (38); that is, we are dealing with a sample population. Among its main results we have: the highest percentage is found in those whose ages are under 18 years, with 52.63%, predominated in the male gender, with 71.05%, 71.05% come from the urban area; Given that, according to the Sociological Certificate, the socioeconomic and cultural level of the family of people with disabilities, 73.68% corresponds to a low level. And 42.11% have epilepsy as the main type of disorder. It is concluded that, within the characteristics of people with disabilities in the AFAPED during 2020, they refer to age, gender, place of origin; low socioeconomic and cultural level and epilepsy.

Keywords: characterization, delay, psychomotor, disability.

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (2014-2021), refiere que la discapacidad representa en la actualidad un problema internacional de salud en trece países; por lo tanto, la población afectada se asocia con más probabilidades de tener escasos recursos y no tener un nivel de educación adecuado¹.

El Banco Mundial de discapacidad (2019), realizó una investigación y afirma que hay aproximadamente cerca de 1000 millones de personas que presentan algún tipo de discapacidad, lo cual se manifiesta en un mayor porcentaje en aquellos países en desarrollo².

El retraso global del desarrollo o “retraso psicomotor” se encuentra de acuerdo a la clasificación DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) dentro del grupo de los “Trastornos del Neurodesarrollo”, referidas a los desequilibrios en el desarrollo neurológico que empieza en la infancia³.

Se calcula, que entre el 23 al 78% de los pacientes

según las diferentes series, que en un 23-78% de los pacientes con retraso en el desarrollo global y retardo intelectual aún no se ha establecido una causa determinada. Sin embargo, esto puede cambiar de acuerdo al sitio geográfico y según la gravedad del retardo. En los infantes con DI grave, generalmente la causa llega a ser de hasta el 80% de los casos⁴. Los adelantos respecto a las técnicas de neuroimagen y sobre todo de la genética, han incrementado las expectativas de diagnosticar el origen concreto. En una investigación realizada por Han y cols. en 75 niños con RGD/DI, se administraron distintas técnicas genéticas y resonancia cerebral, con lo cual se logró identificar una causa no reconocida en el 71% de los pacientes⁵.

En el Perú en un estudio realizado por Cutipa en el 2019, encontró que el desarrollo psicomotor en los estudiantes del II ciclo de EBR de una institución educativa pública del Callao, de los 82 estudiantes, 15,9% (13) se encontraron en el nivel retraso, 34,1% (28) en el nivel riesgo y el 50,0% (41) en el nivel normal. La mitad de los niños esta dimensión alcanzó el nivel de desarrollo psicomotor de acuerdo a lo esperado en la edad cronológica y la otra mitad presenta un referente de medida cierto retraso psicomotor⁶.

Otro estudio es el realizado por Vidal en el 2017, quien encontró que el desarrollo psicomotor en niños de 3 años, se ubicó en nivel normal con el 55%, en el riesgo con el 30% y en retraso del desarrollo psicomotor con el 15%⁷.

De igual forma, Cabrera en el 2017 estudia el Desarrollo Psicomotor en los estudiantes de 3 años, y se aplicó el test de TEPSI obteniendo que el desarrollo psicomotor alcanzó el nivel normal con el 58%, riesgo con el 30% y el retraso psicomotor con el 12%⁸.

En la región Lambayeque, aproximadamente 43096 personas padecen de cierto tipo de discapacidad, de los cuales solo el 15.6% son de la población económicamente activa, y solo 5024 realizan algún tipo de trabajo, lo cual se deduce que existe discriminación lo cual impide la inserción laboral⁹.

A nivel local, La asociación AFAPED es una institución autogestionaria sin fines de lucro nace hace 12 años, como una necesidad de 50 padres de familias de recibir asistencia para sus hijos con discapacidades intelectuales, tales como síndrome de Down, retardo mental leve, moderado y severo, autismo, parálisis cerebral infantil, retraso psicomotor, microcefalia, y discapacidades múltiples. Se organizaron para gestionar ante la entidades públicas la ayuda que necesitaban, y apelando a la ley 29973, que claramente indica sobre la asistencia efectiva en la vida política, económica, social, cultural y tecnológica de nuestro país; lamentablemente a pesar de tener innumerables reuniones con autoridades gubernamentales, no se consiguió una ayuda efectiva y eficaz, pero esto lejos de desanimarlas las fortaleció e hizo que fueran las propias madres quienes se organizaran para conseguir desarrollar talleres formativos con la ayuda de amigos y grupos de voluntarios.

Formulación del problema.

¿Cuál es la caracterización del retraso psicomotor en la asociación de familias de personas con discapacidad AFAPED durante el 2020?

Justificación.

Desde el punto de vista científico, la presente investigación tomará en cuenta los principales antecedentes relacionados con la investigación; así como, las teorías

y bases teóricas que fundamentan la investigación. Esto ayudará aumentar y poner en práctica los conocimientos sobre el tema en estudio.

La importancia práctica y social está en la medida en que los resultados conseguidos de la medición de las variables de estudio, permitirán identificar la existencia de los casos de retraso psicomotor en la AFAPED, lo cual permitirá actuar de manera oportuna y adecuada.

El estudio aportará en la mejora de la atención de las personas con retraso psicomotor con discapacidad, por parte del personal encargado. De igual forma, es relevante pues servirá como fuente de información estadística significativa para la AFAPED.

Objetivo general.

Caracterizar el retraso psicomotor en la asociación de familias de personas con discapacidad en la AFAPED durante el 2020.

Objetivos específicos.

Determinar las características Socio – Demográficas en la Asociación de Familias de personas con discapacidad.

Diagnosticar el nivel socio económico de las personas de la Asociación de Familias con discapacidad

Identificar el tipo de trastorno que presentan en la Asociación de Familias de personas con discapacidad.

II. DESARROLLO.

Marco Teórico.

A nivel internacional, se han encontrado los siguientes antecedentes de investigación:

Takanoa T. Hayashia A. Haradab Y. (Japón – 2020) llevaron a cabo el estudio sobre la progresión de la discapacidad motora en la parálisis cerebral: el papel de la epilepsia concomitante. El objetivo es investigar las características clínicas de la epilepsia que afectan la progresión de las discapacidades motoras en la parálisis cerebral (PC). Métodos. Los pacientes con PC fueron seguidos retrospectivamente durante 15 años desde enero de 2005 hasta enero de 2020. Resultados. En total, se evaluaron 65 casos de PC que habían estado hospitalizados de forma continua durante más de 15 años. Veintiocho pacientes tenían PC invariable, sin mostrar cambios en las discapacidades motoras durante 15 años, mientras que 37 tenían PC que empeoraba, mostrando un empeoramiento de las discapacidades motoras durante 15 años. La mayoría de los pacientes con epilepsia con parálisis cerebral inmutable presentaron su primer inicio de crisis durante el primer año de vida (62,5%), mientras que los pacientes con epilepsia con parálisis cerebral que empeoró la presentaron a partir del año de edad (70,8%). La frecuencia de las convulsiones diarias o semanales fue significativamente más evidente en los casos de PC que empeoraba (25,0%) que en los casos de PC que no cambiaba. Conclusión. El aumento de la frecuencia de las convulsiones parece estar directamente relacionado con la reducción de las conexiones funcionales que involucran a todo el cerebro. Estos dos factores dan como resultado discapacidades motoras progresivas, incluidas dificultades intelectuales, sensoriales y de comportamiento en pacientes con PC¹⁰.

Kim SW. et al. (China - 2020) llevaron a cabo el estudio sobre las características clínicas de los niños con retraso del desarrollo según la evaluación interdisciplinaria. El objetivo de este estudio es examinar las características clínicas de los niños que se sospecha que tienen trastornos del desarrollo

neurológico y presentar características que podrían ser pistas diagnósticas útiles en la etapa de evaluación clínica. Se revisaron los registros médicos de los niños. En este estudio se inscribieron un total de 1.877 niños. La mayoría de los niños se clasificaron en cuatro grupos de diagnóstico principales: retraso del desarrollo global (GDD), trastorno del espectro autista (TEA), trastorno del desarrollo del lenguaje (DLD) y retraso motor (DM). La GDD fue la más común (43,9%) y los niños fueron significativamente más predominantes que las niñas en todos los grupos. Al evaluar el poder predictivo de numerosos factores de riesgo, la probabilidad de GDD fue menor que la probabilidad de TEA entre los niños, mientras que la probabilidad de GDD aumentó a medida que aumentaba la edad para caminar independientemente. En comparación con GDD y DLD, la probabilidad de GDD aumentó cuando había antecedentes neonatales o cuando la edad de caminar independiente era tardía. La comparación de TEA y DLD mostró que la probabilidad de TEA disminuyó cuando había antecedentes maternos, mientras que la probabilidad de TEA aumentó con el sexo masculino. Para concluir, el presente estudio reveló las características clínicas de los niños con diversos trastornos del neurodesarrollo. En comparación con GDD y DLD, la probabilidad de GDD aumentó cuando había antecedentes neonatales o cuando la edad de caminar independiente era tardía. La comparación de TEA y DLD mostró que la probabilidad de TEA disminuyó cuando había antecedentes maternos, mientras que la probabilidad de TEA aumentó con el sexo masculino¹¹.

Alesi M. et al. (Italia – 2018) ejecutaron un estudio sobre comparativo entre niños con síndrome de Down, niños con funcionamiento intelectual límite y niños con desarrollo típico. Este estudio transversal examina las diferencias en la competencia motora gruesa en función de diferentes perfiles de funcionamiento intelectual. Su objetivo es comparar las habilidades motoras gruesas respaldadas por niños con síndrome de Down (SD), niños con funcionamiento intelectual límite (BIF) y niños con desarrollo típico (TDC). El grupo 1 estaba compuesto por 18 niños con SD (edad cronológica = 8,22), el grupo 2 estaba compuesto por 18 niños con BIF (edad cronológica = 9,32) y el grupo 3 estaba

compuesto por 18 niños con desarrollo típico (DT) (edad cronológica = 9.28). Las habilidades motoras gruesas se midieron a través de la prueba de desarrollo motor grueso (TGMD-Test) compuesta por tareas de locomoción y control de objetos. Los niños con SD mostraron peores habilidades motoras gruesas en comparación con los niños con BIF y los niños con desarrollo típico al subrayar tanto en toda la locomoción (p. Ej., Caminar, correr, brincar, galopar, saltar, deslizarse y brincar) como en todas las tareas de control de objetos (p. Ej., lanzar, agarrar, golpear, rebotar, patear, tirar y empujar). En el grupo DS, las fortalezas se encontraron en las habilidades para correr y deslizarse, en el grupo BIF las fortalezas fueron las habilidades para correr, saltar de longitud y deslizarse, y en el grupo TDC, las fortalezas fueron las habilidades para correr y deslizarse. Para los 3 grupos, la tarea locomotora peor realizada fue saltar hacia adelante con balanceo de brazos¹².

Di Renzo M. et al. (Italia – 2017) desarrollaron una investigación sobre el perfil psicomotor en niños con trastornos del espectro autista: Evaluaciones clínicas e implicaciones para la terapia. El propósito del presente trabajo es examinar los perfiles psicomotores de 61 niños diagnosticados con TEA, analizar sus especificidades y correlaciones con síntomas y desarrollo cognitivo. Este estudio se realizó en 61 niños con trastorno del espectro autista (TEA), edad entre 3 años y 14,8 años. Los resultados muestran que los niños con discapacidades más graves tienen mayores problemas para modular su cuerpo, en la atención, en la organización espacial, en el juego simbólico, en la conducta motora, a partir de la imitación, y en la comunicación, incluso desde el modo más arcaico, a saber, el diálogo tónico. Hallazgos, apoyados por lo que ya se ha publicado sobre la eficacia del enfoque basado en el cuerpo y la relación del desarrollo temprano con el TEA niños, apoyan la idea de que el área psicomotora debe representar un elemento esencial en la rehabilitación infantil terapias, especialmente en el autismo, donde es necesario partir del cuerpo y la experiencia que se pretende como una base sólida sobre las que construir habilidades cognitivas y sociales¹³.

En el ámbito nacional, podemos mencionar los siguientes estudios:

Aguilar P. (Puno – 2019) desarrolló el estudio sobre el nivel de desarrollo psicomotor en los niños de 4 años en una Institución Educativa Inicial, se realizó con el objetivo de determinar el nivel de desarrollo psicomotor en los niños de 4 años. Corresponde a una investigación descriptiva diagnóstica con diseño no experimental, para lo cual se seleccionaron a 26 niños. Asimismo, se administró el Test de Desarrollo Psicomotor (TEPSI). Los principales resultados, tenemos que el 96.2% (25) de los niños su estado de desarrollo psicomotor es considerado como normal. Sin embargo, el 3.8% de los niños se situaban en riesgo, por lo que son niños con habilidades especiales. En conclusión, el nivel de DP en este grupo de niños de la institución educativa en estudio, el mayor porcentaje es considerado como normal y en menor porcentaje en riesgo, siendo los infantes que tienen habilidades que pertenecen tanto a la maduración de las estructuras nerviosas en el cerebro, médula, nervios y músculos¹⁴.

Marchán G. (Piura – 2018) en su tesis sobre la situación socio-laboral de la persona con discapacidad en el distrito de Piura: medidas de inclusión. Esta investigación tuvo como objetivo analizar la situación socio-laboral de las personas con discapacidad. El estudio es mixto, diseño no experimental transversal; la muestra fueron 140 personas con discapacidad. Resultados: la población con discapacidad presenta una muy baja participación socio-laboral en relación a la población general nacional, cuyos indicadores laborales son desfavorables y las oportunidades sociales de inclusión y desarrollo son limitadas. Las personas con discapacidad se sitúan en una posición muy desventajosa en el mercado laboral, ya que sus niveles de participación laboral son considerablemente bajos en relación a la población nacional. Ello se expresa en una significativa menor tasa de actividad económica (35,7% vs. 72,2%), menores niveles de ocupación (28,6% vs. 69,2%), mayores tasas de desempleo (20% vs. 4,2%); así como en los menores ingresos laborales (S/1,159.0 vs. S/1,371.0) y en el acceso a empleos de menor categoría; y con marcadas diferencias de género desfavorables a la mujer con discapacidad y a quienes poseen mayor severidad de su discapacidad¹⁵.

Ynoue M. (Tarapoto – 2017) estudió el desempeño funcional y características demográficas de pacientes con discapacidad relacionadas a parálisis cerebral en menores de 14 años en los servicios de rehabilitación en dos centros hospitalarios. Objetivo: Conocer el desempeño funcional y las características demográficas de personas con discapacidad asociados a parálisis cerebral en menores de 14 años. Estudio descriptivo, transversal; se trabajó con 14 pacientes. Las características demográficas la edad, el 42,9% están en la etapa escolar (6-14 años), el sexo corresponde en igual proporción del 50,0% masculino como para femenino; la procedencia consigna el 85,7% de ellos de la zona urbana y el 14,3% de la zona rural. Por otro lado, el 59,8% y 57,1% presenta un grado de dependencia total con respecto a la movilidad y cuidado personal, respecto al área cognitiva el 35,7% presentó dependencia completa y modificada. Entre el 50-95% evidenció discapacidad grave; mientras que el 96-100% de discapacidad total. Sobre las características demográficas, el 42,9% se encuentran en la etapa escolar (6-14 años); 50% son varones y 50% mujeres; el 85,7% procede del área urbana; el 100% tiene ayuda económica sólo la familia. En conclusión, el mayor porcentaje presenta dependencia completa en el cuidado personal y movilidad; el mayor número presentan grados de discapacidad grave y total. No hubo relación significativa en el género, la edad gestacional <37 sem. y el antecedente de ITU recurrente durante el embarazo fueron los factores de riesgo que se presentaron por lo general en los pacientes¹⁶.

Tuesta W. (Iquitos – 2017) ejecutó la investigación sobre la evaluación del desarrollo psicomotor en niños y niñas con síndrome de Down asistentes al programa de intervención temprana de Punchana, cuyo objetivo es evaluar el nivel de desarrollo psicomotor en niños y niñas con este síndrome. Se llevó a cabo un estudio de tipo no experimental, el diseño es descriptivo transversal de tipo cuantitativo. Se llegó a los siguientes resultados: el 17.65%(12) tienen alto riesgo y el de mayor índice se presentó en el síndrome de Down con un 41.18%(28), el 10.30%(7) presentaron sordera, el 8.82%(6) ceguera, el

16.17%(11) parálisis cerebral infantil y el 5.88%(4) presentan autismo. A nivel motor, el 18.18%(2) de los niños y el 20%(3) de las niñas se ubican en un nivel de riesgo, el 81.82%(9) de los niños y el 80%(12) de niñas en un nivel de retraso. Sobre el lenguaje, el 18.18%(2) de los niños y el 20%(5) de las niñas presentan un nivel de riesgo, el 81.82%(9) de los niños y el 80%(12) de niñas muestran un nivel retraso. Respecto a la coordinación, el 36.36%(4) de los niños y el 40.00%(10) de las niñas se ubican en un nivel de riesgo y el 63.63%(7) de los niños y el 60%(9) de niñas en un nivel retraso. Se concluye que, las áreas más afectadas de acuerdo al nivel del desarrollo psicomotor, son el lenguaje, el área motora y coordinación ya que se presenta en mayor nivel de retraso y riesgo, en la población de niños con síndrome de Down¹⁷.

Datos y hallazgos más importantes y relevantes.

El desarrollo psicomotor se define como el conjunto de habilidades que adquiere un bebé durante los dos primeros años de vida, que comprende las áreas motora, cognitiva, socioafectiva, del lenguaje y sensorial¹⁸. Además de lo anterior, un retraso en el desarrollo motor puede ser causado por diferentes factores de riesgo, como el peso al nacer, la edad gestacional, la restricción del crecimiento intrauterino, la educación de la madre y el nivel sociodemográfico. Las intervenciones basadas en el juego y las que promueven la lectura compartida son más efectivas y factibles en los países en desarrollo¹⁹.

El retraso psicomotor es un marcador de gravedad de la depresión. Se asocia con varias características que indican un curso severo de depresión, incluida una edad de inicio temprana, una duración más prolongada de la enfermedad, un mayor número de episodios depresivos y mayores tasas de intentos de suicidio²⁰. Además, el retraso psicomotor es el síntoma principal que delimita el subtipo melancólico más grave de la depresión no melancólica²¹.

Diversas causas pueden ocasionar un RGD/DI. Hoy en día se sabe más de una modificación genética como el origen de la variación en el desarrollo²². A pesar que en la actualidad se está logrando identificar el RGD/DI de causa monogénica; sin embargo, se presenta una situación compleja en el momento de hacer la interpretación de los resultados de las pruebas genéticas, producto

de diversos factores, tales como, factores de transformación epigenéticos, la herencia y la poligénica²³.

Posiblemente relacionado con su asociación con la gravedad de la depresión, la literatura sugiere que la presencia de retraso psicomotor podría informar la elección del tratamiento: los pacientes con retraso psicomotor respondieron mal a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)²⁴. El retraso psicomotor predijo una mayor respuesta al tratamiento en pacientes seleccionados para terapia electroconvulsiva²⁵.

Signos y síntomas

Las personas con retraso psicomotor se mueven, hablan, reaccionan y suelen pensar más lentamente de lo normal. Esto puede manifestarse de diversas formas, dependiendo en gran medida de la gravedad de la discapacidad²⁶.

También son comunes la capacidad de respuesta tardía y la dificultad para seguir la conversación de otra persona. Los procesos mentales complejos, como calcular una propina o trazar direcciones, tardan más en realizarse²⁷.

Los ejemplos comunes de manifestaciones físicas de retraso psicomotor incluyen:

Tener lentitud al caminar o cambiar de posición, como levantarse de una silla.

Tener una capacidad deficiente para realizar tareas que requieren coordinación ojo-mano, como atrapar una pelota, afeitarse y maquillarse.

Reaccionar a situaciones lentamente, como cuando se trata de alcanzar un objeto que cae

Demostrar una menor facilidad con las tareas motoras finas, como escribir, usar tijeras y atarse los cordones de los zapatos

Caída al estar de pie y tener una mala postura.

Hablando con una voz suave y monótona

Mirar fijamente al espacio y tener un contacto visual reducido

Causas

La parálisis cerebral constituye la causa más frecuente de discapacidades físico-motoras en la población infantil. Esta no solo abarca un grupo de alteraciones de las funciones motrices, sino que generalmente se acompaña de afectaciones más o menos significativas sensoriales, del lenguaje y los procesos psíquicos cognitivos en general, que limitan la comunicación, la socialización y con ello la calidad de vida²⁸.

De igual forma, Klaudia Kurowska²⁹. Afirma que, la inmadurez cerebral es una causa frecuente de retraso psicomotor en los niños. El tejido nervioso está compuesto por neuronas (sus membranas celulares constan de una doble capa lipídica) y células gliales. Las neuronas se forman hasta la semana 20 de gestación, mientras que la formación de células gliales comienza después del nacimiento. Este desarrollo intensivo del sistema nervioso central puede ir acompañado de ciertos defectos que darán como resultado un retraso psicomotor, que también está influenciado por diversos procesos fisiológicos que ocurren en la vida del niño.

El tipo de daño y el grado de su gravedad dependen de su ubicación, el área de tejido cerebral patológico y la edad a la que ocurrió el defecto. Las lesiones que causan retraso psicomotor en los niños pueden dividirse en microlesiones, macrolesiones y causas endógenas y exógenas. El retraso psicomotor se evalúa en la escala de Brunet-Lézine. Contiene tareas que un niño debería poder realizar en una etapa determinada de su de su desarrollo. El resultado es un cociente de desarrollo psicomotor²⁹.

El retraso puede presentarse como un déficit total de determinadas habilidades y su ausencia en las últimas etapas del desarrollo. El retraso psicomotor puede manifestarse al comienzo de la vida del niño o en el período posterior. Esto depende de las causas de estas limitaciones. El diagnóstico de retraso psicomotor requiere la cooperación de varios especialistas²⁹.

Como refiere la OMS (2017) la discapacidad es una expresión general que comprende las carencias, las restricciones de la actividad y las prohibiciones de la intervención. Estas carencias son dificultades que perturban al funcionamiento

físico; estas restricciones del accionar son problemas para llevar a cabo determinadas tareas, y estas limitaciones de la intervención son realmente una problemática para participar en actividades importantes de la vida. Por lo tanto, la discapacidad se presenta de una manera muy compleja y manifiesta una interacción entre las características del organismo de las personas y las características de la sociedad en la que vive³⁰.

Por su parte, Santana (2013) publicó en la Revista EcuRed, que la discapacidad psicomotora se evidencia cuando los miembros inferiores o superiores no se desarrollan con normalidad, lo que indica señales de retraso en el sistema nervioso central pues los patrones de movimiento se presentan de manera irregular, es necesario indicar que el retraso psicomotor puede deberse a patologías como parálisis cerebral, déficit sensoriales, discapacidad intelectual, o autismo, asimismo, el retraso psicomotor se puede evidenciar en casos de niños prematuros con hipoxia severa. Además, entre las distintas señales de alerta se encuentra la rigidez muscular, desorganización postural, movimientos anormales, reflejos espontáneos, y otros patrones de sueño o en la alimentación³¹.

III. METODOLOGÍA.

3.1. Tipo de investigación.

De acuerdo con el período que se capta la información, el estudio es:

Retrospectiva, ya que trabajaremos con la información que nos brinde la Asociación de Familias de personas con discapacidad.

Según la evolución del fenómeno estudiado:

Es Longitudinal será evaluada en distintos momentos en el tiempo, en forma retrospectiva en un período de tiempo (2020).

Asimismo, es Observacional porque describiremos el fenómeno en estudio; es decir, determinaremos las características principales de retraso psicomotor.

3.2. Diseño de investigación.

El tipo de diseño de la presente investigación es no-experimental, ya que se busca observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos³².

Asimismo, el diseño a utilizar en esta investigación corresponde al descriptivo simple, ya que en esta investigación se buscará recoger información contemporánea con respecto al objeto de estudio que corresponde estudiar. Es decir, sobre las características del retraso psicomotor³².

El diseño se puede representar a través del siguiente esquema:



Donde:

M= Personas con discapacidad atendidas en la Asociación de Familias de personas con discapacidad.

O = Caracterización del retraso psicomotor

3.3. Variables y operacionalización.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categorías	Subcategorías	Índice	Escala	Instrumentos de medición
Retraso psicomotor	El retraso psicomotor se refiere a una situación en la que un niño no alcanza los hitos del desarrollo en el momento adecuado, es decir, no puede dominar las habilidades que deberían desarrollar en una etapa determinada de la vida ²⁹ .	Es un problema que se manifiesta cuando las personas que se atienden en AFAPED no logra el nivel de desarrollo en el tiempo determinado.	Características socio-demográficas	-Edad en años	03 – 10 11 – 19 20 – 29 30 – 39 40 – 49 ≥ 50	Ordinal	Ficha de recolección de datos Cédula Sociológica de Meza Cuadra, para medir el nivel socio económico y cultural de la familia.
				-Género	-Masculino -Femenino	Nominal	
				-Procedencia	-Urbana -Urbano–marginal -Rural		
				-Tipo de vivienda	-Callejón -Quinta -Casa -Independiente -Chalet	Nominal	
				Material de construcción	-Recuperable (esteras) -Rustico (adobe-caña) -Madera -Material noble	Nominal	
				-Grado de instrucción	-Analfabeta -Primaria incompleta -Primaria completa. -Secundaria incompleta	Nominal	

				-Categoría ocupacional	-Secundaria completa -Técnico. -Universitario -Desocupado -Obrero -Independiente -Empleado Profesional -Empleador	Nominal	
				Ingreso mensual	< 500 500 – 700 701 – 800 801 – 900 > 900		
				Persona por cama	-Más de 3 personas -Entre 2 y 3 personas -Entre 1 y 2 personas -Una persona o menos	Ordinal	
				Persona por pieza	-Más de 3 personas -Entre 2 y 3 personas -Entre 1 y 2 personas < 1 persona o menos	Ordinal	
				Tipo de cocina	-Bracero (leña y/o carbón) -Kerosene	Nominal	

					-Gas o eléctrica		
				Servicios higiénicos	-No hay -Pozo ciego -Letrina -Inodoro	Nominal	
				-Luz eléctrica	-No hay instalación -Si hay instalación	Nominal	
				-Agua potable	-No hay instalación -Si hay instalación	Nominal	
			Evaluación clínica	-Tipo de trastorno	-Retardo M. L. - Retraso Sicomotor - Síndrome Down - Retardo M. Moderado - Retardo M. grave - Retardo Sicomotor Moderado - Disc. Severa - Autismo Severo - Discapacidad Auditiva - PCI - Parálisis - Epilepsia - Hidrocefalia - Hemiplejia -Ceguera -Otro	Ordinal	

3.4. Población, muestra y muestreo.

La población para el presente estudio estará constituida por todas las personas con retraso psicomotor pertenecientes a la Asociación Familias de personas con discapacidad durante el año 2020. En total son, 38 personas con discapacidad de la AFAPED.

Con respecto a la muestra, por no ser muy grande se tomará el total de la población (38). Es decir, estamos frente a una población muestral.

Criterios de Inclusión:

- 1.-Que sean de ambos sexos
- 2.-Que pertenezcan a la Asociación Familias de personas con discapacidad durante el año 2020
- 3.-Participantes con retraso psicomotor.

Criterios de Exclusión:

1. Que pertenezcan a otra asociación.
2. Que no tengan retraso psicomotor.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Se tomarán como fuente de información las historias clínicas obtenidas del archivo de estadística.

Se empleará como instrumento la Cédula Sociológica de Meza Cuadra³³ confeccionado para este fin.

3.6. Procedimientos de recolección de datos.

Luego de obtener el permiso correspondiente de la AFAPED, se procederá a la respectiva recolección de datos. Luego, estos datos serán plasmados en la ficha clínica, diseñada para tal fin. Posteriormente se procesaron y serán consignados en tablas y figuras.

3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

Concluida la recolección de los datos, se elaborará la tabla matriz a fin de tener una vista panorámica de los datos, luego se ingresarán en el programa estadístico SPSS, versión 24 para ser procesados y presentar los resultados en gráficos para el análisis e interpretación respectiva de los resultados. También se utilizará para efectos del análisis e interpretación de los cuadros, la estadística descriptiva.

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

Primer objetivo específico: Determinar las características Socio – Demográficas en la Asociación de Familias de personas con discapacidad.

Tabla 1. Edad de las personas de la Asociación de Familias con discapacidad

EDADES	N°	%
< 18	20	52.63
18 - 24	10	26.32
25 - 29	04	10.53
30 - 34	02	5.26
>35	02	5.26
TOTAL	38	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos y Cédula Sociológica

En la presente tabla, se observa que el mayor porcentaje se encuentra en aquellos cuyas edades es menor a 18 años, con el 52.63%. A diferencia del 5.26% que se encuentra entre 30 a 34 años, en igual porcentaje el grupo de edad mayor de 35 años. Al respecto, Di Renzo M. et al¹³. encontró que las edades se encontraban entre 3 y 14.8 años.

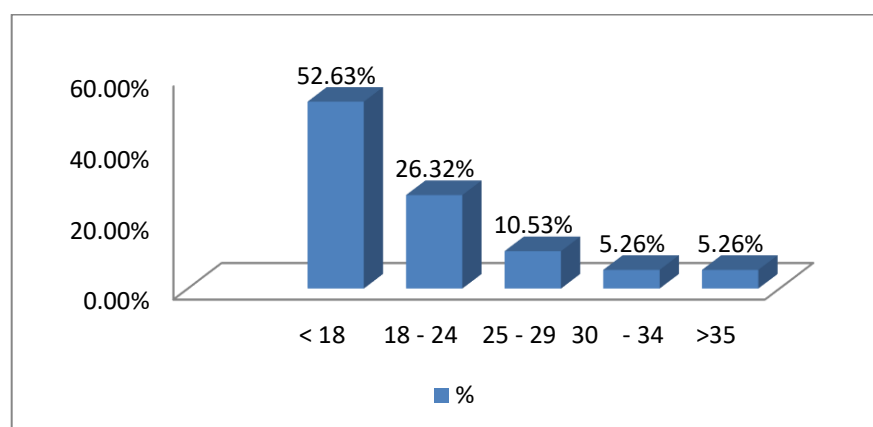


Figura 1. Edad de las personas de la Asociación de Familias con discapacidad

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2 Género de las personas de la Asociación de Familias con discapacidad

Ítems	N°	%
Masculino	27	71.05
Femenino	11	28.95
Total	38	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos y Cédula Sociológica

Se evidencia un predominio en el género masculino, con el 71.05%. En menor porcentaje, se encuentra el género femenino con el 28.95%. Con respecto a estos resultados, Ynoue M¹⁶. Encontró que el 50% pertenecían al género masculino y en igual porcentaje al género femenino. De igual forma, Alesi M. et al¹². Halló que el grupo 1 de estudio estaba compuesto por 18 niños, de los cuales 13 eran de varones y 5 mujeres.

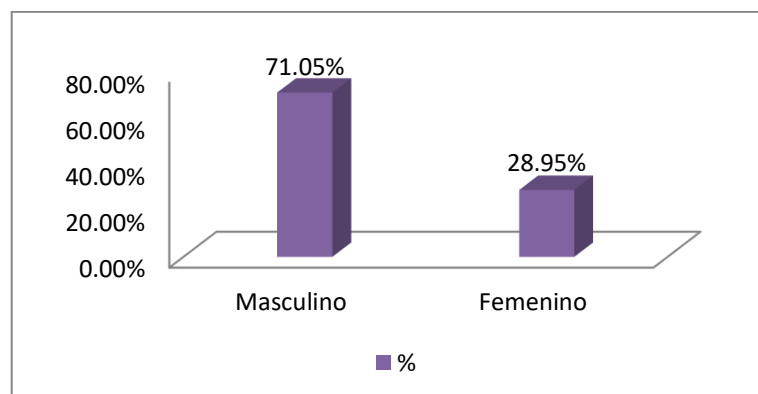


Figura 2. Género de las personas de la Asociación de Familias con discapacidad

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. Procedencia de las personas de la Asociación de Familias con discapacidad

Ítems	N°	%
Urbana	27	71.05
Urbano - Marginal	1	2.63
Rural	10	26.32
Total	38	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos y Cédula Sociológica

Los resultados reflejan que el 71.05% proceden de la zona urbana. Sólo se encontró que el 2.63% provienen del área urbano – marginal. Al respecto, Ynoue M¹⁶. obtuvo como resultado que el 85,7% de ellos provenían de la zona urbana.

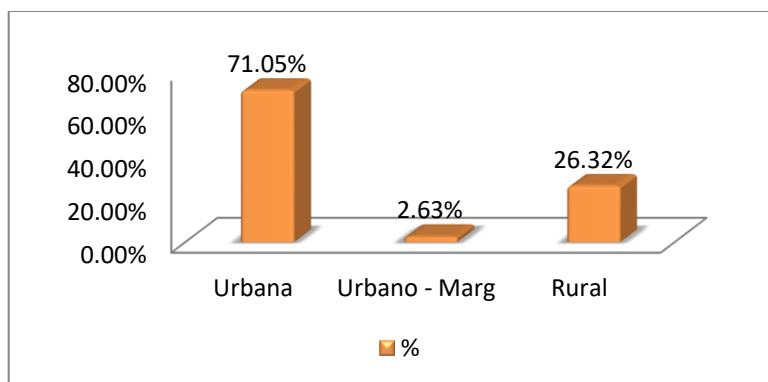


Figura 3. Procedencia de las personas de la Asociación de Familias con discapacidad

Fuente: Elaboración propia

Segundo objetivo específico: Diagnosticar el nivel socio económico de las personas de la Asociación de Familias con discapacidad

Tabla 4. Datos agrupados sobre el nivel socio económico y cultural de las personas de la Asociación de Familias con discapacidad (N.S.E.C.)

NSEC	N°	%
Alto	00	0.00
Medio -Alto	00	0.00
Medio	10	26.32
Bajo	28	73.68
Total	38	100

Fuente: Ficha de recolección de datos y Cédula Sociológica

Según la Cédula Sociológica de Meza Cuadra, el nivel socio económico y cultural de la familia de las personas con discapacidad, el 73.68% corresponde a un nivel bajo. No se encontró a ninguno que pertenezca al nivel alto ni medio – alto. Al respecto Marchán G¹⁵. refiere una baja tasa de económica en las personas con algún tipo de discapacidad (35,7% vs. 72,2%), bajos niveles de ocupación (28,6% vs. 69,2%) y mínimos ingresos laborales.

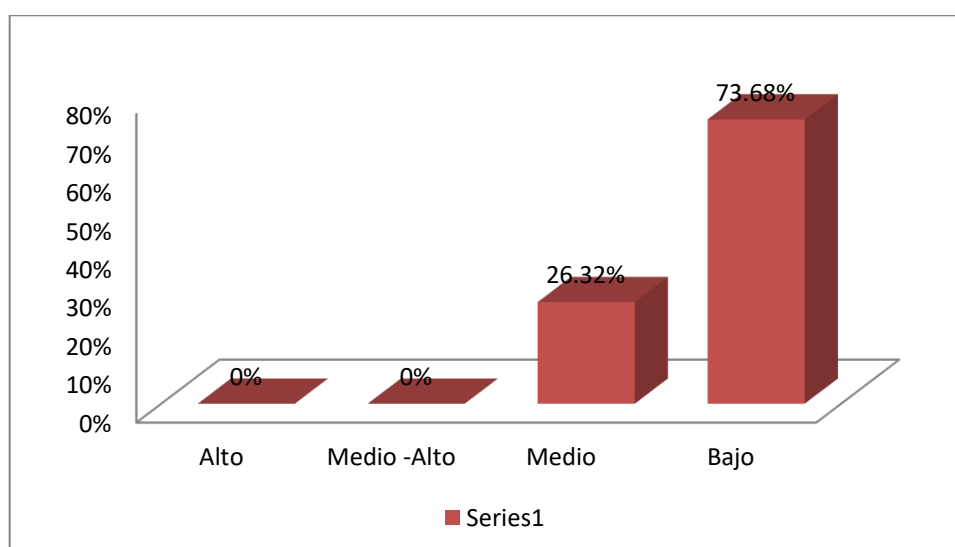


Figura 4. Edad de las personas de la Asociación de Familias con discapacidad
Fuente: Elaboración propia.

Datos desagrupados sobre el nivel socio económico y cultural de las personas de la Asociación de Familias con discapacidad (N.S.E.C.)

Tabla 5. Tipo de vivienda

Ítems	N°	%
Callejón	00	0.00
Quinta	00	0.00
Casa	38	100.00
Independiente	00	0.00
Chalet	00	0.00
Total	38	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos y Cédula Sociológica

El 100% de los encuestados el tipo de vivienda es casa. Según el INEI³⁴, La población con discapacidad ocupa un total de 2 millones 120 mil 271 viviendas, de los más de 7 millones que existen en el país.

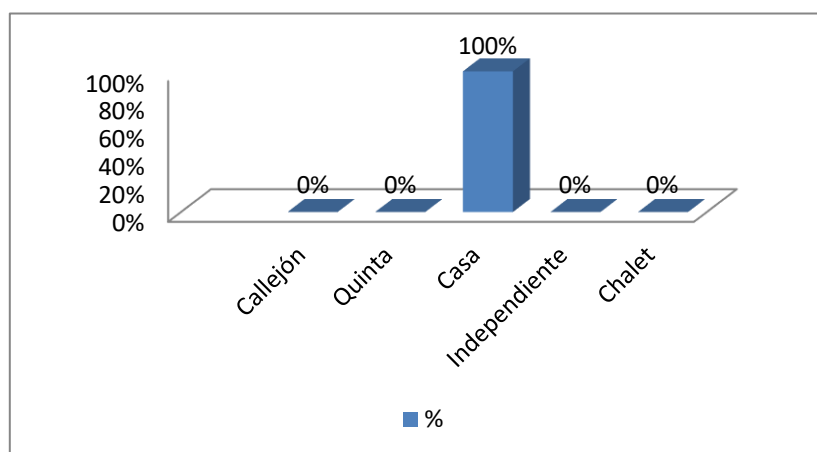


Figura 5. Tipo de vivienda

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6. Material de construcción

Ítems	N°	%
Recuperable (esteras)	00	0.00
Rústico (adobe - caña)	21	55.26
Madera	02	5.26
Material noble	15	39.47
Total	38	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos y Cédula Sociológica

El 55.26% el material de construcción de su casa es de adobe – caña. Solo el 5.26% que corresponde a 2 personas es de madera.

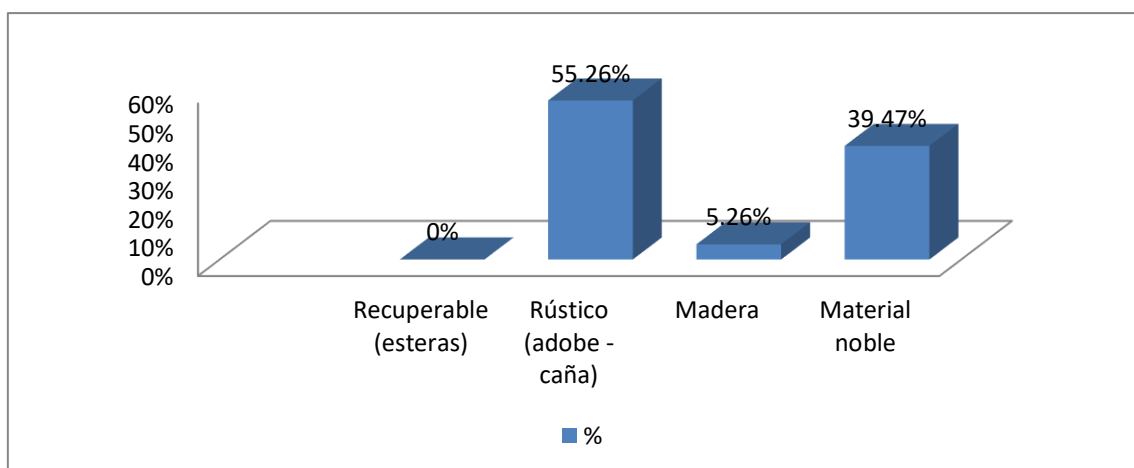


Figura 6. Material de construcción

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 7. Grado de instrucción

Ítems	N°	%
Analfabeta	20	52.63
Primaria incompleta	14	36.84
Primaria completa	02	5.26
Secundaria incompleta	01	2.63
Secundaria completa	01	2.63
Técnico	00	0.00
Universitario	00	0.00
Total	38	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos y Cédula Sociológica

El 52.63% no tienen un grado de instrucción. A diferencia del 36.84% que solo alcanzó primaria incompleta. Resultado diferente al obtenido por Marchán G¹⁵, quien encontró que la mayor proporción de trabajadores con discapacidad (35%) y de trabajadores en general (42.4%) lograron el nivel educativo secundario.

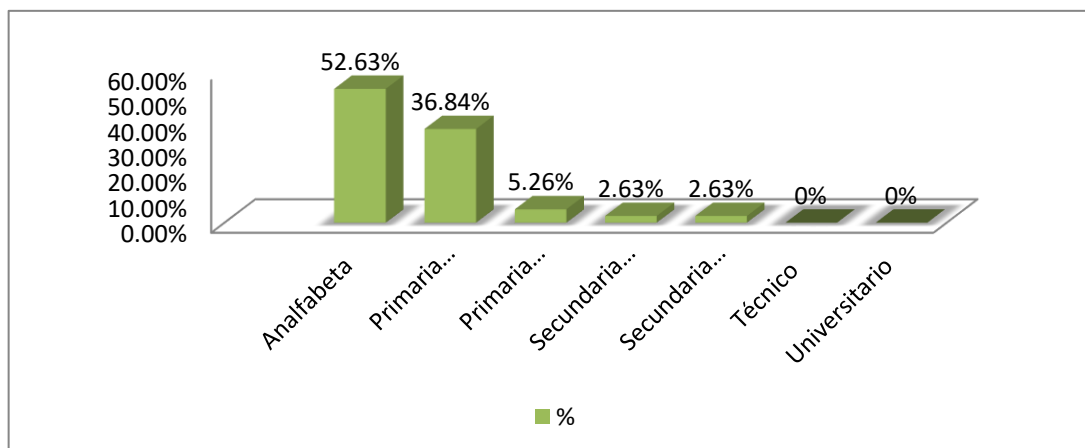


Figura 7. Grado de instrucción

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 8. Categoría ocupacional

Ítems	N°	%
Desocupado-abierto	37	97.37
Obrero	01	2.63
Independiente	00	0.00
Empleado	00	0.00
Profesional	00	0.00
Empleador	00	0.00
Total	38	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos y Cédula Sociológica

De acuerdo a la categoría ocupacional, el 97.37% son desocupados. Sólo 1 persona que representa el 2.63% es obrero. Según el INEI³⁴, Casi la mitad de la población con discapacidad, esto es, 508 mil 70 personas, que representan el 48,9%, se desempeñan como trabajadores independientes o por cuenta propia.

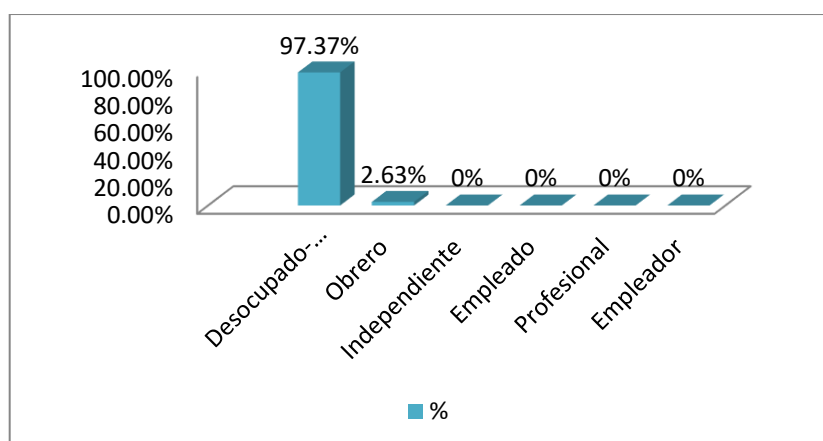


Figura 8. Categoría ocupacional

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 9. Ingreso mensual

Ítems	N°	%
< 500	28	73.68
500 - 700	07	18.42
701 - 800	00	0.00
801 - 900	03	7.89
>900	00	0.00
Total	38	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos y Cédula Sociológica

El ingreso mensual máximo alcanzado es menor a 500 soles (73.68%). En un menor porcentaje, el 7.89% se encuentra entre 801 a 900 soles, pero solo corresponde a tres personas.

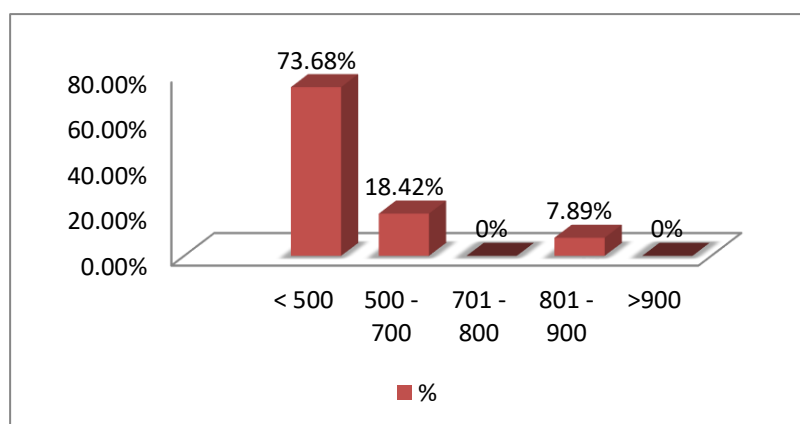


Figura 9. Ingreso mensual

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 10. Persona por cama

Ítems	N°	%
Más de 3 personas	00	0.00
Entre 2 y 3 personas	00	0.00
Entre 1 y 2 personas	14	36.84
1 persona o menos	24	63.16
Total	38	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos y Cédula Sociológica

El promedio de personas por cama es de una persona o menos con el 63.16%. Y el 36.84% entre una y dos personas.

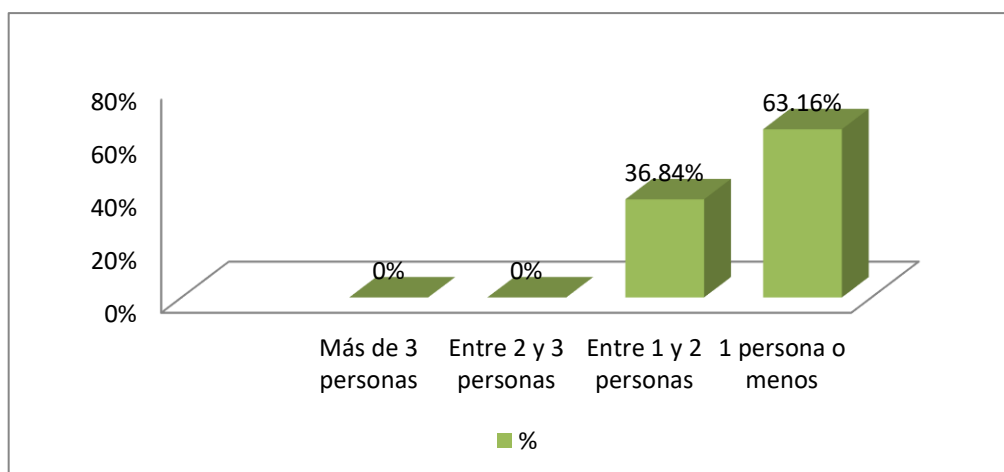


Figura 10. Persona por cama

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 11. Personas por pieza

Ítems	N°	%
Más de 3 personas	07	18.42
Entre 2 y 3 personas	06	15.79
Entre 1 y 2 personas	15	39.47
1 persona o menos	10	26.32
Total	38	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos y Cédula Sociológica

El 39.47% corresponde entre una y dos personas por pieza. Y el 15.79% entre dos y tres personas. Los censos 2017, revelan que 514 mil 859 hogares que representan el 23,7% de los que tiene personas con discapacidad tienen de 5 a 6 miembros; otro grupo compuesto por 402 mil 143 hogares (18,5%) cuentan 2 miembros³⁴.

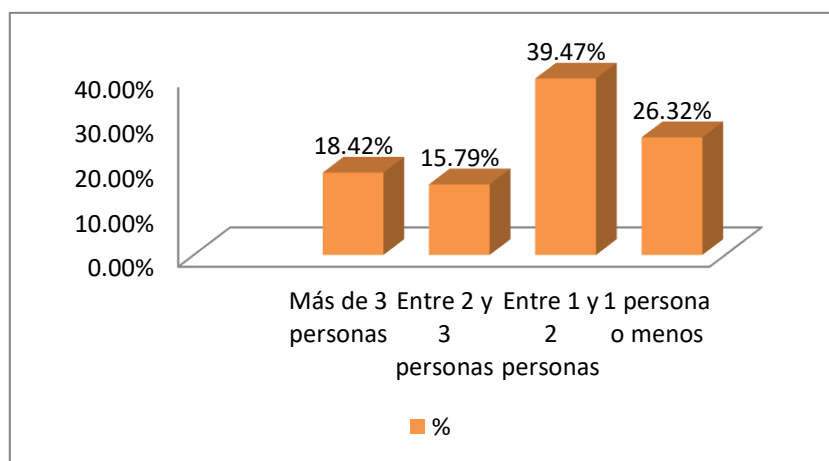


Figura 11. Persona por pieza

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 12. Tipo de cocina

Ítems	N°	%
Bracero (leña y/o caña)	18	47.37
Kerosene	00	0.00
Gas o eléctrica	20	52.63
Total	38	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos y Cédula Sociológica

El tipo de cocina más frecuentemente usado es el de gas o eléctrica. Sin embargo, el 47.37% refiere que es en base a leña. La observación de los tipos de combustible utilizados en los hogares para cocinar, muestran que en los hogares donde hay alguna persona con discapacidad, el gas de balón, es el combustible más usado para cocinar (69,8%). La leña usada por 594 mil 610 hogares (27,4%), constituye el segundo combustible de mayor uso³⁴.

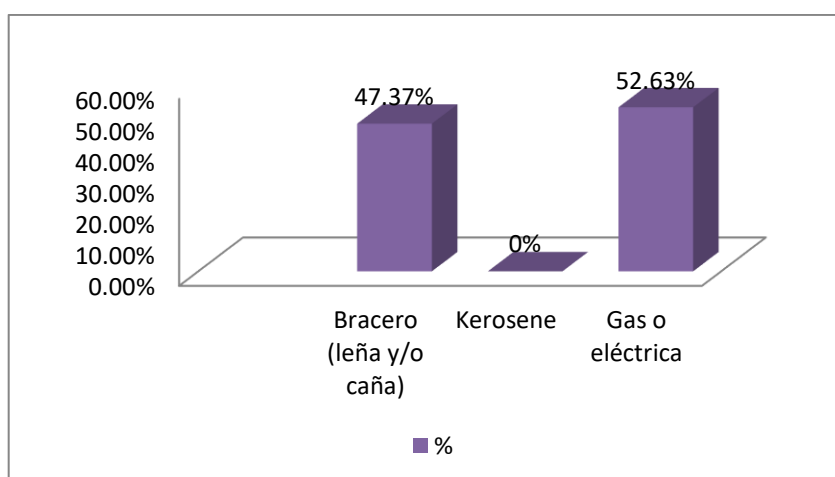


Figura 12. Tipo de cocina

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 13. Servicios higiénicos

Ítems	N°	%
No hay	00	0.00
Pozo ciego	07	18.42
Letrina	03	7.89
Inodoro	28	73.68
Total	38	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos y Cédula Sociológica

El 73.68% tiene en casa un inodoro. Sin embargo, el 18.42% tiene pozo ciego.

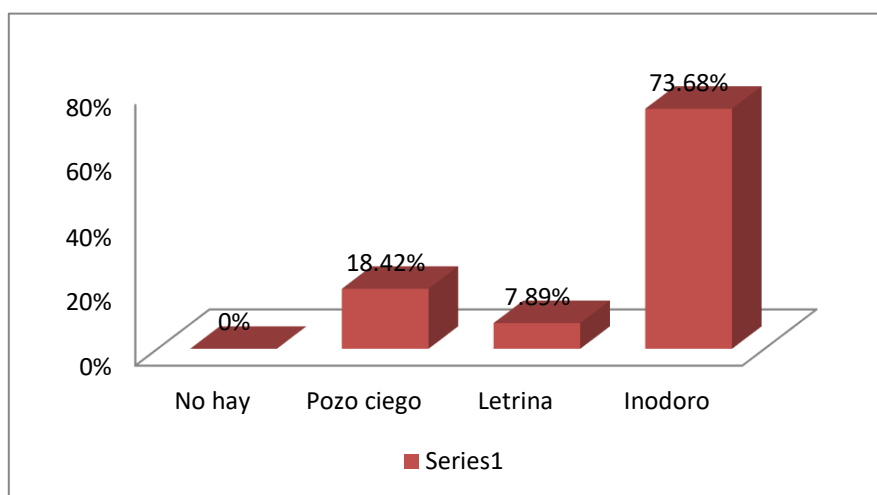


Figura 13. Servicios higiénicos

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 14. Luz eléctrica

Ítems	N°	%
No hay instalación	02	5.26
Si hay instalación	36	94.74
Total	38	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos y Cédula Sociológica

El 94.74% tiene en casa luz eléctrica. Solo el 5.26% que representa a dos personas no tienen instalación. Al respecto, La disponibilidad de alumbrado eléctrico alcanza a 1 millón 911 mil 807 viviendas habitadas por alguna persona con discapacidad (90,2%), elevándose esta cobertura del servicio eléctrico al 94,7% de viviendas de estas personas en el área urbana, en tanto que en área rural se reduce a 66,7%³⁴.

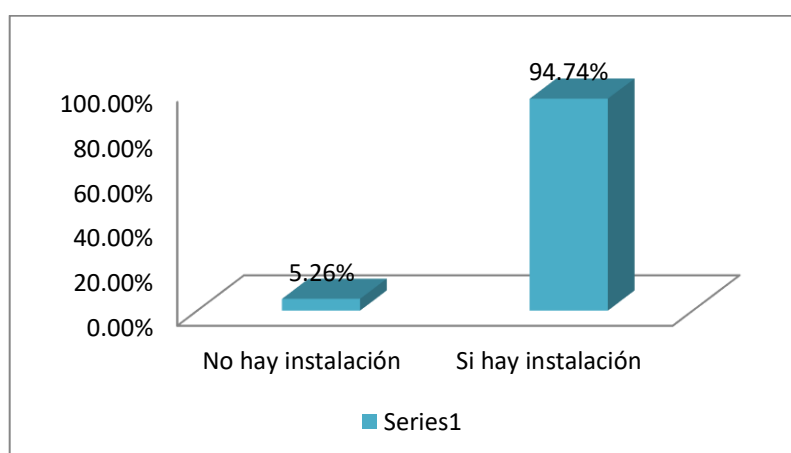


Figura 14. Luz eléctrica

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 15. Agua potable

Ítems	N°	%
No hay instalación	06	15.79
Si hay instalación	32	84.21
Total	38	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos y Cédula Sociológica

El 84.21% poseen instalación de agua potable. Sin embargo, el 15.79% no tienen instalación. Según el INEI³⁴ abastecimiento del servicio de agua en 1 millón 519 mil 898 viviendas de la población con discapacidad (71,7%), se realiza mediante red pública dentro de la vivienda

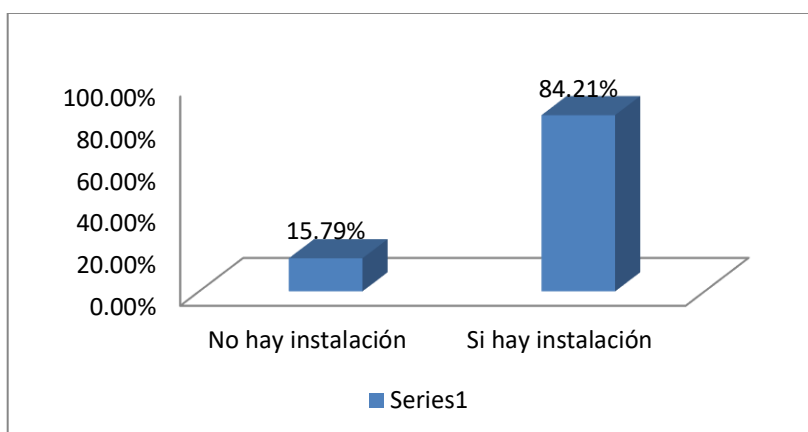


Figura 14. Agua potable

Fuente: Elaboración propia.

Tercer objetivo específico: Identificar el tipo de trastorno que presentan en la Asociación de Familias de personas con discapacidad.

Tabla 16. Tipo de trastorno y observaciones de las personas de la Asociación de Familias con discapacidad

Ítems	Nº	%
Síndrome de Down	15	39.47
Retraso psicomotor	04	10.53
PCI: Epilepsia	16	42.11
Hidrocefalia – epilepsia – ciego	01	2.63
Microcefalia	02	5.26
TOTAL	38	100

Fuente: Ficha de recolección de datos y Cédula Sociológica

El 42.11% tienen como principal tipo de trastorno a la epilepsia. En menor porcentaje se encontró a la microcefalia, con dos casos que representan el 5.26%. Sobre estos resultados, Tuesta W¹⁷. encontró un mayor porcentaje en el síndrome de Down con un 41.18%(28), a diferencia de nuestros resultados que se encontró que el 39.47% presentó este tipo de síndrome.

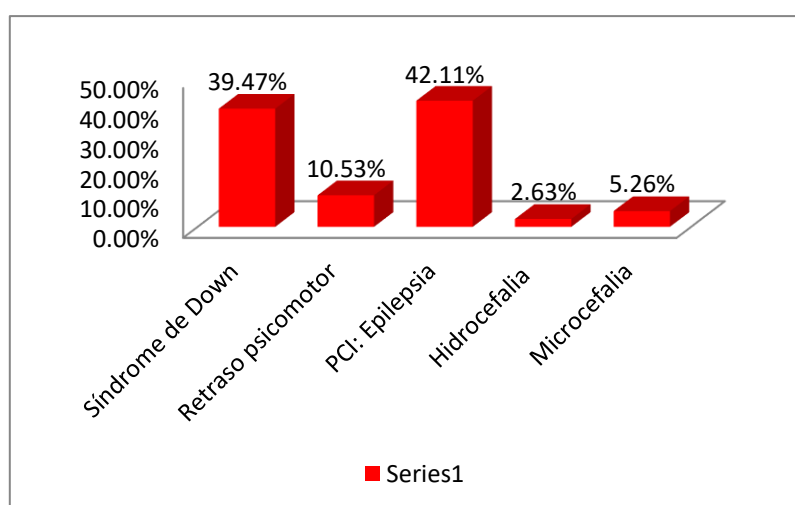


Figura 16. Tipo de trastorno de las personas de la Asociación de Familias con discapacidad

Fuente: Elaboración propia

Tabla 17. Principales características de los trastornos de las personas de la Asociación de Familias con discapacidad

Ítems	N°	%
Deterioro cognitivo	02	5.26
Hipotonía	22	57.89
Déficit motor	12	31.58
Hipertónico	02	5.26
TOTAL	38	100

Fuente: Ficha de recolección de datos y Cédula Sociológica

Dentro de las principales características presentes en los trastornos de las personas con discapacidad, tenemos en primer lugar a la hipotonía con el 57.89%, en segundo lugar, tenemos al déficit motor en menor porcentaje el deterioro cognitivo y la hipertonía con el 5.26% respectivamente.

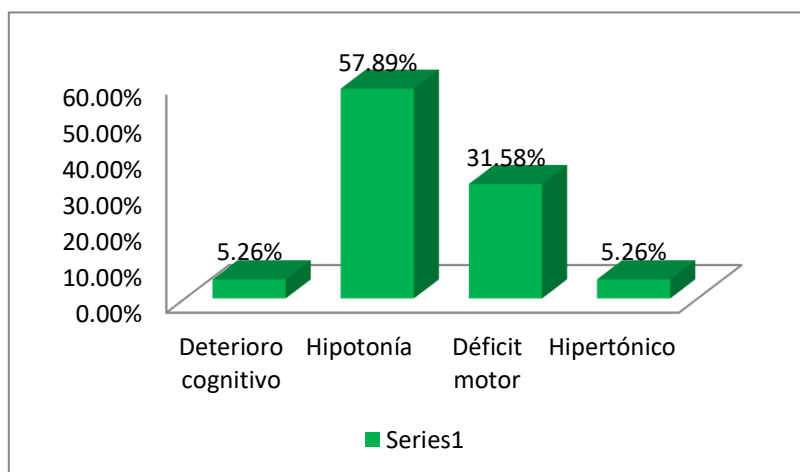


Figura 17. Tipo de trastorno de las personas de la Asociación de Familias con discapacidad

Fuente: Elaboración propia

V. CONCLUSIONES.

Las características Socio – Demográficas en la Asociación de Familias de personas con discapacidad, están referidas a: la edad menor a 18 años (52.63%), el género masculino (71.05%), procedencia de la zona urbana (71.05%). Asimismo, el nivel socioeconómico y cultural de la familia de las personas con discapacidad, corresponde a un nivel bajo (73.68%).

El nivel socio económico y cultural de la familia de las personas con discapacidad, corresponde a un nivel bajo (73.68%).

El tipo de trastorno que mayormente se presenta en la Asociación de Familias de personas con discapacidad, es la epilepsia (42.11%). Asimismo, las principales características encontradas es la hipotonía (57.89%) y el déficit motor (31.58%).

RECOMENDACIONES:

1. Capacitar a los directivos, profesionales y padres de la AFAPED, en temas de atención de rehabilitación frente a las principales características encontradas, tales como, la hipotonía y el déficit motor.
2. En aquellos problemas ya identificados como un nivel socio económico bajo, aplicar estrategias para aminorar su impacto dentro de las familias de personas con discapacidad.
3. Tomar medidas preventivas frente a los posibles casos de epilepsia, los cuales son los que mayormente se presentan en la AFAPED.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Organización Mundial de la Salud (2014-2021). Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad. [Internet] 2021 [citado el 24 de noviembre de 2021] Recuperado de <https://bit.ly/2NbuyhJ>
2. Banco Mundial. Discapacidad. [Internet] 2019 [citado el 23 de noviembre de 2021] Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/topic/disability>
3. American Psychiatric Association [APA]. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association. 2013.
4. Moeschler JB, Shevell M; Committee on Genetics. Comprehensive evaluation of the child with intellectual disability or global developmental delays. Pediatrics. [Internet] 2014 [citado el 4 de noviembre de 2021]; 134: 903-18
5. Han JY. Jang W. Park J. Kim M. Kim Y. Lee IG. Diagnostic Approach with Genetic Tests for Global Developmental Delay and/or Intellectual Disability: Single Tertiary Center Experience. Ann Hum Genet. [Internet] 2019 [citado el 4 de noviembre de 2021]; 83: 115-23.
6. Cutipa E. Desarrollo psicomotor en estudiantes del segundo ciclo de Educación Básica Regular de una institución educativa pública de Ventanilla – Callao. (Tesis de maestría). Universidad San Ignacio de Loyola. Lima, Perú. 2019. Disponible en: http://repositorio.usil.edu.pe/bitstream/USIL/8971/1/2019_Cutipa-Luque.pdf
7. Vidal J. (2017). Desarrollo psicomotor en los niños de 3 años de edad de la I.E.I. N° 107 Israel Red 05 UGEL 05 San Juan de Lurigancho. Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, Lima, Perú.
8. Cabrera G. (2017). Desarrollo Psicomotor en los niños de 3 años de la red educativa 14 UGEL 02 Lima. Universidad Nacional Federico Villarreal. Investigación que sustentó para obtener el grado académico de maestro en psicología educacional.
9. Ancajima L. & Becerra, S. (2019). Contratación laboral de personas con discapacidad y su efecto en el impuesto a la renta en las empresas de servicios ubicadas en el distrito de Chiclayo, periodo 2018 (Tesis de

- licenciatura). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Perú.
10. Takano T. Hayashia A. Haradab Y. Progresión de la discapacidad motora en la parálisis cerebral: el papel de la epilepsia concomitante. [Internet] 2020 [citado el 4 de noviembre de 2021]; 80, 81-85. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2020.06.014>
 11. Kim SW. Jeon HR. Jung HJ. Kim JA. Canción J. Kim J. Características clínicas de los niños con retraso del desarrollo según la evaluación interdisciplinaria. [Internet] 2020 [citado el 20 de noviembre de 2021]; 10 (8148). Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-64875-8>
 12. Alesi M. Battaglia G. Pepi A. Bianco A. Palma A. Competencia motora gruesa y funcionamiento intelectual, Medicina. [Internet] 2018 [citado el 21 de noviembre de 2021]; 97(41). Disponible en: doi: 10.1097 / MD.00000000000012737
 13. Di Renzo M. Di Castelbianco F. Vanadia E. Racinaro L. & Rea M. The Psychomotor Profile in Children with Autistic Spectrum Disorders: Clinical Assessments and Implications for Therapy. [Internet] [citado el 22 de noviembre de 2021]; 7: 209. Disponible en: doi:10.4172/2165-7890.1000209
 14. Aguilar P. El nivel de desarrollo psicomotor en los niños de 4 años de la Institución Educativa Inicial n°270 Independencia de Puno. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional del Altiplano. Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/11771/Aguilar_Arapa_Paola_Yadira.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 15. Marchán G. Estudio sobre la situación socio-laboral de la persona con discapacidad en el distrito de Piura: medidas de inclusión (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional de Piura, Perú. 2018.
 16. Ynoue M. Desempeño funcional y características demográficas de pacientes con discapacidad asociados a parálisis cerebral infantil en menores de 14 años en los servicios de rehabilitación del hospital II-2 Tarapoto y hospital II EsSalud – Tarapoto, periodo julio – noviembre de 2015. (Tesis para optar título). Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto. 2017. Disponible en: http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/836/TP_MED_00012_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y

17. Tuesta W. Evaluación del desarrollo psicomotor en niños y niñas con síndrome de Down asistentes al programa de intervención temprana de Punchana; Iquitos 2017. (Tesis de licenciatura). Universidad Científica del Perú. Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/480/TUESTA-1-Trabajo-Evaluaci%C3%B3n.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Cigarroa I. Sarqui C. Zapata R. Efectos del sedentarismo y obesidad en el desarrollo psicomotor en niños y niñas: una revisión de la actualidad latinoamericana. Univ Salud. [Internet] 2016 [citado el 4 de noviembre de 2021]; 18 (1): 158-9. <https://doi.org/10.22267/rus.161801.27>
19. Fernández D. Fernández A. Fernández A. Calleja B. Detección y manejo del retraso psicomotor en la infancia. Pediatr Integral. [Internet] 2015 [citado el 1 de noviembre de 2021]; 19 (8): 532-9
20. Calugi et al., ¿El retraso psicomotor define un fenotipo clínicamente relevante de depresión unipolar? [Internet] 2011 [citado el 5 de noviembre de 2021]; 129 (1-3), 296 – 300. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.08.004>
21. Parker G. McCraw S. The properties and utility of the CORE measure of melancholia J. Affect. Disord., [Internet] 2017 [citado el 5 de noviembre de 2021]; 207,128-135. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.029>
22. Vissers LE. Gilissen C, Veltman JA. Genetic studies in intellectual disability and related disorders. Nat Rev Genet. 2016; 17: 9-18. Siu MT, Weksberg R. Epigenetics of autism spectrum disorder. Adv Exp Med Biol. 2017; 978: 63-90.
23. Ulbricht et al., Lapane Changes in depression subtypes among men in STAR*D: a latent transition analysis Am. J. Men's Health, [Internet] 2018 [citado el 6 de noviembre de 2021];12 (1) (2018), pp. 5-13. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1557988315607297>
24. Heijnen et al. Influence of age on ECT efficacy in depression and the mediating role of psychomotor retardation and psychotic features J. Psychiatr. Res., [Internet] 2019 [citado el 6 de noviembre de 2021]; 109 (2019), pp. 41-47. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.11.014>

25. Monedero M. Retraso psicomotor en el trastorno bipolar. [Internet] 2020 [citado el 7 de noviembre de 2021] Disponible en: <https://www.verywellmind.com/psychomotor-retardation-380166#citation-3>
26. Primo L. Sica N. Niveles más bajos de factor neurotrófico derivado del cerebro se asocian con retraso psicomotor melancólico entre pacientes hospitalizados deprimidos. Trastorno bipolar. 2018; 20 (8): 746-752. doi: 10.1111 / bdi.12636
27. Navas M. Urquijo CM. Gutiérrez Y. Durán N. Álvarez E. Propuesta de sistema para la atención integral al niño discapacitado por parálisis cerebral y a su familia. Mediacentro Electrónica [Internet]. 2013 [citado el 9 de noviembre de 2021]; 17(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930432013000200003&lng=es
28. Hernández N. Landrove I. Andrés A. Desarrollo psicomotor al año de edad en niños con antecedentes de asfixia al nacer. CCM [Internet]. 2014 [citado el 5 de noviembre de 2021]; 18(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156043812014000300008&lng=es
29. Kurowska K. Desarrollo psicomotor anormal de los niños. Parte I: La definición básica y la información. [Internet] 2018 [citado el 21 de noviembre de 2021]; 14 (2): 143-150. Disponible en: DOI: 10.15557 / PiMR.2018.0014
30. OMS. (2017). Discapacidades. Retrieved from Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
31. Santana G. (2013). Discapacidad Psicomotora. EcuRed, 1-5. Retrieved from https://www.ecured.cu/Discapacidad_Psicomotora
32. Hernández R., Fernández C y Baptista P. Metodología de la Investigación. 6° ed. MCGRAW-HILL. México, 2014.
33. Meza A. Nivel de vida y salud. Editorial Causachun, 1972 - 105 pp.
34. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perfil sociodemográfico de la población con discapacidad. [Internet] 2017. [citado el 12 de enero de 2022] Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1675/libro.pdf

ANEXOS



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA

Caracterización del Retraso Psicomotor en la asociación de familias de personas con discapacidad AFAPED durante el 2020

H.C: N°

Características Socio - Demográficas

- ☐ Edad: 7 años
- ☐ Género: M () F ()
- ☐ Procedencia: Urbana () Urbano - Marginal () Rural ()
- ☐ NSEC: _____

2. Evaluación Clínica:

- ☐ Tipo de Trastorno:
- ☐ Observaciones:

**CÉDULA SOCIOLÓGICA DE MEZA CUADRA PARA MEDIR EL NIVEL SOCIO
ECONÓMICO Y CULTURAL DE LA FAMILIA**

1. GRADO DE INSTRUCCIÓN	2.- NIVEL DE INFORMACIÓN	3.- CATEGORÍA OCUPACIONAL
(0) Analfabeta (1) Primaria incompleta (2) Primaria completa. (3) Secundaria incompleta (4) Secundaria completa (5) Técnico. (6) Universitario	(0) Desconoce (1) Incompleta (3) Completas	(0) Desocupado – abierto (1) Obrero (2) Independiente (3) Empleado (4) Profesional (5) Empleador
4.- INGRESO MENSUAL	5.- TIPO DE VIVIENDA	6.- MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN
(0) < 500 (1) 500 – 700 (2) 701 – 800 (4) 801 – 900 (5) > 900	(1) Callejón (2) Quinta (3) Casa (4) Independiente (6) Chalet	(0) Recuperable (esteras) (1) Rustico (adobe-caña) (3) Madera (4) Material noble
7.- PERSONA POR CAMA	8.- PERSONA POR PIEZA	9.- TIPO DE COCINA
(0) Más de 3 personas (1) Entre 2 y 3 personas (2) Entre 1 y 2 personas (3) Una persona o menos	(0) Más de 3 personas (1) Entre 2 y 3 personas (2) Entre 1 y 2 personas (3) < 1 persona o menos	(1) Bracero (leña y/o carbón) (3) Kerosene (5) Gas o eléctrica
10.- SERVICIOS HIGIÉNICOS	11.- LUZ ELÉCTRICA	12.- AGUA POTABLE
(0) No hay (1) Pozo ciego (2) Letrina (3) Inodoro	(0) No hay instalación (2) Si hay instalación	(0) No hay instalación (5) Si hay instalación

CLASIFICACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL (N.S.E.C)

- N.S.E.C ALTO 65 - 75 PUNTOS
- N.S.E.C MEDIO ALTO 45 - 64 PUNTOS
- N.S.E.C. MEDIO 27 - 44 PUNTOS
- N.S.E.C. BAJO 00 - 26 PUNTOS