



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“ESTILOS DE APEGO Y SU INCIDENCIA EN EL DESARROLLO
PSICOMOTOR”.**

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica

Autora: Bazantes Naranjo, Mónica Alexandra

Tutora: Ps. Cl. Rodríguez Pérez Mayra Lucia

Ambato - Ecuador

Marzo, 2018

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de Tutora del Proyecto de Investigación sobre el tema: **“ESTILOS DE APEGO Y SU INCIDENCIA EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR”** de Mónica Alexandra Bazantes Naranjo, estudiante perteneciente a la Carrera de Psicología Clínica considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad Ciencias de la Salud.

Ambato, Enero del 2018

LA TUTORA

.....

Ps.Cl. Rodríguez Pérez Mayra Lucia

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el presente trabajo de investigación: **“ESTILOS DE APEGO Y SU INCIDENCIA EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR”**, como también los contenidos, ideas, análisis y conclusiones son de responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Enero del 2018

LA AUTORA

.....

Bazantes Naranjo Mónica Alexandra

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Proyecto de Investigación o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los Derechos en línea patrimoniales de mi proyecto de investigación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción del Proyecto de Investigación, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta producción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Enero del 2018

LA AUTORA

Bazantes Naranjo Mónica Alexandra

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema:
“LOS ESTILOS DE APEGO Y SU INCIDENCIA EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR” de Mónica Alexandra Bazantes Naranjo estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Marzo del 2018

Para su constancia firman:

PRESIDENTE/A

1er VOCAL

2do VOCAL

DEDICATORIA

Dedico este proyecto a Dios, a mis padres, Judith e Hilario, por ser el pilar de mi educación.

A mi esposo e hija: Welinton y Sofía.

A mis Hermanos: Martha, Gladys, Wilson, María e Irma

Bazantes Naranjo Mónica Alexandra

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios que a través de su mano hizo posible la elaboración de este proyecto de investigación, al centro de Desarrollo Infantil Universitario que a través de sus miembros administrativos, Padres de Familia y Niños por su colaboración, predisposición y apertura para la evaluación pertinente. A mi esposo e hija que, por su comprensión, amor y ternura, me apoyaron de una u otra manera en este proyecto y que son el sostén en mi vida para llegar alcanzar mis objetivos y metas. A mis padres y hermanos que fueron y serán un pilar fundamental en mi formación personal y profesional.

De una manera especial a mis profesores que fueron mi guía y colaboraron en mi formación académica, por sus enseñanzas y nobleza en las aulas de clase.

Bazantes Naranjo Mónica Alexandra

Índice

| | |
|----------------------------------|------|
| Portada | i |
| Aprobación de la tutora | ii |
| Autoría del trabajo de grado | iii |
| Derechos de autor | iv |
| Aprobación del jurado examinador | v |
| Dedicatoria | vi |
| Agradecimiento | vii |
| Índice | viii |
| Resumen | xv |
| Summary | xvi |

Índice de contenidos.

| | |
|--|----|
| CAPÍTULO I | 2 |
| EL PROBLEMA | 2 |
| 1.1 Tema | 2 |
| 1.2 Planteamiento del problema | 2 |
| 1.2.1 Contexto | 2 |
| 1.2.2 Formulación del problema | 7 |
| 1.3 Justificación | 8 |
| 1.4 Objetivos | 8 |
| Objetivo General: | 8 |
| Objetivos Específicos: | 8 |
| CAPÍTULO II | 9 |
| MARCO TEÓRICO | 9 |
| 2.1 Estado del Arte | 9 |
| 2.2 Fundamentación Teórica | 17 |
| 2.3 Hipótesis o Supuestos | 36 |
| CAPÍTULO III | 37 |
| MARCO METODOLÓGICO | 37 |
| 3.1 Nivel y Tipo de Investigación | 37 |
| 3.2 Selección Del Área O Ámbito De Estudio | 37 |

| | |
|---|----|
| 3.3 Población | 37 |
| 3.4 Criterios de Inclusión y Exclusión | 38 |
| 3.4.1 Criterios de Inclusión | 38 |
| 3.4.2 Criterios de Exclusión | 38 |
| 3.5 Diseño Muestra | 38 |
| 3.6 Operacionalización de Variable | 39 |
| 3.7 Descripción de la intervención y procedimientos | 42 |
| 3.8 Aspectos éticos | 42 |
| | |
| CAPÍTULO IV | 47 |
| | |
| ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS | 47 |
| 4.1 Resultados de Evaluación de Estilos de Apego | 47 |
| 4.2 Resultados de la evaluación del Desarrollo Psicomotor | 49 |
| 4.3 Prueba de Comprobación Estadístico chi cuadrado | 51 |
| 4.4 Tablas de contingencia | 52 |
| | |
| CAPÍTULO V | 59 |
| | |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 59 |
| 5.1 Conclusiones | 59 |
| 5.2 Recomendaciones | 60 |
| | |
| BIBLIOGRAFÍA | 61 |
| | |
| ANEXOS | 68 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla N°1: Tabla de desarrollo psicomotor | 29 |
| Tabla N°2: Operacionalización de variable: Estilos de Apego | 39 |
| Tabla N°3: Operacionalización de variable: Desarrollo Psicomotor | 41 |
| Tabla N°4: Estilos de Apego | 47 |
| Tabla N°5: Resultados de la Evaluación del Desarrollo Psicomotor | 49 |
| Tabla N°6: Prueba de Comprobación Chi cuadrado | 52 |

INDICE DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura N°1: Evaluación de los Estilos de Apego | 48 |
| Figura N°2: Evaluación del Desarrollo Psicomotor | 50 |
| Figura N°3: Evaluación del Desarrollo Psicomotor Grueso | 53 |
| Figura N°4: Evaluación del Desarrollo Motor Fino | 54 |
| Figura N°5: Evaluación del Desarrollo Psicomotor en el área de Lenguaje | 56 |
| Figura N°6: Evaluación del Desarrollo Psicomotor en el área Social | 57 |

INDICE DE ANEXOS

| | |
|--|----|
| Anexo I. Consentimiento informado | 68 |
| Anexo II. Hoja de respuesta del RADQ | 69 |
| Anexo III. TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR | 72 |

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
**“LOS ESTILOS DE APEGO Y SU INCIDENCIA EN EL DESARROLLO
PSICOMOTOR”**

Autora: Bazantes Naranjo Mónica Alexandra

Tutora: Ps. Cl. Mayra Rodríguez

Fecha: Febrero, 2018

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación es determinar la incidencia de los Estilos de Apego en el Desarrollo Psicomotor de los infantes que pertenecen al Centro de Desarrollo Infantil Universitario. Los estilos de apego fueron evaluados con el Cuestionario de estilos de apego (RADQ), que consta de 30 Ítems que brinda resultados globales del apego. El desarrollo psicomotor fue evaluada a través de la prueba de tamizaje del desarrollo de Denver (DDST) es el instrumento más aplicado para evaluar el progreso en el desarrollo de niños desde su nacimiento hasta los 6 años de edad. Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS a través de la Prueba X² y la significancia exacta de chi cuadrado ($0.743 > 0.05$), comprobando la independencia de las variables, concluyendo que no existe incidencia entre las mismas. Sin embargo, se identificó relación entre el Apego Ansioso con dificultad en el desarrollo personal social.

PALABRAS CLAVES: APEGO, DESARROLLO _PSICOMOTOR, INFANTES, RELACIONES - FAMILIARES

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO HEALTH SCIENCES

DEPARTMENT CLINICAL PSYCHOLOGY DEGREE

**"THE STRESS AND ITS RELATIONSHIP WITH THE IRRATIONALS
BELIEFS"**

Author: Bazantes Naranjo Mónica Alexandra

Director: Ps. Cl. Mayra Rodríguez

Date: February, 2018

SUMMARY

The objective of the present investigation is to determine the incidence of the Styles of Attachment in the Psychomotor Development of the infants who belong to the Center of Infantile University Development. Attachment styles were evaluated with the Attachment Style Questionnaire (RADQ), which consists of 30 items that offers global attachment results. Psychomotor development was assessed through the Denver Development Screening.

Test (DDST) is the most advanced instrument to assess the progress in the development of children from birth to 6 years of age. For the data analysis, the statistical program SPSS was used through the X² test and the exact significance of chi-square (0.743 > 0.05), verifying the independence of the variables, concluding that there is no incidence between them. However, the relationship between Anxious Attachment and difficulty in personal social development was identified.

KEYWORDS: ATTACHMENT, PSYCHOMOTOR DEVELOPMENT , INFANTS, FAMILY RELATIONSHIPS

INTRODUCCIÓN

El presente estudio es sobre los estilos de apego y su incidencia en el desarrollo psicomotor, tomando como referencia la teoría de Bowlby y de la psicología del desarrollo. En una población de 40 niños pertenecientes al Centro de Desarrollo Infantil Universitario de la Universidad Técnica de Ambato en donde los padres estuvieron de acuerdo y firmaron el consentimiento informado. El apego es una necesidad de los seres humanos para formar vínculos afectivos fuertes con las personas que los rodean, permitiendo así el manejo y expresión de emociones, los estilos de apego son vínculos emocionales que desarrolla el niño con sus padres (o cuidadores) y que le proveen la seguridad emocional necesaria para un buen desarrollo. Esta variable fue evaluada con el Cuestionario de estilos de apego (RADQ), que consta de 30 Ítems que brinda resultados globales del apego.

El desarrollo psicomotor es un proceso continuo que empieza desde la concepción hasta los seis años, con una continuación casi estándar en todos los niños, pero con un poco de variación en su ritmo. En este transcurso en el que el infante adquiere distintas habilidades, entre ellas: manipulativa, motora, lenguaje y social, que admiten una creciente adaptación e independencia al medio. Esta función combina interacciones emocionales, cognitivas, simbólicas y sensorio motrices en la destreza del ser y la capacidad de expresarse en un contexto, esta variable fue evaluada a través de la prueba de tamizaje del desarrollo de Denver (DDST) que es el instrumento más aplicado para evaluar el progreso en el desarrollo de niños desde su nacimiento hasta los 6 años de edad.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Tema

Estilos de apego y su incidencia en el Desarrollo Psicomotor

1.2 Planteamiento del problema

1.2.1 Contexto

Una investigación realizada por el Mapa Mundial de la Familia (2013) encontró que las familias biparentales están disminuyendo en muchas regiones del mundo pero todavía representan un mayor porcentaje a nivel mundial. Existe la posibilidad de que los niños menores a 18 años que se encuentran viviendo en familias biparentales en mayor porcentaje están en las regiones de Asia y el Medio Oriente, mientras que en América, Europa, Oceanía y África existe un mayor índice de niños que viven con uno o ninguno de sus padres, existiendo en estas regiones problemas en la formación de vínculos parentales. En América aproximadamente entre la mitad y las tres cuartas partes de los niños viven en hogares biparentales es decir con ambos padres biológicos o no, con cifras que oscilan con el 53% en Colombia hasta el 78% en Canadá.

Según World Family Map (2014) en América del Norte, Oceanía y Europa existe un menor índice de niños que viven con uno o ninguno de sus padres. En Europa Occidental alrededor del 11% y el 15% de los niños pertenecen a una familia monoparental, en cambio en las regiones de Estados Unidos en un 27% los infantes viven con uno de los padres, mientras que el Reino Unido tiene un 24% y Nueva Zelanda también con un 24% de los niños que pertenecen

a familias monoparentales. En una extensa parte de América Central y del Sur también del África Subsahariana, la posibilidad que los niños convivan con uno o ninguno de los progenitores se presenta mayor en otras regiones, alrededor del 13% en Nigeria y en un 43% en Sudáfrica los niños pertenecen a familias monoparentales, mientras que el 4% de los niños en Argentina y un 20% de los niños en Sudáfrica y Uganda viven en hogares sin ninguno de sus padres. En relación a los países sudamericanos que fueron analizados en esta investigación, se concluye que en un mayor porcentaje de los infantes que viven sin ninguno de sus progenitores se encuentra en Colombia con el 11%. Sin embargo existe un elevado porcentaje de infantes sudafricanos entre un 20% y 43% que conviven con uno de sus padres o sin ninguno de ellos.

Según la UNICEF (2014) en Latinoamérica ha existido un aumento de porcentajes en hogares monoparentales que están encabezados por madres con un 10.9% y hogares monoparentales extensos con un 17.2%, mientras que en un promedio ponderado se muestra que existe un 63.6% de familias nucleares, en un 19% familias extensas, con el 1.4% familias compuestas y en un 16% de niños que viven en hogares sin sus padres. Estos datos revelan que los vínculos que establecen los niños en Latinoamérica son alterados debido al tipo de hogar en donde se desenvuelven.

Según las Naciones Unidas (2016) en su estadística de cada año en Latinoamérica menciona que existe un 34.5% de familias biparentales con hijos, mientras que un 8.5% pertenece a familias biparentales sin hijos, en cambio el 1.6% son familias monoparentales, en un 14.5% pertenecen a familias extensas, en tanto que con el 1.1% son familias compuestas y en un 0.2% son familias sin núcleo.

En un estudio del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC], (2014) refiere que en Ecuador a nivel de la sierra, las provincias con altos porcentajes en la formación de pertenencia

y que establecieron su primer vínculo hacia la madre son en Loja con 37.927 niños que representan al 84.3% de la población total de niños, en los Ríos con 73.650 niños que son el 83.8% de la población entablaron su primer vinculo, en la provincia de Bolívar con 18.969 niños que representan al 82.2% de la población pudieron construir su primer vinculo. En cambio en las provincias en las que existe un menor porcentaje de pertenencia de las madres con los niños y menos fomentación del vínculo afectivo son la provincia de Chimborazo con 35.989 niños que representan al 67.6% de la población, en Pichincha 188.742 niños que son el 68.4% de la población tuvieron la oportunidad de establecer el primer vinculo, mientras que en Cotopaxi con un 33.607 de niños que son el 70.2% de la población cumplen con entablar su primer vínculo.

Molina (2015) en su estudio realizado sobre el Tipo de Apego y su influencia En Los Rasgos de Personalidad en el Patronato Provincial de Tungurahua, observo que el 56.66% presenta apego seguro, mientras que un 20% tiene un apego ambivalente en el cual se realizó un análisis donde se encontró que el 17.6% presenta interferencia parental, un 18.46% tiene preocupación familiar con respecto a sus figuras de apego, mientras que el 16.70% presenta resentimientos de infantilización y con el 13.33% presenta apego evitativo, en tanto que con un 10% presenta un apego no resuelto. De la población se evidencia que el 19.93% presentan Apoyo Familiar, mientras que con un 19.93% y un 20,56% mostraron apoyo vivido en su infancia

Díaz (2015) en su investigación realizada en la ciudad de Ambato acerca del apego parental y su influencia en la Autoestima de estudiantes de los colegios Jorge Álvarez y los Andes, evidencio que el 48.66% de la población mostraron un apego seguro hacia la madre, en cambio con un 31.54% presenta un apego inseguro mostraron que en la niñez este grupo existía una ambivalencia hacia su madre, mientras que un 12.08% presento un apego desorganizado posiblemente existía la ausencia de la figura materna, en tanto que el 7.72% se encontró que en la infancia podrían haber presentado un apego evitativo.

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2013) revela que más de una cuarta parte que es el 26% de los niños y niñas menores de 5 años en todo el mundo tenían un retraso en el crecimiento, significando 165 millones de infantes en el planeta. África subsahariana y Asia meridional representan las tres cuartas partes de los infantes que padecen retraso en el crecimiento en todo el mundo, en África subsahariana, el 40% de los infantes menores a 5 años tienen retraso en el crecimiento, mientras que en Asia meridional el 39% de los niños lo padecen. Se estima que la prevalencia mundial de retraso en el crecimiento en los infantes menores de 5 años se ha disminuido en un 36%, desde 1990. La reducción mas marcada fue en Asia oriental y el pacifico de un 42% a un 12% y en china se disminuyó de un 30% a un 10%. Mientras que en América Latina y el Caribe se redujo la prevalencia de retraso en el crecimiento infantil en más de la mitad durante el mismo periodo afectando en el desarrollo infantil.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) revela que un indicador clave de la malnutrición crónica es el retraso en el crecimiento, menciona que un niño sufre de retraso en el crecimiento cuando es excesivamente bajo para su grupo de edad. Con estadísticas del 2016 en todo el mundo hay unos 155 millones de niños que sufren retraso en el crecimiento. La tasa de retraso en el crecimiento es más elevada en África y Asia en 2016, afectando al 37% y al 34% de la población infantil.

Álvarez , Soria y Galbe (2009) señalan que las estadísticas dentro del desarrollo psicomotor en Norte América no presenta índices significativos pero son perjudiciales para la población; en Estados Unidos utilizan el termino de observación del desarrollo para explicar el trabajo de pediatría, indicando que se estima que entre un 1% y 3% de los niños entre la edad de 5 años manifiestan retraso en el desarrollo, y que de un 5% al 10% de la niñez padece algún tipo de discapacidad del desarrollo, considerando las dificultades de comportamiento, se observa que del 12% al 16% de los niños padecen conflictos en el desarrollo de conducta y puede aumentar

hasta alrededor de un 16.8% si tomamos en cuenta los 15 años de vida. Por lo que se concluye que en Norteamérica se evidencian problemas del desarrollo y/o comportamiento en 1 de cada 6 niños.

Un estudio realizado por el Instituto Nacional De Salud Pública (INSP), (2012) señala que uno de los problemas de México y que sigue presente en la población menor de 5 años es la talla baja, lo que puede generar problemas en el desarrollo, lo que impide un desarrollo normal.

Según las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (ENSANUT) se evidencia que en México cerca de 765 mil menores de 5 años presentan una baja talla que corresponde al 22.9%, mientras que 179 mil niños perteneciendo al 5.4% se evidencia peso bajo. Este retraso en el desarrollo es mayor en las zonas rurales con el 27.4% que en zonas urbanas con un 18.5%. Presentando índices significativos del retraso psicomotor en la población, debido a que tanto la talla como el peso están involucrados en el desarrollo de los niños.

Según la OMS (2013) revela que cerca de 165 millones de niños en el Ecuador sufren un retraso en el crecimiento, siendo el indicador que define la desnutrición infantil, revela que un 35% de todas las dificultades de la niñez se ve reflejada con la desnutrición.

Los datos según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2014) arrojan que las provincias que presentan desnutrición infantil, afectando el desarrollo psicomotor de los niños y niñas en el Ecuador son : El Oro con un 13%, en Santo Domingo de los Tsáchilas se evidencia un 16%, en Guayas existe un 17%, en la provincia de los Ríos existe un 17%, en Galápagos se evidencia un 18%, en Manabí existe un 19%, en la provincia de Esmeraldas existe un 22%, en el Nacional un 24%, mientras que en Sucumbíos un 26%, en Pichincha existe un 26%, en la provincia de Orellana con un 27%, en Loja con un 28%, en Imbabura con un 29%, en Napo existe un 30%, en Cañar con un 31%, en Zamora Chinchipe con un 31%, en el Azuay con un 32%, en la provincia de Tungurahua con un 33% , en Cotopaxi existe un 34%, mientras que en

el Carchi y Pastaza con un 35%, en tanto que en Bolívar existe un 40%, en Santa Elena con un 41%, mientras que en las provincias de Chimborazo y Morona Santiago se presenta un 44%, afectando así el desarrollo infantil, en la motricidad gruesa, fina, en el área del lenguaje y en el área cognitiva de los niños y niñas.

Según por Encuesta de Medición de Indicadores sobre la Niñez y los Hogares (EMEDINHO), citado por Portero, (2013), arroja datos acerca del desarrollo infantil en el Ecuador revelando que uno de cada cinco niños de hogares indígenas tiene síntomas que afectan su desarrollo físico, mientras que el 12% de los niños entre los nueve y doce años de edad en mención de sus madres presentan problemas para caminar. En cambio en el sector rural se evidencia que el 7% de niños entre los dos y nueve años presentan dificultades para caminar afectando la motricidad gruesa. En tanto el 16% de los infantes entre los dos años de edad a juicio de las madres evidencias algún tipo de retraso. El 29% es decir la tercera parte de niños de entre seis a nueve años tiene algún problema motriz.

MIES (2015) En la provincia de Tungurahua 14.879 niños que representan un 33.3% de la población infantil dentro de la Provincia, con un total de 44.666 presentan desnutrición infantil, presentando problemas en el desarrollo motor, cognitivo, de lenguaje y social de las niñas y niños que tienen este problema.

Por lo tanto encontramos que en la mayoría de la población presenta dificultades en el desarrollo psicomotor en las áreas de motricidad gruesa, fina, adaptabilidad, en la audición, lenguaje y en al área personal social.

1.2.2 Formulación del problema

¿Cómo inciden los estilos de apego en el desarrollo psicomotor en la niñez del centro de desarrollo infantil universitario?

1.3 Justificación

El interés de investigar acerca de los estilos de apego y el desarrollo psicomotor proviene de su importancia, considerando que los primeros años de vida son fundamentales en el desarrollo del ser humano, los vínculos familiares son el primer medio de contacto que se establece durante esta etapa, existiendo exploración y comunicación con el entorno que puede o no suministrarle la seguridad que necesita para un buen desarrollo tanto físico, cognitivo y emocional , por lo que se considera indispensable determinar la incidencia de los estilos de apego en el desarrollo psicomotor.

Actualmente en la sociedad no se ha tomado el debido interés al desarrollo psicomotor en la infancia ya que no existe estadísticas específicas acerca del retraso psicomotor y de sus causas, por esa razón es importante realizar investigaciones acerca de esta variable, para conocer las necesidades de nuestra infancia, sus principales beneficiarios serán los niños, los padres y los cuidadores del centro infantil.

Se contó con una amplia apertura de parte del desarrollo infantil universitario, contando con la colaboración de los miembros administrativos, padres de familia y niños y niñas que pertenecen al centro. La población cuenta con la característica de permanecer de entre 5 a 8 horas en el centro, compartiendo un corto tiempo con su figura de apego convirtiéndose en un grupo ideal para el tema de estudio.

1.4 Objetivos

Objetivo General:

Determinar la incidencia de los estilos de apego en el desarrollo psicomotor en los niños del centro de desarrollo infantil universitario

Objetivos Específicos:

- Evaluar los estilos de apego que presentan los niños del Centro de Desarrollo Infantil Universitario.

- Identificar el desarrollo psicomotor en los niños del Centro de Desarrollo Infantil Universitario

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Estado del Arte

De la presente investigación acerca estilos de apego y su incidencia en el desarrollo psicomotor, se encontraron las siguientes investigaciones con relación de las variables:

Camps, Castillo y Cifre (2014) en su estudio realizado en España sobre el Apego y psicopatología en Adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato con una muestra de 40 jóvenes y adolescentes, de los cuales un mayor porcentaje ha sufrido negligencia familiar, en un menor porcentaje presento maltrato emocional y un pequeño porcentaje ha sufrido maltrato sexual. La recolección de información de los estilos de apego, encontrando que más de la mitad de la muestra presenta apego inseguro, mientras que en relación al apego seguro se evidencia un menor porcentaje. De la población que presento un apego inseguro en su mayoría presenta un apego evitativo y en menor porcentaje presentan apego temeroso. Mientras que en la sintomatología patológica se observa que la mayoría de la población presenta hostilidad, encontrando síntomas obsesivos- compulsivos, con un mismo porcentaje la población presento ideación paranoide, igualmente presentaron psicoticismo, mientras que en un menor porcentaje se evidencia sensibilidad interpersonal. Concluyendo que el maltrato familiar está relacionado en mayor prevalencia con el apego inseguro.

Guzmán, Carrasco, Figueroa, Trabucco y Vilca (2016) en un estudio que se efectuó en Chile acerca de los Estilos de Apego y Dificultades de Regulación emocional aplicada en Estudiantes Universitarios de Chile, con una muestra de 548 estudiantes, con edades comprendidas de 18 a 28 años, se analizó las estrategias de regulación emocional donde variaron según los estilos de apego. Se evidencia que las personas que presentan un apego seguro tienen menos dificultades en su estado emocional, un segundo resultado obtenido es que las personas seguras en el apego presentan un rechazo emocional igual a los que presentaron apegos temerosos y preocupados. Las personas con un apego seguro también pueden tener bajos niveles de descontrol de impulsos, presentan una mejor aceptación de las experiencias emocionales y tienen la capacidad de enfrentar mejor las tareas bajo circunstancias de estrés, tienen una solución más directa, planifican y buscan ayuda. Mientras que las personas con un apego ansioso tienen un bajo descontrol, tienen rechazo e indiferencia, se distancian de sí mismos y de los estímulos que les ocasionan estrés, estas personas presentan una mayor confusión en sus emociones.

Chamorro (2012) en una investigación cualitativa realizada en Asunción ciudad de Paraguay sobre el apego y su importancia para el pediatra, concluyo que el apego es el lazo que nace desde edades muy tempranas entre la madre e hijo, es fundamental que se realice en circunstancias adecuadas para un buen desarrollo emocional y cognitivo en el niño, su construcción en condiciones desfavorables originara diferentes tipos de apego que podrían

resultar en varios trastornos de conducta que perjudica al niño hasta la edad adulta, lo que embocaría el origen de patologías psiquiátricas. Es fundamental promover la presencia de un apego seguro en el niño. Según diferentes estudios los cuatro tipos de apego están distribuidos de manera general en la población con un porcentaje mayor el apego seguro, seguido del apego evitativo, continuando el apego ambivalente y con un menor porcentaje el apego desorganizado.

Grimalt y Heresi (2012). En Chile dentro de la Universidad Diego Portales se realizó una investigación sobre los Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo. Su objetivo es establecer la relación entre el estilo de apego de la progenitora y cuál es la representación que la madre cimienta acerca del hijo en gestación. La muestra que se tomó para realizar la investigación es de 3 madres que presenten los tres patrones de apego definidas por Ainsworth y que estén en el cuarto y octavo mes de embarazo. Se concluyó que la mujer que presenta apego seguro tiene una representación equitativa coherente y flexible del niño, también una perspectiva de sí misma como capaz de proveer cuidado y seguridad al niño. Mientras que la madre con un Apego Ambivalente simboliza a su hijo de una manera incierta y una concepción de sí misma con dificultades para contenerlo, también presenta fantasías de muerte y de daño, por último la madre con un apego evitativo se obliga a no tener representaciones con el feto, ni a sí misma como una madre futura.

Estrada (2009) en Buenos Aires Argentina se realizó un estudio acerca del estilo de apego en niños preescolares que pertenecen a familias multiproblemáticas la muestra fue seleccionada por medio de filmaciones realizadas tomando a niñas y niños en edades correspondidas entre 3 y 5 años con sus madres o cuidadores sustitutos, todas las familias tenían niños con situación de riesgo como maltrato, abuso sexual o abandono y las familias eran multiproblemáticas. Concluyendo que es de gran importancia conocer la interacción del niño con su cuidador para conocer la influencia de la familia problemática en el apego.

Amar y Berdugo (2006) en Colombia se realiza una investigación acerca de los vínculos de apego en niños víctimas de violencia intrafamiliar, el estudio tiene como objetivo describir los vínculos de apego que mantienen los infantes de violencia intrafamiliar activa y pasiva con las personas que los rodean, la población para este estudio fue de 27 niños en edades comprendidas de 9 y 12 años. Para la recolección de datos se realizó una entrevista semiestructurada. Se concluyó que los niños con violencia intrafamiliar pasiva no manifestaron tener sentimientos

de rechazo o de desatención por sus progenitores, mientras que 7 de los niños que pertenecen al grupo de violencia intrafamiliar activa manifiestan que huyen o evitan a sus padres puesto que conocen sus reacciones violentas y buscan a otras personas para ser protegidos.

Guerra y Muñoz (2013) en Colombia se investigó sobre las Expresiones y comportamientos de apego madre-recién nacido hospitalizado en madres y enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de una institución con una muestra de 10 madres y 9 enfermeras el estudio se realizó a través de la guía de Observación-Participación-Reflexión de Leininger, la fotografía y la entrevista en profundidad. Se menciona en la investigación que el apego entre la madre y el neonato es una relación que tiene efectos importantes en el desarrollo físico, psicológico e intelectual. Esta relación suele ser afectada por las exigencias y obstáculos que imponen el servicio técnico de las Unidades de Cuidados Intensivos. Se evidencio que las madres presentan su propia manera de establecer la relación de apego con sus hijos a través de su cultura, de esta manera pueden orientar al área de enfermería en la intervención de sus servicios, en conclusión, las madres que pertenecer al Caribe entablan su relación con el neonato a través del lenguaje, hablan con sus hijos desde la gestación utiliza palabras como mamar gallo, manosear, sobar las cuales son propias de la cultura. Por otro lado, estas madres se limitan a callar y no hablarles, solo lo hacen cuando ellos están dormidos, teniendo la creencia de que el sueño es bienestar, el canto es una de las creencias que sirve para apaciguar situaciones de estrés, irritabilidad y dolor del neonato, la observación es una de las expresiones de apego que es empleada cuando las madres no pueden tocar al recién nacido por razones externas. El sobar y el manosear para las madres son utilizadas para las actividades diarias sobre el cuidado del neonato de esta manera para las madres ese comportamiento expresa amor y cariño que afianza el vínculo con el neonato. La oración interviene en el desarrollo de apego con el neonato según sus creencias. Dios interfiere en la relación de apego con sus hijos. La relación de pareja es importante para el bienestar de la madre y ayuda en el apego con sus hijos.

Palacios (2016) En tanto que en México se realizó un estudio cualitativo en relación a las alteraciones en el vínculo materno infantil, se investigó la prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación , para la evaluación del vínculo se suele utilizar la entrevista psicológica por la falta de reactivos psicológicos. En conclusión no existe criterios diagnósticos en los dos manuales de salud mental (DSM V Y CIE X) para trastorno o alteración en el vínculo materno – infantil se evidencia la importancia en la salud mental materno infantil. La relación de la madre y su niño durante el primer año de vida se centraliza

en la respuesta emocional materna. Manifestando que el vínculo es muy importante en el desarrollo social del niño. Las alteraciones en este vínculo tienen grandes consecuencias como en el desarrollo cognitivo, en las relaciones sociales, en la salud mental del niño, presenta riesgo de maltrato, abuso infantil e infanticidio. Los elementos que influyen en el vínculo materno son el embarazo, parto, posparto y el ambiente social. Se sugiere que se tome el debido interés de este aspecto en Latinoamérica diseñando intervenciones de salud específicas para disminuir las consecuencias.

Román (2015) en la ciudad de Latacunga (Ecuador), en una investigación de la Universidad Técnica de Ambato acerca de los estilos de apego y su relación en las habilidades sociales en adolescentes que asisten a la unidad educativa Victoria Vasconez Cuvi con una muestra de 100 estudiantes en edades comprendidas de entre 13 y 15 años, en donde se evidencia que la mayoría de la población presento un Apego Inseguro Evitativo, menos de la mitad de la población tiene un Apego Resistente, en tanto que un menor porcentaje presento un Apego Desorganizado y con un menor porcentaje un Apego Seguro. En cuanto a las habilidades Sociales la población presenta habilidades alternativas a la agresión con un mayor porcentaje, relacionadas con los sentimientos en un menor porcentaje y habilidades para ser frente al estrés con una baja población, habilidades enfocándose a la planificación con un menor porcentaje, con habilidades sociales primarias con una menor población y habilidades sociales avanzadas con un minio porcentaje. Se concluyó que el Apego Evitativo influye en las Habilidades Sociales agresivas.

Carrasco, Ortiz, Roldan y Chávez (2016) en su investigación realizada en las zonas rurales marginadas de México sobre la Desnutrición y desarrollo cognitivo en infantes, con el objetivo de analizar la relación que puede existir entre el estado de nutrición medido por antropometría y el desarrollo mental, psicomotor y del lenguaje, con una muestra de 567 niños con edades de 7 a 26 meses. Para su evaluación se utilizaron las subescalas del índice de desarrollo mental (IDM) y el índice de desarrollo psicomotor (IDP), donde observo que los niños con una baja estatura presentaron un menor índice de desarrollo del lenguaje, en tanto que el peso al nacer de los niños se relacionó con el desarrollo psicomotor. Concluyendo que la desnutrición en los infantes se ve reflejada en su desarrollo físico, mental y psicomotor que engloba habilidades.

Pipa, Rodríguez, Felguereso, Riera y González (2016) en España se efectúa un estudio acerca de la Displasia del desarrollo de la cadera en niños con trastorno psicomotor, con una muestra

de 325 casos, se evaluó a través de un estudio observacional, donde se encontró que 10 pacientes fueron diagnosticadas con algún tipo de trastorno psicomotor. Se evidencio que los casos de los pacientes que presentaron un diagnóstico de displasia de cadera y fueron sometidos a un tratamiento ortopédico presentaron algún tipo de trastorno psicomotor. En conclusión el trastorno psicomotor obstaculiza el tratamiento para la displasia de cadera, con un 7.2 veces mayor que en otros pacientes.

Santelices, Besoain y Escobar (2015) en una investigación en la Pontificia Universidad Católica de Chile en niños que asisten a salas de cuna en contexto de pobreza, acerca la Monoparentalidad, trabajo materno y desarrollo psicomotor infantil, su objetivo es la relación que puede existir entre el desarrollo psicomotor infantil, la jornada de trabajo de la madre y la configuración familiar, con una muestra de 199 niños con una edad de 8 a 24 meses, se evaluó a través de la escala de evaluación del desarrollo psicomotor 0-24 meses (EEDP), la información de la configuración y jornada de trabajo fue extraída por medio de una entrevista a los padres, donde se evidencio que los niños con un porcentaje mayor tienen un desarrollo normal, en un menor porcentaje pertenecen a una zona de riesgo en el desarrollo psicomotor, mientras que con una baja población presenta retraso, en tanto que menos de la mitad de la población viven en familias monoparentales y un porcentaje superior a la mitad de los individuos de estudio tienen una familia biparental. Por otro lado las madres que trabajan fuera del hogar o trabajan de manera temporal es menor a la mitad del porcentaje total las madres que trabajan media jornada es un porcentaje inferior a las demás jornadas y una población un tanto menor a la mitad de la población trabajan en jornada completa. En conclusión se halló que las familias monoparentales no tienen diferencias en el desarrollo psicomotor de las madres que trabajan fuera del hogar o medio tiempo, pero se evidencio que las familias biparentales no se ven afectadas el desarrollo psicomotor por que las madres trabajen jornadas completas, mientras que los niños que provienen de familias monoparentales tienen un desarrollo psicomotor en riesgo que a los infantes cuyas madres también trabajan jornada completa, con la diferencia que provienen de una familia biparental.

Hernández, Landrove y Matos (2014) en Cuba investigaron acerca del desarrollo psicomotor al año de edad en niños con antecedentes de asfixia del Hospital Vladimir Ilich Lenin. Con una muestra de 16 pacientes, se evaluó por medio de la escala de Gesell para determinar el desarrollo psicomotor, se evidenció que más de la mitad de los infantes presentaron algún tipo de alteración en su desarrollo psicomotor, de los cuales su mayoría presenta un retardo

moderado seguido de un retraso ligero y en un menor porcentaje se evidencia un retraso severo. Como conclusión los neonatos que presentaron asfixia al nacer manifestaron alteraciones en el desarrollo psicomotor predominando el retraso moderado, cuyas alteraciones tienen relación con el sexo masculino.

Podestá, Alarcón, Muñoz, Legue, Bustos y Barría(2013) un estudio realizado en la Universidad de Austral de Chile con niños y madres que fueron diagnosticados con depresión posparto, sobre la alteración del desarrollo psicomotor en hijos de mujeres con esta condición en la ciudad de Valdivia, con una muestra de 360 niños, se utiliza un estudio observacional de corte transversal, escala de evaluación de desarrollo psicomotor y la escala de depresión posnatal de Edimburgo (EDPE), se evaluó a los 18 meses de edad de los niños, donde se halló la existencia de una relación entre la depresión posparto y el desarrollo psicomotor alterado en los niños, siendo mayormente esta primero en las madres solteras o con parejas inestables y en una madre con más de 12 años de estudio, presentando una mayor alteración en el desarrollo psicomotor en los niños que habían presentado episodios graves de Ira.

Cigarroa, Sarqui y Zapata (2016) en Chile se realiza una investigación acerca de los efectos del sedentarismo y obesidad en el desarrollo psicomotor en niños y niñas, se buscó investigaciones actuales en Latinoamérica acerca de la obesidad y su relación con el desarrollo psicomotor, refiriendo que el desarrollo psicomotor es definido como un conjunto de habilidades que el infante adquiere desde el nacimiento y durante los dos primeros años es más intenso e importante, lo componen el área sensorial, motor, mental, interacción con el lenguaje y el área social del niño es un continuo cambio, se evidencio que existen pocas investigaciones sobre el sobrepeso y el desarrollo psicomotor, la evidencia que se encontró es que los niños diagnosticados con sobrepeso u obesos presentan alteraciones en su desarrollo psicomotor en diferentes áreas, sin embargo se aprecia diferencias en el rendimiento motriz según el género. En las niñas se presenta un bajo rendimiento en habilidades como saltar, carrera, equilibrio y la presencia de un mejor rendimiento en el desarrollo motor fino en comparación con los niños. En conclusión los resultados afirmar el impacto negativo que presenta la malnutrición por exceso en el desarrollo psicomotor de los niños. Aun cuando es necesario más estudios para que pueda ser confirmado.

Lejarraga, Kelmansky, Passcucci, Masautis, Insua, Lejarraga y Nunes (2016) en Argentina se realiza un estudio acerca de la evaluación del desarrollo psicomotor del niño en grupos de una

población de Cuenca Matanza Riachuelo que pertenece a Argentina que son familias que no cumplen con las necesidades básicas, evidenciando la existencia de un retraso en el desarrollo marcado en las poblaciones que se encuentran desfavorables y con una tendencia progresiva en el retraso con la edad. Los recién nacidos no presentan ningún tipo de retraso en su desarrollo, este es evidenciado a partir del año y medio de vida recordemos que en el desarrollo infantil está involucrado los cambios sensorio- motriz, emocional, la inteligencia, la expresión del lenguaje y el aprendizaje, midiendo las potenciales en el infante y su desempeño en la adultez.

Bravo (2016) en Ambato se realizó un estudio acerca de la estimulación Multisensorial en el Desarrollo de infantes prematuros del Hospital Del Seguro Ambato encontrando que los niños de 4 meses después de la estimulación multisensorial presentan un avance de la mitad hasta casi una totalidad en las conductas de las áreas motriz gruesa, fina, cognitiva, social y juego. Mientras que los niños de 5 meses presentan de más de la mitad de la población hasta casi en su totalidad adquirieron nuevas conductas en el desarrollo motriz gruesa, fina, cognitiva, social y juego, en cambio en una minoría avanzo de nada hasta alcanzar un cuatro por ciento en el avance. En tanto que en los seis meses de edad se evidencia un progreso en el desarrollo psicomotor del neonato de un 79% al 91% adquiriendo nuevas conductas motrices en cambio en un menor porcentaje obtuvo un cero por ciento al tres por ciento de avance en el desarrollo psicomotriz.

Grijalva (2015) en Ambato (Ecuador) se realiza una investigación en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Ambato sobre los estilos de crianza de los progenitores y su relación con el desarrollo psicomotor en la primera infancia, en una muestra de 40 niños en edades de 2 a 3 años , para la recolección de información se utilizó entrevista clínica, cuestionario semiestructurado, ficha clínica y el test de desarrollo psicomotor tepsi , arrojó que los niños con padres autoritarios con un porcentaje menor a la media de la población tienen un desarrollo psicomotor normal, mientras que los que pertenecen a familias sobreprotectoras presentan un riesgo en su desarrollo de coordinación, lenguaje y motricidad, en tanto que los niños de padres permisivos y Eficaces con un treinta y cinco por ciento presentan una alteración en su

desarrollo motriz. Concluyendo que si existe una relación entre los estilos de crianza y el desarrollo psicomotor en los niños.

2.2 Fundamentación Teórica

La investigación tomara como referencia al psicoanalista Bowlby como principal precursor de la teoría de apego y sus seguidores siendo el psicoanálisis la escuela fundadora de los vínculos parentales en la niñez.

El Apego

Bowlby (1989) el apego es una conducta instintiva, activa y modulada en la interacción con otros significativos a lo largo de la vida. Es un régimen de control, un mecanismo que adapta la conducta según las necesidades del momento. De esta manera el contacto del infante con su figura de apego no es constante, esta depende de factores endógenos y exógenos, es decir situaciones peligrosas para el infante. El apego es entonces una representación mental que es generada durante la primera infancia a partir de la interacción con los cuidadores principales.

Corbin (2017) define al apego como los vínculos emocionales que las personas forman con otros individuos a lo largo del tiempo, primero lo hace con sus padres, y luego con sus amigos, pareja, compañeros y sus hijos.

Teoría del Apego

Corbin (2017) la teoría del apego nació hace un siglo, en el año 1907, para exponer las diferencias individuales también conocidos como estilos de apego haciendo referencia a como la gente piensa, se siente y se comporta en las relaciones interpersonales.

Bowlby (1988) la teoría del apego es una condición de puntualizar la necesidad de los seres humanos a formar relaciones afectivos fuertes con las personas que los rodean y de desarrollar las diferentes formas de expresar emociones de angustia, depresión, ira cuando son abandonados o se encuentran viviendo en una separación o pérdida. . El apego es un vínculo emocional que se desprende de una tendencia estable a buscar la cercanía, el contacto con el

otro. Nace a las conductas que se evidencian, no de una manera automática sino en relación con otros procesos de conducta y situaciones ambientales.

Sroufe y Waters (1977) refiere al apego como un lazo afectivo entre el niño y su cuidador y un proceso conductual que trabaja de modo flexible en términos de conjunto de objetivos, influido por sentimientos y en interacción con otros modelos de conducta.

Ainsworth (1983), lo define como las conductas que benefician sobre todo la cercanía con una persona determinada. Entre los comportamientos se presentan signos: (llanto, sonrisa, vocalizaciones), orientación (mirada), movimientos relacionados con otra persona (aproximarse) e experimentos de contacto físico (subir, abrazar, aferrarse). Que se presenta de manera mutua y recíproca.

Ortiz y Yarnoz 1993 (citado por Contreras y Marcano 2009). Menciona que el apego es el lazo afectivo que se entabla entre una figura específica y el, que se juntan en el espacio y permanece con el tiempo, se expresa en la tendencia a permanecer cercano al otro y cuya sensación subjetiva es la de seguridad.

Naturaleza y Funcionamiento de la Conducta de Apego

Yarrow 1972 (citado por Aizpuru 1994) indica el concepto de apego evoluciono del Psicoanálisis, esencialmente de la teoría de las relaciones objétales. El primero en extender la teoría del apego a partir de las definiciones que aportara la psicología del desarrollo, con el objetivo de detallar y explicar a qué se debe que los niños se conviertan en individuos emocionalmente apegados a sus primeros cuidadores, así como las consecuencias afectivas que trascienden de la separación, John Bowlby, intenta combinar los conceptos que descienden de la etiología, el psicoanálisis y la teoría de sistemas para mostrar el vínculo emocional del niño con la madre.

De esta forma Bowlby 1998 indica al apego como “la conducta que disminuye la distancia de las personas u objetos que proporcionarían protección”. Desde esta perspectiva, la conducta de apego se encuentra dictada por el temor.

Desarrollo de los Estilos de Apego

Apego Seguro

Ainsworth (1978). Refiere que las emociones más ocasionales de los infantes que presentan apego seguro en la situación extraña, son la angustia cuando son separados de su cuidador y cuando este regresa presenta la calma. Cuando se refiere a la interacción con su cuidador se

caracteriza la confianza, calidez y la seguridad. Los niños exploran el lugar y los juguetes con interés durante los periodos de separación de la madre. Da señales de extrañar a su madre. Demuestra una preferencia por su madre frente a una persona extraña. Saluda a la madre normalmente inicia el contacto físico. En el segundo encuentro mantiene contacto con la madre, pero después de un periodo se restablece y vuelve al juego.

Los niños con este tipo de apego tienen más iniciativa, adquieren y exploran las oportunidades de aprendizaje y el conocimiento. De la misma manera tienden a enfermarse menos y se sanan más pronto, debido a que su sistema inmunológico funciona de mejor manera.

- Es posible que se alejen de su madre para explorar
- Sienten inseguridad ante la ausencia de su madre
- Se suelen mostrar seguros mientras permanece su Base de seguridad
- Protesta solo cuando existe la separación
- Recibe a la figura de apego con consuelo
- Presenta conductas exploratorias normales cuando está presente la figura de apego
- Establece buenas relaciones con extraños

Mikulincer, Shaver y Pereg (2003), definen que cuando existe un apego seguro también se presenta una baja ansiedad y evitación, la seguridad en el apego, presenta comodidad en el acercamiento y con la interdependencia, se evidencia confianza cuando se busca apoyo y medios constructivos para afrontar a situaciones de estrés.

El apego seguro está caracterizado por expresiones de alegría y sesgos favorecedores de la vergüenza, al contrario del apego inseguro está asociado a rasgos de emoción negativa y la tendencia de que los afectos negativos están presentes en la conciencia (Magai, Hunziker, Mesías y Culver, 2000). Mikulincer (1998), menciona que los individuos seguros cuando están enojados tienden a aceptar su ira, su enojo lo expresa de manera controlada y busca soluciones de la situación amenazadora. Muris, Mayer y Meesters (2000), refieren que los niños con un estilo de apego seguro presentan menores índices de ansiedad y depresión, en comparación con los niños con estilos inseguros.

Considine y Magai (2003), menciona que a una mayor seguridad en el apego está asociado a una mayor alegría, interés, tristeza, rabia y miedo; esto se debe a la presencia de un estado emocional balanceado y apertura a la experiencia emocional, incluyendo la capacidad de

reconocer y expresar estrés emocional. Lo que no solo está asociado a un mayor contacto e intimidad, sino también a una mayor experiencia emocional.

Apego Ansioso Ambivalente

Ainsworth, (1978), refiere que las emociones más ocasionales de los infantes con este estilo de apego en la situación extraña es la angustia exasperada ante las ausencias del cuidador y con una dificultad en lograr calmarse cuando retorna el cuidador; en la interacción con su cuidador exponen la ambivalencia, enojo y preocupación. No logra volver a la exploración del medio después del reencuentro con el cuidador. El niño se caracteriza por:

- Se siente perturbado por la situación experimental
- Presenta una gran ansiedad/ agitación ante la separación
- Busca refugio aunque de manera ambivalente (se aferra y rechaza a la figura de apego)
- Muestra resistencia a ser consolado

Consecuencias que produce en el niño el Apego Ansioso Ambivalente

- El mismo apego se presenta en la edad escolar
- Los niños son pocos asertivos
- Se inhiben con facilidad
- Presenta una pobre interacción con sus iguales
- Distanciamiento en situaciones sociales.

Kochanska (2001) en su investigación con niños pequeños, manifiesta que los niños del grupo ambivalente presenta mayor disminución en el desarrollo de las emociones positivas entre los 9 y 33 meses y un mayor malestar en situaciones dirigida a exponer emociones positivas; tienden a responder de manera temerosa no solo a estímulos que le provocan temor, sino también a estímulos que le producen alegría. El miedo fue la emoción más fuerte.

Mikulincer (2003) afirma que en el estilo de apego ansioso ambivalente se observa una alta ansiedad y una baja evitación, inseguridad en el apego, presentan una fuerte necesidad de cercanía, presenta preocupación en las relaciones sociales y miedo de ser rechazado.

Afirman que en este estilo se facilita el hecho de preocuparse en relación a sentirse rechazado (Mikulincer, Gillath y Shaver, 2002).

Lecannelier (2002) señala que el estado emocional que predomina es la preocupación y el miedo a la separación. Valdés (2002), a más de enfatizar las emociones de miedo y ansiedad, manifiesta que existe una baja tolerancia al dolor.

Indican que en la etapa de la vejez tardía este estilo de apego ambivalente se caracteriza por una alta afectividad negativa, presentando miedo, ansiedad y vergüenza (Consedine y Magai, 2003). Kobak y Sceery, (2009), indican que el estilo ambivalente presenta sentimientos de ansiedad durante la entrevista de apego adulto, también se caracteriza por un predominio en los índices de ansiedad, los individuos con este tipo de apego presentan una mayor síntomas negativos que los del estilos de apego seguro. Magai (2000), mencionan que este estilo se encuentra asociado a la presencia de un conflicto interno, emociones de rabia, enojo, estrés y un afecto depresivo.

Crittenden (1995), señala la presencia de rabia y ansiedad que caracteriza a este estilo. Manifestando a la rabia en particular. Mikulincer (1998), indica que los individuos ambivalentes propensos a la ira, con presencia de enojo con una alta hostilidad. Kerr, (2003), señala que los individuos que presentan el estilo ambivalente reportan niveles más altos de malestar, repugnancia, afecto negativo, culpa, enojo, miedo, nerviosismo y un bajo nivel de calma y serenidad.

Apego Ansioso Evitativo

Ainsworth (1978), indica que las emociones de los niños con este tipo de apego en la situación extraña es la ausencia de angustia y de enojo cuando es separado de su cuidador, y la inferencia del bebe cuando el cuidador regresa; en la interacción con el cuidador se presenta distancia y evitación. Cuando se separa de su madre no llora. Ignora e evita a su madre durante el reencuentro, se aleja mira en otra dirección o se suelta de los brazos cuando se le alza. El contacto con su madre es escasa o ninguna, no presenta señales de angustia ni ira. La respuesta hacia la madre carece de emoción. Se centra en los juguetes o en el ambiente que lo rodea, que por la separación de su madre

Características del Niño

- Presenta poca afectación en la separación
- Parece no necesitar confort
- Muestra una impresión de independencia

- Tiende a explorar en la ausencia de la figura de apego
- Tiene un fácil contacto con extraños
- Ignora a su figura de apego, cuando esta retorna

Consecuencias que produce en el niño el apego evitativo (Srouf, 1990)

- Presenta frecuentemente conductas de evitación
- Presenta altos niveles de hostilidad y agresividad
- Interacciones negativas con sus pares
- Presentan distancia emocional, irritabilidad, negativista y solitario

Mikulincer (2003), señala que el estilo de apego evitativo no existe seguridad en el apego, se manifiesta una autosuficiencia compulsiva y la preferencia de una distancia emocional con las personas que lo rodean. Sin embargo, se ha observado que los niños que presentan este estilo, aunque se muestran despreocupados por las separaciones de su figura de apego, se muestran signos fisiológicos que muestran la presencia de ansiedad y esta presencia se mantiene por más tiempo que en los niños de apego seguro (1995).

Ahnert, Gunnar, Lamb y Barthel (2004), en su investigación realizada en niños en la etapa de ingresar a la guardería, se evidencia mayores niveles de cortisol, de llanto y de agitación, en niños con apego inseguro en su fase de adaptación. Afirmando los resultados de Kobak y Sceery (1988), indican que el reporte de los individuos con estilos de apego evitativo no presentan afecto negativo ni síntomas de estrés, sin embargo, sus pares los definen como ansiosos y con un predominio de la hostilidad. Los autores definen este aspecto como un sesgo hacia el no reconocer el afecto negativo.

Kochanska (2001), señala que los niños con este estilo se presentan más temerosos a los 33 meses, y con una alta posibilidad de expresar ese temor, presentan altos puntajes de emociones negativas a esa edad. Kerr (2003) concuerdan con indicar que este grupo de sujetos presentan bajos niveles de emociones positivas; reportan más afecto negativo que los del grupo seguro y un menor afecto negativo que los del grupo ambivalente. Mikulincer (1998), mencionan que el estilo de apego evitativo se caracteriza por la ira, sin embargo presentan episodios intensos de enojo con una alta hostilidad, esconden su ira a través de la negación de su emoción o mostrándose positivo. En la etapa de la vejez tardía, este estilo de apego se encuentra asociado

con una menor alegría, presentan menos vergüenza y miedo; es definido por los autores como una señal de la tendencia de este estilo a la minimización del afecto (Consedine y Magai, 2003).

Figuras de Apego

Osofsky y Ebehart (1988) citado por Lartigue y Vives, 1992. Manifiestan tres patrones de peligro que tiene un intercambio de afectos negativos. El primero indica un patrón hostil en la interrelación con el cuidador, en el que casi no existe la comunicación; el segundo está señalado por enojo y rabia de la madre hacia el niño, el tercero como un cambio negativo en el que él bebe y su madre no se relacionan el uno con el otro; y un cuarto patrón de una relación positiva recíproca entre el niño y su madre con la característica por la disponibilidad emocional, sensación de bienestar y afectividad.

Bowlby (1998) el hecho de estar junto a la madre y poder verla parece suficiente para que un niño de 2 años tenga una sensación de seguridad, en tanto que un niño de un año de edad indica e insiste sus deseos de entablar contacto físico. Los infantes de dos años no suelen presentar quejas que los infantes de un año cuando son separados de sus madres. Se llegó a la conclusión de que los niños de dos años tienen destrezas cognitivas más reformadas para conservar el contacto con su madre. Acuden en mayor medida a la comunicación ocular y verbal, probablemente fabricaba imágenes mentales (Bowlby, 1998).

Modelos Internos

Bowlby (1986), refiere que el comportamiento de apego es completamente lo que accede al individuo mantener cercamiento con otra persona que es apreciada más fuerte y/o sabia; que causa la búsqueda de cercanía entre el niño y sus padres o cuidadores. Se enfatiza que la experiencia del niño con sus iguales cumple un rol esencial en la capacidad a futuro del niño de instaurar vínculos afectivos, y la función principal de los padres es proporcionar al niño de una base segura, desde allí, ocasionarlos a explorar, es fundamental que el infante pueda depender de sus figuras de apego y que puedan sujetar y proteger al infante cuando lo necesita. La interrelación entre el cuidador y el niño es donde se presentara la eficacia del vínculo, lo que está vinculado con lo que Bowlby (1980), mostro como modelos operantes internos, que son las expectativas que el niño conserva acerca de sí mismo y de los que lo rodean, haciéndole factible interpretar, predecir y responder a la conducta de sus figuras de apego, ya que compone experiencias pasadas y presentes es los esquemas cognitivos y emocionales.

Fonagy (1995), menciona que luego de vivencias repetidas con sus figuras de apego, los niños desarrollan perspectivas en cuanto a la naturaleza de las interacciones, de este modo las

relaciones iniciales de apego tienen una gran influencia en la habilidad para regular el estrés, en la atención y en la función mentalizadora de los individuos. Fonagy y Target (2002), también manifiestan de modelos internos, que envuelve cierto modo de asimilar la información sobre la conducta de las figuras de apego, de la misma forma, mayor o menor tendencia a algunos tipos de psicopatología.

Trastorno de Apego

Contreras y Marcano (2009), lo define como un estado de preocupación manifiesto por un desarrollo social impropio en la mayoría de los contextos, un nivel de sociabilidad indistinto y ausencia de un apego selectivo. En la actualidad no se presenta registro en el DSM-IV, es un diagnóstico clínico, que involucra infantes con problemas del comportamiento como trastorno negativista desafiante, déficit de atención e hiperactividad, entre otros problemas de conducta.

Randolph (2000). Define al trastorno de Apego como una situación emocional que está afectada a causa de abandono, maltrato, incapacidad de cuidado o la inconformidad de las necesidades primarias de los padres o cuidadores en los primeros años de vida. Cline (1992) indica que los infantes con un trastorno de apego están emocionalmente afectados a causa de eventos que tuvieron durante sus primeros años de vida. Este trastorno de apego es el resultado de romper la confianza que tenía en el primer año de vida, se presenta cuando el cuidador principal no es capaz de aliviar dolor o malestar del bebe, cuando esta hambriento, tienen frio o se sienten desprotegidos e incómodos.

Estilos de Apego basados en el Randolph Attachment Disorder Questionnaire

Randolph 1998 citado por Contreras y Marcano (2009), de los resultados de los estudios realizados en el Instituto de Apego de Estados Unidos, suministra un soporte adecuado para la teoría del Trastorno de Apego, como para los subtipos planteados, los que son medidos por medio del instrumento utilizada en dicha investigación.

Subtipos de los estilos de Apego según Randolph Attachment Disorder Questionnaire

Evitativo

Los infantes que presentan este tipo de apego se distinguen por ser niños aislados, indiferentes por entablar relaciones con otras personas, suelen rechazar el afecto, considerándoles como niños ambivalentes, con la diferencia que los niños que presentan apego ambivalente rechazan el afecto por el hecho de no permitir ser controlados, mientras que los niños de apego evitativo no disfrutan el compartir con otras personas debido a que no se sienten seguros con ellos, se encuentran hipervigilantes o en estado de vigilancia ante las agresiones de otras personas, son

ligeros en sus relaciones sociales, les interesa el ambiente que las personas que están a su alrededor, son hostiles y distanciados con los demás, los niños de este apego experimentan sentimientos de omnipotencia y autosuficiencia, la mayor parte del tiempo se siente triste, pero están en constante lucha por evadir, experimenta mucho enojo, frustración y aburrimiento.

Ansioso

Los infantes que presentan este tipo de apego son muy absorbentes y extremadamente molestos cuando son aislados de su madre, si existe una apartamiento de los padres o alejamiento el infante experimenta cólera, pataletas y llanto extenso, tendencia a mostrar un patrón de apego disfuncional de manera dependiente con su figura de apego primordial, perciben mucho miedo y son ansiosos, se muestran más manipuladores que otros niños, tratan de evitar la soledad, su comportamiento depende de las personas que los rodea, frecuentemente suelen complacer a las personas que los rodea sobre como ellos desean que sea, son enormemente encantadores con individuos extraños.

Ambivalentes

Estos niños son caracterizados como irritables y desafiantes, pronuncian lo que sienten, en primordial la rabia, son destructivos con sus pertenencias y con las de los demás , son niños impulsivos que reaccionan en circunstancias de alto riesgo, no sienten remordimiento ni temor, son extremadamente manipuladores y hacen sentir culpables a sus padres de su situación, presentan rechazo con frecuencia y prefieren alejar a las personas que los rodean, con la finalidad de no ser rechazados, expresan afectividad por conveniencia, también son niños crueles con los animales, presentan problemas en el nivel académico, realizan comentarios fuertes acompañados de murmullos incomprensibles por sus padres.

DESARROLLO PSICOMOTOR

La investigación tendrá como base la Psicología del Desarrollo puesto que esta se encarga del estudio del crecimiento y los cambios que tiene el ser humano a lo largo de su vida en las distintas áreas como cognitiva, emocional y social.

Concepto

García (2016) manifiesta que el desarrollo psicomotor es un proceso continuo que empieza desde la concepción hasta la madurez, con una continuación casi estándar en todos los niños, pero con la existencia de una poca variación en su ritmo. En este transcurso en el que el infante

adquiere distintas habilidades, entre ellas: motora, manipulativa, lenguaje y social, que aceptan una independencia al medio e creciente adaptación. El desarrollo psicomotor depende de una maduración apropiada del Sistema nervioso central, un entorno estable y adecuado.

UNICEF (2005) define al desarrollo psicomotor como un proceso continuo y coordinado en el cual el niño va adquiriendo diversas habilidades progresivamente complejas que le permiten interactuar con personas, objetos y diferentes situaciones de su medio ambiente en numerosas formas. Incluye las funciones de inteligencia y el aprendizaje, por medio de las cuales comprende y organiza su mundo, amplía la capacidad de asimilar, hablar su idioma, movilizarse, manipular diversos objetos, relacionarse de manera adecuada con los demás, y el modo de sentir y expresar sus emociones.

Vericat (2013) refiere que el término desarrollo psicomotor es atribuido por el neuropsiquiatra alemán Carl Wernicke, quién lo utilizó como referencia para el proceso evolutivo de obtención que continua y progresiva de las capacidades en la infancia, las similares comprenden: motricidad, comunicación y comportamiento del niño. Una referencia más apropiada expresa que el desarrollo psicomotor es un transcurso sistemático y continuo en el cual se diferencian etapas y estadios de elevada complejidad iniciada en la concepción y culmina en la madurez. Entre las características del desarrollo psicomotor se hallan las diferenciaciones interindividuales, esto obstaculiza en muchas veces distinguir entre los cambios que se consideran normales y los retrasos en la maduración por consecuencia de desórdenes temporales o permanentes.

El término Psicomotricidad combina interacciones emocionales, cognitivas, simbólicas y sensorio motrices en la destreza del ser y la capacidad de expresarse en un contexto. Se la define también como una técnica que procura por medio del cuerpo y el movimiento que

favorece el desarrollo global del niño o niña en los aspectos motores, cognitivos y los afectivos, recurriendo en la modificación y la manipulación de los medios que se utiliza (Gérez,2012).

Bases del desarrollo psicomotor

Dentro de la psicomotricidad se puede apreciar como los elementos madurativos se relacionan con la madurez cerebral, con las personas y objetos, por medio de movimientos y acciones del niño.

Mora y Palacios (1990) definen al desarrollo psicomotor como un lazo que une psiquismo y movimiento hasta poder confundirlos entre sí por su relación de implicaciones y mutuas expresiones.

Al utilizar el término psicomotricidad se hace referencia a los movimientos corporales que posibilitan la relación entre el organismo y su medio ambiente, la meta por alcanzar en su desarrollo es el control de su propio cuerpo, hasta poder ser capaz de demostrar todas las posibilidades en acción y expresión que le sean posibles. Un niño recién nacido no se encuentra en condiciones de controlar su cuerpo (incapaz de mantener erguida su cabeza o permanecer sentado); sin embargo, al final de la primera infancia, se encontrara en condición de controlar su cuerpo, brazos, tronco y piernas, será capaz de reptar, gatear, andar y más habilidades.

El progresivo dominio en el control corporal se rige a dos leyes básicas:

Ley céfalo- caudal: según la cual se controla antes partes corporales más próximas a la cabeza, extendiéndose progresivamente al control de otras zonas, es así que la cabeza se controla antes que las piernas, por ejemplo.

Ley próximo – distal: según la cual se controlan partes del cuerpo cercanas al eje corporal, semejante a una línea imaginaria segmentando al cuerpo en dos parte, es así que la articulación del hombro se domina antes que la articulación de la mano, por ejemplo. A través del

movimiento, el niño integra de una forma voluntaria los grupos musculares, esto hace que se vuelva más preciso la incorporación de repertorios psicomotrices complejos y especializados. A lo largo de los dos primeros años de vida se presencia un creciente control del bebe por su cuerpo.

Características del Desarrollo Psicomotor

| | MOTOR GRUESO | LENGUAJE | MOTOR FINO | SOCIAL PERSONAL |
|----------------------|--|---|---|---|
| RECIÉN NACIDO | Hipertonía fisiológica. En prono, postura fetal: Rodillas debajo del abdomen. En supino, posición asimétrica (reflejo tónico asimétrico del cuello) Mueve todas las extremidades. | Gemidos. Reacciona al sonido. | Manos cerradas, a menudo con los pulgares aducidos. Es capaz de fijar la mirada en la cara pero la visión es confusa. | Responde a la cara y a la voz de los padres. Pseudosonrisa. |
| 1 MES | En prono, levanta momentáneamente la cabeza. Las rodillas ya no están debajo del abdomen. Continúa elevada la cadera. Mueve todas las extremidades. | | Manos abiertas con frecuencia. Se fija en la cara y la sigue. | Responde a la cara y la voz de los padres. Cuando llora, se calma al hablarle o al cogerlo. La sonrisa social aparece entre las 4 y 6 semanas. |
| 2 MESES | En prono, levanta la cabeza y la parte superior del tórax, con apoyo en antebrazos. Sosteniéndolo erguido, sujeta la cabeza de forma inconstante. | Balbuceos y vocalizaciones cuando le hablan. | Coordinación mano – mano. Fijación, convergencia y enfoque. Sigue objeto 180°. | Sonríe y vocaliza cuando le hablan. Muestra interés por los estímulos visuales y auditivos. Disfruta al interactuar con los adultos. |
| 4 MESES | En prono, cabeza a 90°, con apoyo en las manos. Caderas extendidas. Supino estable, cabeza en la línea media. Lleva las manos a las rodillas. En tracción a sentado, la cabeza está alineada con el tronco. Buen control cefálico (3 meses). Puede girar de prono a supino (sin rotación de columna) | Monosílabos (le, be, pa, ma). Hace “pedorretas”, “ajo”. Gira la cabeza al sonido. | Abre las manos. Extiende el brazo para coger un objeto y se lo lleva a la boca (presión cúbito – palmar). Juega con el sonajero en la mano durante mucho tiempo y lo agita, pero no puede cogerlo si lo tira. Mira inmediatamente los objetos móviles. | Ríe a carcajada. Grita. |
| 6 MESES | En prono, apoyo sobre manos y pubis. En supino, se agarra los pies. En tracción sentado, participa activamente. Se mantiene sentado con apoyo. Sujeta su peso con las piernas si le mantienen en bipedestación. Puede girar de supino a prono (sin rotación de columna) | Sílabas (da-da, ba-ba) Se gira hacia el sonido a 40-50cm del nivel del oído. | Levanta la mano para ir a por un objeto. Transfiere objetos de una mano a otra. Coge objetos pequeños (pinza digito-palmar) Se coge los pies con las manos. | Reconoce a los padres de forma diferenciada. Sabe dormirse solo. Puede comenzar a mostrar ansiedad ante los extraños. Puede masticar. |
| 9 MESES | Sabe sentarse solo y se mantiene estable, gira el tronco. Se desplaza para coger un objeto Gatea. Puede hacer fuerza para ponerse de pie. Se mantiene de pie agarrado a los muebles. | Bisílabos no referenciales (papa, mama, tata) Entiende unas pocas palabras: (no, adiós) Localiza sonidos por encima o debajo de su nivel. | Pinza índice-pulgar inmadura. Se dirige a los objetos con el dedo índice. Golpea y deja caer los objetos. | Responde a su nombre. Sujeta el biberón. Come con los dedos. Puede mostrar ansiedad ante extraños. Da palmitas, dice adiós. Juega al escondite con un pañuelo. |

| | MOTOR GRUESO | LENGUAJE | MOTOR FINO | SOCIAL PERSONAL |
|-----------------|---|---|---|---|
| 12 MESES | Se mantiene de pie sólo. Anda agarrado de una mano. Puede dar unos pocos pasos sólo. Puede arrastrarse sobre la nalga y la mano. | Vocabulario de 2-3 palabras con significado además de papa y mama. Sabe el significado de las palabras. | Deja de llevarse objetos a la boca. Empieza a tirarlos al suelo (liberación voluntaria) Pinza índice-pulgar precisa. Señala con el dedo índice. Busca con la mirada objetos caídos u ocultos. | Puede dar un beso si se lo piden. Come solo. Bebe de un vaso. Pasa los brazos por las mangas con ayuda. |
| 15 MESES | Anda bien. Sube escaleras gateando. Se agacha y se pone de pie sin apoyo. | Vocabulario de 3-6 palabras. Puede señalar una parte de su cuerpo. Entiende órdenes simples. | Tira menos cosas. Hace torres de 2 cubos. Sostiene 2 cubos en la mano. Hace garabatos. | Indica lo que quiere con gestos y sonidos. Come sólo, sin ayuda. Maneja la cuchara pero la gira cerca de la boca. Imita tareas. |
| 18 MESES | Sube escaleras cogido de la mano. Salta con los 2 pies juntos. Da patadas a un balón sin caerse. | Vocabulario de 10-15 palabras. Jerga. Imita palabras. Usa palabras-frase: bobocae. Aparición del “no”. Cumple órdenes sencillas. Escucha una historia, mirando los dibujos y nombrando objetos. Señala 2-3 partes de su cuerpo. | Hace una torre de 3-4 cubos. Saca un objeto de la botella sin demostración. Garabatos espontáneos. Hace una raya imitando. Pasa hojas de libro, 2-3 a la vez. | Maneja bien la cuchara y el vaso. Insiste en hacer cosas el sólo, como comer. Avisa cuando ha mojado el pañal. Da besos y abrazos. |
| 2 AÑOS | Sube y baja escaleras sólo, de una en una. Corre con soltura. Coge objetos del suelo sin caerse. Da patadas al balón sin perder el equilibrio. | Vocabulario de 20-50 palabras. Usa frases de 2-3 palabras con verbo. Usa pronombres (yo, tu, mi) Cumple órdenes con dos pasos. Señala hasta 4 partes de su cuerpo y nombra al menos una. | Hace torres de 5-6 cubos. Imita una línea horizontal y vertical. Desenrosca tapaderas. Pasa las hojas de un libro una a una. | Se lava y seca las manos. Se sube los pantalones, se quita los zapatos. Abriga a la muñeca. La acuesta. Observa a otros niños y juega cerca pero aparte de ellos. Casi siempre seco por el día. |
| 3 AÑOS | Sube escaleras con un pie en cada escalón y las baja con dos pies en cada escalón. Se mantiene sobre un pie unos segundos. Monta en triciclo. | Vocabulario de 1.000 palabras. Frases de 3-4 palabras. Domina el lenguaje pero con defectos de pronunciación. Cuenta hasta 10. Comienza a usar pronombres, el plural y tiempos verbales pasados. Pregunta ¿Quién? ¿Por qué? | Copia un círculo y una cruz. Hace torres de 9 cubos. | Se viste y desviste por completo si se le ayuda con los botones y se le dice qué zapato corresponde a cada pie. Usa el tenedor. Viste y desviste muñecas. Les habla. Se une a otros niños para jugar. Control del esfínter anal. El 80% controla la micción de día. El 60-70% durante la noche. |

Tabla N°1: Tabla de desarrollo psicomotor

Fuente: Valoración del desarrollo Psicomotor (Fernández; 2010)

Autora: Bazantes, M. (2018)

Componentes del Desarrollo Motor Grueso

Control de la cabeza. Al momento del nacimiento, la mayoría de bebés pueden voltear su cabeza de un lado a otro cuando se encuentran acostados de espaldas. Dentro de los primeros dos a tres meses de vida elevan la cabeza cada vez más alto.

Cerca al cuarto mes casi todos los bebés logran mantener su cabeza erguida en cuanto son alzados o mantienen la posición de sentados.

Control de las manos. Entre los tres o cuatro meses la mayoría de niños alcanzan a mantener sostenido un objeto mediano, pero se les dificulta al hacerlo con uno de menor tamaño. Luego, empiezan a agarrar objetos con una mano y pasarlos a la otra. Entre el séptimo y décimo mes sus manos presentan la suficiente coordinación para levantar objetos de tamaño pequeño con un movimiento de “pinza”. Después los movimientos siguientes llegan a ser precisos y así a los 14 meses el bebé promedio puede construir una torre con 3 cubos.

Locomoción. Transcurridos 3 meses, el bebé logra rodar sobre sí mismo, primero de adelante hacia atrás y más tarde de atrás para adelante, antes de este momento, a veces los infantes se ruedan accidentalmente. El bebé promedio puede permanecer sentado sin que lo sostengan y más tarde entre los 5 a 6 meses, aquí también empiezan a explorar su alrededor por su iniciativa, en varias formas: gatean reptando su barriga y empujan el cuerpo con sus brazos, se sientan y se desplazan a brincos o corren rápidamente, empujándose hacia adelante con piernas y brazos. A los 10 meses los infantes van por casi todas partes muy bien, valiéndose de estas formas, es así que los padres deben estar pendientes de ellos.

Todos esos hitos en el desarrollo marcan grandes progresos en su camino hacia el mayor logro motor de los infantes: caminar. Durante varios meses después de pararse sin ayuda, los bebés ensayan caminar sin sujetarse de muebles, tras esto y después de varios intentos los niños

pueden ponerse de pie solos, empiezan a dar sus primeros pasos, se caen, vuelven a gatear y consecutivamente tratan de caminar una vez más hasta poder lograrlo sin temblar y caer.

Psicomotricidad y el esquema corporal. La maduración de la percepción, permite la asimilación del esquema corporal, el conocimiento del cuerpo. El niño percibe su cuerpo y lo acomoda en el espacio captado por sus sentidos, esto finaliza al primer año de vida. Más después y ya adquirida la capacidad de reconocer su propio cuerpo la imagen corporal se sobrepone a la de los objetos externos. En ese momento las funciones intelectuales alcanzan una autonomía respecto a las psicomotrices.

Influencias ambientales en el desarrollo motor. El papel del medio ambiente es limitado, la experiencia temprana podría afectar los promedios de maduración en algunas esferas, como la visión (Lipsitt, 1986). Por lo general cuando un niño recibe cuidados de salud adecuados acompañado de una buena nutrición y libertad física su desarrollo motor se encontrara en la normalidad (Clarke- Stewart, 1997)

Desarrollo Motor Fino

El desarrollo motor fino hace referencia a todas las actividades o acciones que ejecutamos específicamente con las manos, y para las cuales debe tener control óculo-manual como lo son:

- Escribir, pintar y Dibujar
- Punzar
- Cortar, Rasgar
- Usar Herramientas
- Coser
- Hilvanar
- Coger los cubiertos
- Moldear, amasar

Desarrollo del lenguaje

Seradell (2004) manifiesta que las investigaciones actuales han destacado la gran importancia del desarrollo mental en la etapa sensorio motora, en los dos primeros años y con relación al lenguaje las actividades sensorio motrices pre lingüísticas parece un factor indispensable para la aparición del lenguaje y su desarrollo. Cuando él bebe empieza a hablar se encuentra en la capacidad de realizar más actividades de las que puede expresar y aprende a hacerlas antes que mencionarlas.

El niño emite sus primeros sonidos y palabras articuladas sin que estas tengan para él un sentido igual que para un adulto. El niño identifica progresivamente una palabra con su significado, esto dependerá de que su estructura mental se haya desarrollado adecuadamente en la etapa en la cual la inteligencia se observa por el progresivo dominio de su cuerpo y sus sentidos. Los primeros sonidos se producen a partir de los 3 o 4 meses de vida, los niños comienzan a producir sonidos a manera de balbuceos donde se distingue una secuencia semejante en todas las lenguas, esto parece indicar que es una capacidad innata, programada por los genes y no por influencias del medio ambiente. El niño juega en su cuna por periodos prolongados de tiempo y así practica la producción de las palabras, en este proceso es vital la influencia de los adultos y el ambiente, el infante trata de emular lo que percibe en su entorno. Los niños tratan de copiar expresiones que escuchan, las abrevian de acuerdo a sus capacidades y poco a poco terminan completándolas.

Cuando los infantes comienzan a pronunciar y utilizar palabras, estas no tiene el valor que los adultos las asignan, deberá el niño recorrer un largo proceso hasta encontrarse en ese estadio. Inicialmente, el niño emplea la palabra que ha logrado pronunciar con el significado asignado por él. Es así que se generaliza los significados de ciertas palabras, aunque puede existir también restricción, según sus interpretaciones al momento de aprenderlas. Durante la primera

etapa en la formación del lenguaje el infante designa una palabra a determinado objeto y de este modo cuando se le pide mencionar una larga palabra podría comentar “soga”.

Desarrollo Social

Hitos en las primeras relaciones sociales. Cuando estas empiezan se presentan una serie de dificultades que manifiestan el progreso social desde momentos tempranos del desarrollo. Entre el segundo mes de vida del bebe empieza la risa social, unida al interés por las personas. Esta es un símbolo que empieza a los cuatro o seis semanas de existencia inician las respuestas a estímulos externos y gradualmente van asociados con estímulos sociales y con el rostro. Se manifiesta por esta etapa un interés por las personas privilegiadas y aunque no se dé un reconocimiento de las personas en cuanto a tales y menos una diferenciación entre ellas.

Tras los siete u ocho meses (tomado como referencia) se crean vínculos más estrechos con una o más personas, en particular con la madre o la persona que más acostumbra el niño, además aparece también la ansiedad por separación, los infantes demuestran expresiones de enfado cuando se produce una separación, si esta se prolonga, él infantes entra en un estado de enfado, ansiedad, agitación y tanto reencuentros como separaciones tienen un carácter emocional marcado.

Expresiones emocionales. En él bebe, que no logre hablar las emociones que se le presenten tienen una gran beneficio para emprender la comunicación con los demás, informar sus necesidades. Se puede esperar que la aparición de emociones dependa del momento en que puedan desempeñar una función de adaptación

Desarrollo psicomotor normal

“La adquisición de nuevas funciones sigue una secuencia constante en los distintos campos, pero independientemente en cada uno de ellos. Esto hace que el niño posea un mosaico de habilidades a las distintas edades, que refleja el camino recorrido hasta ese momento en el área

del desarrollo psicomotor, de la manipulación de objetos, del lenguaje, de la socialización, etc.”(Hernández, 1994)

Retraso en el desarrollo psicomotor

Concepto

La Academia Americana de Pediatría define a los problemas del desarrollo psicomotor como todos aquellos cuadros crónicos y de inicio prematuro que tienen en común el problema en la adquisición de habilidades sociales, de lenguaje, motoras o cognitivas que provocan una huella significativa en el progreso del desarrollo de un niño. Se muestra cuando existe fracaso en el alcance de las conductas esperadas para un rango determinado de edad. Algunos problemas del desarrollo psicomotor pueden ser transitorios, retrasos en la edad temprana podrían estar asociados a posteriores discapacidades, tales como retardo mental, parálisis cerebral, autismo, alteraciones del lenguaje y problemas del aprendizaje.

La definición de retraso psicomotor abarca como diagnóstico temporal, los frutos del desarrollo de un infante dentro de sus primeros 3 años de vida brotan con una sucesión lenta acorde a su edad y/o cualitativamente alterada. Es importante distinguir el retraso psicomotor global, que no solo involucra a la afectación de las adquisiciones motrices sino también involucra el ritmo de aparición de las habilidades para comunicarse, jugar y resolver dificultades que son acordes a su edad. En algunos casos el retraso psicomotor puede ser diagnosticado a futuro como retraso mental. En otros casos el retraso se evidencia en una área específica, como la adquisición de movimientos musculares, en el lenguaje o en la interacción social (Narbona y Schlumberger, 2008).

Trastornos psicomotores

Concepto

Seradel (2004) Menciona que la expresión de trastorno psicomotor se utiliza para referirse a un retraso o alteración del desarrollo psicomotor que dificultan las actividades cotidianas, debe excluirse las disfunciones psicomotrices de origen orgánico. Además los trastornos psicomotores y los afectivos están estrechamente ligados y se relacionan mutuamente, así la inhibición psicomotriz va acompañada de depresión emocional que debe ser tomada en cuenta a la hora de una evaluación psicomotriz y su respectivo tratamiento. Al observar la evolución psicológica del infante hay que idear la existencia de varios factores de maduración y aprendizaje, es posible entonces diagnosticar un retraso evolutivo ya en el primer año, mediante escalas de desarrollo, Los bebés que poseen un retraso en áreas psicomotrices sean del lenguaje o afectivo sociales presentan una tendencia a desarrollar más tarde un retraso en el desarrollo de la inteligencia.

Cuando utilizamos el término trastorno psicomotor es para indicar la existencia de un retraso o alteración dentro del desarrollo psicomotor aparentemente normal, ya sea de forma global o en alguno de sus componentes, que intervienen en las actividades escolares como en las actividades diarias. Así hablamos de un trastorno en la elaboración del esquema corporal, en la dominancia lateral (Conos, 1995)

2.3 Hipótesis o Supuestos

Hi: Los estilos de apego inciden en el desarrollo psicomotor

Ho: los estilos de apego no inciden en el desarrollo psicomotor

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Nivel y Tipo de Investigación

La presente investigación es de enfoque correlacional longitudinal, debido a que se estudió la relación entre las variables, no se realizó más pruebas en la población, los resultados del presente estudio se presentaron resultados estadísticos de los reactivos utilizados en la investigación. De tipo transversal por que se realizó en un periodo de tiempo específico, bibliográfico porque se utilizó fuentes bibliográficas como libros, revistas, internet en donde existe información relacionado a las variables de estudio y de diseño no experimental puesto que no se ha manipulado las variables.

3.2 Selección Del Área O Ámbito De Estudio

La investigación se realizó en Ecuador, en la provincia de Tungurahua, en el cantón Ambato, en la institución “Centro de Desarrollo Infantil Universitario” perteneciente a la Universidad Técnica de Ambato.

3.3 Población

El presente estudio se centra en los niños pertenecientes al Centro de Desarrollo Infantil Universitario de la Universidad Técnica de Ambato en el periodo Octubre 2016 – Febrero 2017 con un número de 60 niños y niñas en edades comprendidas de entre 12 -36 meses a quienes se aplicó los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvo una muestra conformada por 40 niños y niñas

3.4 Criterios de Inclusión y Exclusión

3.4.1 Criterios de Inclusión

- Consentimiento informado de los padres o representante legal del niño y/o niña
- Edades entre 12-36 meses
- Niños y niñas que forman parte del Centro de Desarrollo Infantil Universitario

3.4.2 Criterios de Exclusión

- No autorización de los padres o representante legal del niño y/o niña
- Niños que presentan Retraso Mental
- Niños con Parálisis Cerebral
- Niños con Discapacidad auditiva y visual.
- Niño o niña mayor a 36 meses y menores a 12 meses.

3.5 Diseño Muestra

La población se seleccionó a través de los criterios de inclusión y exclusión, dando un total de 40 niños y niñas, aptas para la investigación perteneciente al Centro de Desarrollo Infantil Universitario.

3.6 Operacionalización de Variable

Estilos de Apego

| Variable | Definición Conceptual | Dimensión | Definición Operacional | Instrumentos |
|------------------|--|-------------|--|--|
| Estilos de apego | El apego hace referencia a una conducta innata, activa y modulada en la interacción con otros individuos a lo largo del tiempo. Es un sistema de control, es un mecanismo que adapta la conducta a la adquisición de fines determinados por las necesidades del momento. De esta manera el deseo del niño de aproximarse o de mantener contacto con la figura de apego no es constante, sino depende de factores endógenos y exógenos (miedo que puede presentar el niño o situaciones peligrosas) (Bowlby, 1990). | Evitativo | Es caracterizado por la indiferencia de los niños en relacionarse con otras personas, se encuentran alertas y hipervigilantes a ataques de otras personas, se interesan por el ambiente que los rodea que por las personas que están a su alrededor, experimentan rabia, frustración y aburrimiento. | Escala de Apego RADQ de Randolph Confiability de 0.82 |
| | | Ansioso | Los niños caracterizados por este tipo de apego son extremadamente absorbentes y demasiado molestos cuando son alejados de su madre, si existe una separación o alejamiento el niño presenta cólera, pataletas y llanto prolongado, experimenta un apego de tipo dependiente disfuncional con su figura principal. | |
| | | Ambivalente | Los niños con este tipo de apego se caracterizan por ser irritables y desafiantes, expresan lo que sienten, son destructores con sus pertenencias y con las ajenas. Manifiestan impulsividad, son manipuladores y hacen sentir a sus padres culpables de su situación. | |

Tabla N°2: Operacionalización de variable: Estilos de Apego

Fuente: Tipos de apego y su incidencia en el retraso psicomotor

Autora: Bazantes, M. (2018)

Desarrollo Psicomotor

| Variable | Definición Conceptual | Dimensión | Definición Operacional | Instrumentos |
|-----------------------|--|--------------------------------|--|--|
| Desarrollo psicomotor | La psicomotricidad es definida como la ciencia que considera al individuo como un todo, en su psique-soma, intentando desarrollar al máximo las capacidades individuales, a través de experimentar y la ejercitación reconociendo su propio cuerpo, para conseguir un mayor conocimiento de sus posibilidades en relación con el medio y consigo mismo en el que se desenvuelve. (Pérez,2004). | Motor grueso Motor fino | <p>Se refiere al vigilancia de los movimientos musculares en general del cuerpo o llamados globales, las cuales trasladan al niño desde una dependencia absoluta a desplazarse solos. Como: sentarse, control de la Girar, sobre sí mismo, Gatear, Mantenerse de pie, Caminar, Saltar, Lanzar una pelota. El control motor grueso es un hito importante en el progreso del infante, es capaz de refinar los movimientos no controlados, aleatorios e involuntarios a medida que su sistema neurológico madura.</p> <p>Se define como el control fino, es el proceso de refinamiento del control de la motricidad gruesa, se desenvuelve luego de esta y es también la maduración del sistema neurológico. El control de las habilidades motrices finas en el niño es un proceso de desarrollo y es un suceso muy importante para evaluar su edad de desarrollo, las capacidades de esta motricidad se desarrolla a través del tiempo, del conocimiento y de la experiencia, de forma tal que se pueda planear y ejecutar una tarea, fuerza muscular, coordinación y sensibilidad normal.</p> | TEST DE DENVER Confiabilidad 0.90 |

| | | | | |
|--|--|----------|---|--|
| | | Lenguaje | El desarrollo del lenguaje tiene relación con la maduración del sistema neurosensorial y motor implicados y con el desarrollo cognitivo, afectivo y social. Abarca capacidades expresivas, para dar a conocer sus deseos, ideas o pensamientos. La emisión de sonidos se inicia en el niño como un juego auditivo-verbal. El lenguaje abarca dos periodos la etapa pre lingüística y lingüística. | |
| | | Social | El desarrollo social del niño es el proceso por medio del cual los niños adquieren conductas, creencias, normas morales que son aceptados en su medio cultural. Los padres o cuidadores son los agentes principales y más influyentes, sobre todo durante los primeros años de vida involucrados en la socialización del niño. | |

Tabla N°3: Operacionalización de variable: Desarrollo Psicomotor

Fuente: Tipos de apego y su incidencia en el retraso psicomotor

Autora: Bazantes, M. (2017)

3.7 Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de información

La recolección de datos para la presente investigación se llevó a cabo por medio del Cuestionario de estilos de apego (RADQ), que consta de 30 Ítems, que evalúan apego ansioso, apego ambivalente y apego evitativo y la prueba de tamizaje del Desarrollo de Denver, que evalúa 4 áreas del desarrollo, área social, área de motricidad gruesa, área de motricidad fina y área de lenguaje.

Los procedimientos que se consideraron para la presente investigación fueron:

- Identificar el lugar de estudio “ Centro de Desarrollo Infantil Universitario” De la Universidad Técnica de Ambato
- Solicitar la autorización de las respectivas autoridades de la Institución para el desarrollo del proyecto de investigación
- Indicar las características del tema del proyecto, los objetivos y los reactivos para la aplicación.
- Validez y confiabilidad de los reactivos seleccionados.
- Especificar los criterios de inclusión y exclusión de la población para la evaluación
- Socializar, revisar y firmar el consentimiento informado por parte del evaluado
- Aplicar el test de desarrollo psicomotor Denver
- Aplicar la Escala de Apego RADQ de Randolph
- Calificar y tabular los resultados arrojados

3.8 Aspectos éticos

En el presente estudio se han examinado las leyes y estatutos en cuanto tiene que ver con las investigaciones que implican estudios con personas, en donde se ha tomado a

consideración los siguientes artículos establecidos en el Código de Ética de la Facultad Ciencias de la Salud:

Art. 13.- De los proyectos de investigación.- Los proyectos de investigación deben diseñarse para:

1. Impulsar la investigación formativa y generativa;
 2. Responder a las necesidades prioritarias de la Universidad y de la población de la zona central del Ecuador;
 3. Articular capacidades y acciones institucionales conjuntas que impulsen actividades de investigación, desarrollo e innovación;
 4. Fortalecer el progreso bioético:
 - a) Aplicar el consentimiento informado
 - b) Enmarcarse en los principios de la bioética
 - c) Tomar en cuenta las normas éticas internacionales para la investigación en seres humanos
1. Diseñar, elaborar y ejecutar proyectos en el marco de las directrices del Consejo de Educación Superior, Ministerio de Salud Pública, el Plan Nacional del Buen Vivir, la Matriz Productiva y el Reglamento de la Dirección de Investigación y Desarrollo de la Universidad.
 2. Conformar Comité de Bioética según la normativa del Ministerio de Salud Pública.
 3. Todos los trámites pertinentes a los proyectos de investigación utilizarán la normativa y formatos establecidos por el Comité de Bioética.
 4. El Comité de Bioética deberá elaborar el reglamento respectivo.

Cuestionario de Tipos de Apego (RADQ)

El cuestionario de Trastornos de Apego se basa en determinar la presencia de disturbio en el apego y posteriormente, clasificar el estilo de apego que presente el niño. Manifestando como el niño responde a la figura materna o del cuidador principal, tomando en cuenta la ausencia de la figura principal. El cuestionario consta de 5 opciones 5 (usualmente), 4 (frecuentemente), 3 (A veces), 2 (Ocasionalmente) y 1 (Rara vez), describiendo cuan seguido el niño realiza dichos comportamientos que describe en el cuestionario.

Autor: Randolph y Cols

Año: 1998

N° de ítems: 30

| Variable | Dimensiones | Ítems |
|------------------|-------------|-------------------------|
| Estilos de Apego | Evitativo | 1,2,3,5,15,16,22 |
| | Ansioso | 1,3,5,10,17,18,20,22,23 |
| | Ambivalente | 8,9,11,13,16,18,20,27 |

Calificación: Para la calificación del instrumento, se hace el conteo de cada uno de los números seleccionados en cada ítem, se realiza la sumatoria y después se le resta 30 a la puntuación total, si el puntaje es superior a 65 se puede diagnosticar al niño con trastorno de Apego

Evalúa: Estilos de Apego Disfuncional

Administración: Individual

Confiabilidad: 0.85

Prueba del Tamizaje del desarrollo Denver

La prueba de tamizaje del desarrollo de Denver (DDST) es el instrumento más aplicado para evaluar el progreso en el desarrollo de niños desde su nacimiento hasta los 6 años de edad. El propósito de la prueba en recién nacidos es la detección de problemas a nivel neurológico, en infantes identifica tempranamente la naturaleza de problemas con el fin de una adecuada orientación en un posible tratamiento a futuro, durante la infancia esta evaluación permite delimitar problemas sociales o de aprendizaje. Este instrumento está diseñado para probar al niño en veinte tareas muy simples las cuales se ubican en cuatro áreas:

1. **Personal- social:** Estas tareas miden la capacidad del niño de relacionarse con los demás.
2. **El motor fino adaptativo:** Identifican la capacidad del niño de ver y utilizar sus manos para manipular objetos y dibujar.
3. **El lenguaje:** Estas actividades muestran la capacidad del infante de oír, hablar y seguir órdenes.
4. **El motor grueso:** Identifican la capacidad del infante de sentarse, saltar y caminar.

Autor: Williams Frankenburg, Josiah S. Doods y Alma Fordal.

Evalúa: Desarrollo Psicomotor.

N° de ítems: 125

Calificación: Solo se aplican los ítems que están a la izquierda de la línea de edad y los que cruzan la franja negra del ítem, los del lado derecho no se consideran, ya que corresponden a una edad mayor. Se considera éxito cuando logra realizar la tarea sin ningún problema, fracaso negro no realiza la actividad del ítem de acuerdo a su edad, pero está en evolución, fracaso cuando el niño no cumple con la tarea

Administración: Individual

Confiabilidad: 0.90

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Resultados de Evaluación de Estilos de Apego

| ESTILOS DE APEGO | | |
|------------------|------------|-------------|
| Estilo de Apego | Frecuencia | Porcentaje |
| No presenta | 8 | 20% |
| Ansioso | 23 | 57% |
| Ambivalente | 2 | 5% |
| Evitativo | 7 | 18% |
| Total | 40 | 100% |

Tabla N°4: Estilos de Apego

Fuente: Tipos de apego y su incidencia en el retraso psicomotor

Autora: Bazantes, M. (2018)

Análisis: De los 40 casos evaluados dentro de los tipos de apego observamos que 22 niños evaluados tienen apego seguro, en tanto que 13 de los niños muestran un apego ansioso, en cambio 1 niño presenta apego ambivalente y en 4 niños se evidencia un apego evitativo.

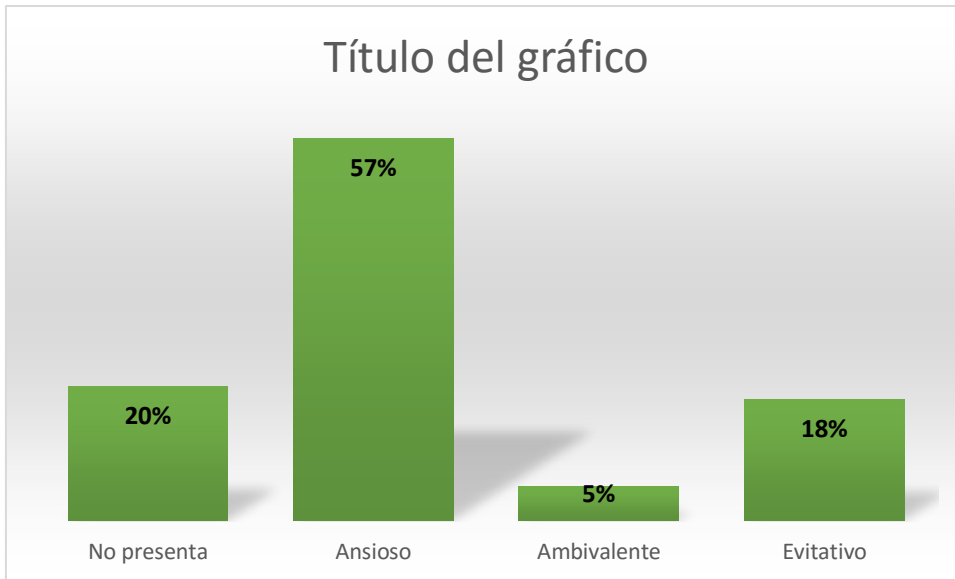


Figura N°1: Evaluación de los Estilos de Apego

Fuente: Tipos de apego y su incidencia en el retraso psicomotor

Autora: Bazantes, M. (2018)

Interpretación: Se evidencia en la investigación que de los 40 niños que fueron evaluados 8 niños que son el 20% de la población muestra no tener ningún apego, mientras que 23 niños que representan el 57% de los niños presentan un apego ansioso estos niños muestran llanto y desesperanza cuando están expuestos a la situación extraña que es la separación de su figura de apego, en cambio que 2 de los niño que es el 5% evidencia un apego ambivalente, tiene una angustia descontrolada , suelen no calmarse con el retorno de su figura de apego y 7 de los niños que es el 18% de la población presentan un apego evitativo, estos niños no muestran su apego hacia su cuidador, no presentan ansiedad, ni angustia ante la separación de la figura de apego.

4.2 Resultados de la evaluación del Desarrollo Psicomotor

| | Motor Grueso | | Motor Fino | | Lenguaje | | Social | |
|----------------------------|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Desarrollo Esperado | 25 | 63% | 22 | 55% | 21 | 53% | 16 | 40% |
| Dificultad | 15 | 37% | 18 | 45% | 19 | 47% | 24 | 60% |
| Total | 40 | 100% | 40 | 100% | 40 | 100% | 40 | 100% |

Tabla N°5: Resultados de la Evaluación del Desarrollo Psicomotor

Fuente: Tipos de apego y su incidencia en el retraso psicomotor

Autora: Bazantes, M. (2018)

Análisis: De los 40 casos evaluados se observa que 25 niños no presentan ningún tipo de dificultad en el desarrollo motor grueso y 15 niños presentaron dificultad en el desarrollo motor grueso. Con respecto al desarrollo motor fino de los 40 niños evaluados, observamos que 22 de ellos no presenta dificultad en su desarrollo, mientras que 18 de los niños presentaron dificultad en el desarrollo motor fino. De los 40 casos evaluados en el desarrollo del lenguaje encontramos que 21 niños no presentan ninguna alteración, en cambio de los 19 niños evaluados presentaron dificultad en el lenguaje. En el área social se evidencia que 16 niños que fueron evaluados tienen un desarrollo esperado en la sociabilización, mientras que los otros 24 niños evaluados tienen dificultad en el desarrollo social de acuerdo a su edad.

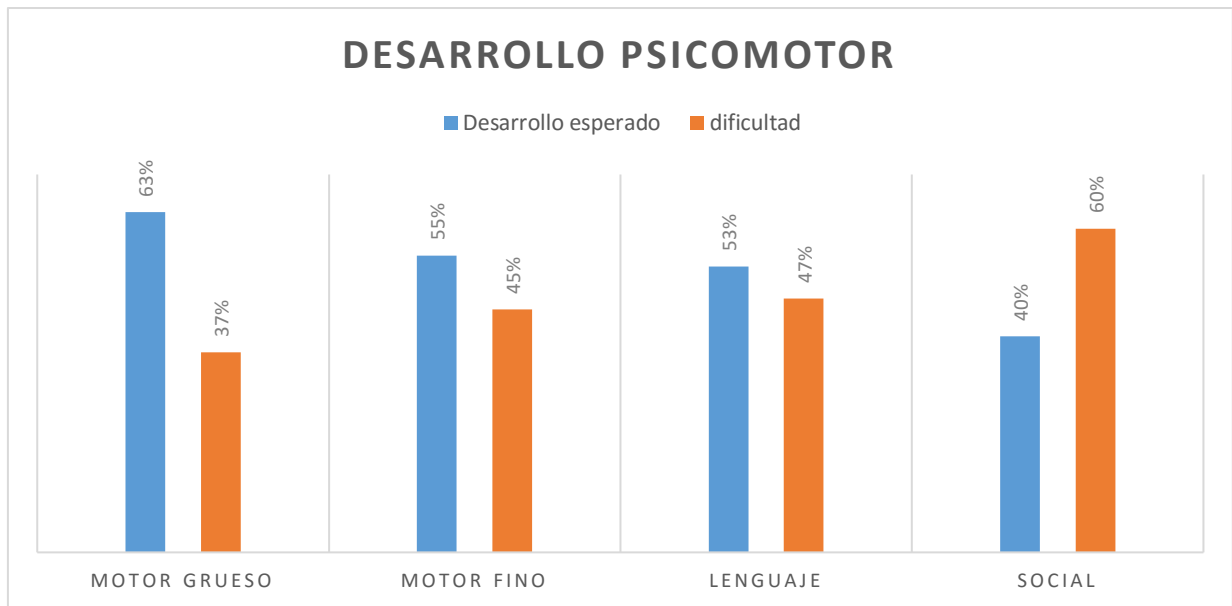


Figura N°2: Evaluación del Desarrollo Psicomotor

Fuente: Tipos de apego y su incidencia en el retraso psicomotor

Autora: Bazantes, M. (2017)

Interpretación: en la figura se observa que el 63% de los niños evaluados presentan normalidad en el desarrollo psicomotor grueso, es decir que el niño no ha presentado ninguna dificultad en el control general de las acciones musculares, como es levantarse, caminar, saltar, mientras que en el 37% de los niños evaluados se evidencia dificultad en el desarrollo psicomotor grueso, apareciendo una secuencia lenta para su edad y/o alterada cualitativamente, presentando dificultades en sus músculos para sentarse, pararse, caminar, correr y mantener el equilibrio. En el desarrollo motor fino 22 niños que representan al 55% de los niños evaluados no presentan problemas en esta área, los niños de este grupo realizan pequeños movimientos musculares de la cara, de las manos y de los pies, realizan la pinza digital y existe una mejor coordinación óculo manual es decir la coordinación de la mano y el ojo, en tanto que 18 niños que es el 45% presentan dificultad en el desarrollo motor fino, significando que el niño no cumple con las actividades de coordinación y los movimientos musculares pequeños que corresponde

según el rango de edad. Dentro del lenguaje se observa que el 53% de los niños evaluados presentan normalidad en el desarrollo del lenguaje acorde a su edad no tiene dificultades en las etapas del lenguaje como son la etapa pre lingüística donde el niño presenta una serie de habilidades a través de la interacción entre él y el adulto manifestando una sensibilidad por el ruido, discrimina sonidos y presenta articulación, como la lingüística en la que el niño ya dispone de un lenguaje comprensible que continuara ampliándose, también diferencia a los fonemas con dificultad y la ecolalia desaparece, mientras que el 47% de los evaluados presentaron dificultad en el lenguaje es decir que los niveles de lenguaje fonológico, morfosintáctico, semántico y pragmático se encuentran afectados y no están acorde a la edad cronológica existe una evaluación lenta en el lenguaje y afecta a la expresión y comprensión del niño. En el área social se evidencia que de los 40 casos evaluados el 40% de los niños no tienen el desarrollo adecuado en el área social estos infantes tienen conductas, creencias y normas morales que son aceptadas por la familia y el grupo cultural y el 60% de los niños evaluados tienen dificultad en el área social que son dificultades en los factores de aprendizaje social, normativa ética social y las relaciones interpersonales que se establecen con la familia, escuela y grupo de iguales.

4.3 Prueba de Comprobación Estadístico chi cuadrado entre Estilos de Apego y Desarrollo Psicomotor en la población

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|------------------------------|--------------------|----|--------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 1.242 ^a | 3 | .743 |
| Razón de verosimilitudes | 1.234 | 3 | .745 |
| Asociación lineal por lineal | .003 | 1 | .957 |
| N de casos válidos | 40 | | |

a. 5 casillas (62.5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .75.

Tabla N°6: Prueba de Comprobación Chi cuadrado de estilos de apego y desarrollo psicomotor

Fuente: Tipos de apego y su incidencia en el desarrollo psicomotor

Autora: Bazantes, M. (2018)

Interpretación: Se realizó la comprobación de hipótesis a través de la prueba de Chi Cuadrado encontrando que $(X^2(9) = 1,242 p > 05, N40)$ arroja un grado de significancia bilateral de 0.147; por tanto $0.743 > 0.05$ de esta manera se acepta la H_0 que apoya la independencia entre las variables Estilos de Apego y Desarrollo Psicomotor, concluyendo que no existe relación entre las mismas.

4.4 tablas de contingencia entre los variables estilos de apego y desarrollo psicomotor

Tabla de contingencia

| Recuento | | diagnostico | | | | Total |
|--------------|---------------------|-------------|---------------|-----------------|-------------------|-------|
| | | No presenta | Apego Ansioso | Apego evitativo | Apego Ambivalente | |
| motor grueso | Desarrollo esperado | 4 | 16 | 4 | 1 | 25 |
| | Dificultad | 4 | 7 | 3 | 1 | 15 |
| Total | | 8 | 23 | 7 | 2 | 40 |

Tabla N°7: Tabla de contingencia de los Estilos de Apego y Desarrollo Psicomotor Grueso

Fuente: Tipos de apego y su incidencia en el desarrollo psicomotor

Autora: Bazantes, M. (2018)

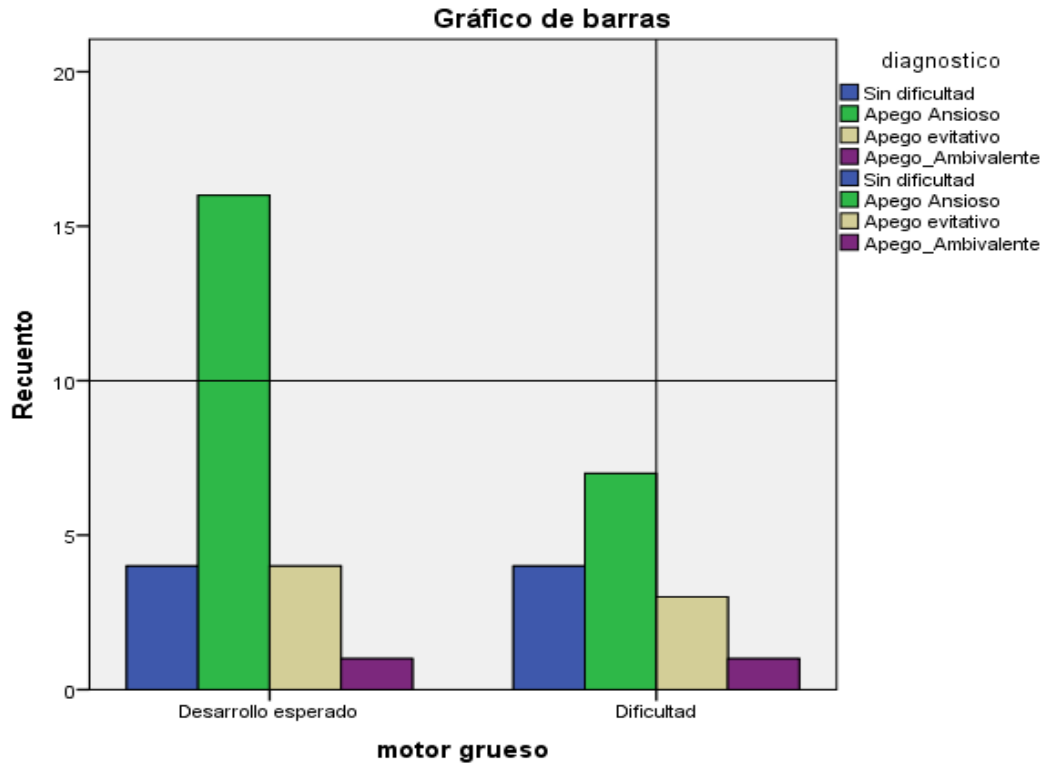


Figura N°3: Evaluación del Desarrollo Psicomotor Grueso
Fuente: Tipos de apego y su incidencia en el retraso psicomotor
Autora: Bazantes, M. (2017)

Interpretación: De los 40 casos evaluados, 8 niños no presentan ningún tipo de apego de los cuales fueron evaluados en el desarrollo psicomotor grueso encontramos que 4 niños tuvieron un desarrollo esperado, mientras que los otros 4 niños presentaron dificultad en el desarrollo motor grueso, en cambio 23 niños presentaron apego ansioso de los cuales 16 niños presentaron un desarrollo psicomotor grueso esperado, 7 de los niños tienen dificultad en el desarrollo motor grueso, mientras que 7 niños que presentan apego evitativo 4 de ellos tiene un desarrollo esperado, en cambio 3 niños presentaron dificultad en su desarrollo motor grueso, en tanto que 2 niños presentan apego ambivalente 1 tiene un desarrollo esperado y 1 niño presento dificultad en su desarrollo motor grueso, mostrando que 25 niños presentaron un desarrollo esperado en el área motor gruesa y 15 niños tienen dificultad en esta área.

Tabla de contingencia

| Recuento | | diagnostico | | | | Total |
|-----------------------|---------------------|-------------|---------------|-----------------|-------------------|-------|
| | | No presenta | Apego Ansioso | Apego evitativo | Apego Ambivalente | |
| motor fino adaptativo | Desarrollo esperado | 5 | 15 | 2 | 0 | 22 |
| | Dificultad | 3 | 8 | 5 | 2 | 18 |
| Total | | 8 | 23 | 7 | 2 | 40 |

Tabla N°8: Tabla de contingencia de los Estilos de Apego y Desarrollo Psicomotor Fino

Fuente: Tipos de apego y su incidencia en el desarrollo psicomotor

Autora: Bazantes, M. (2017)

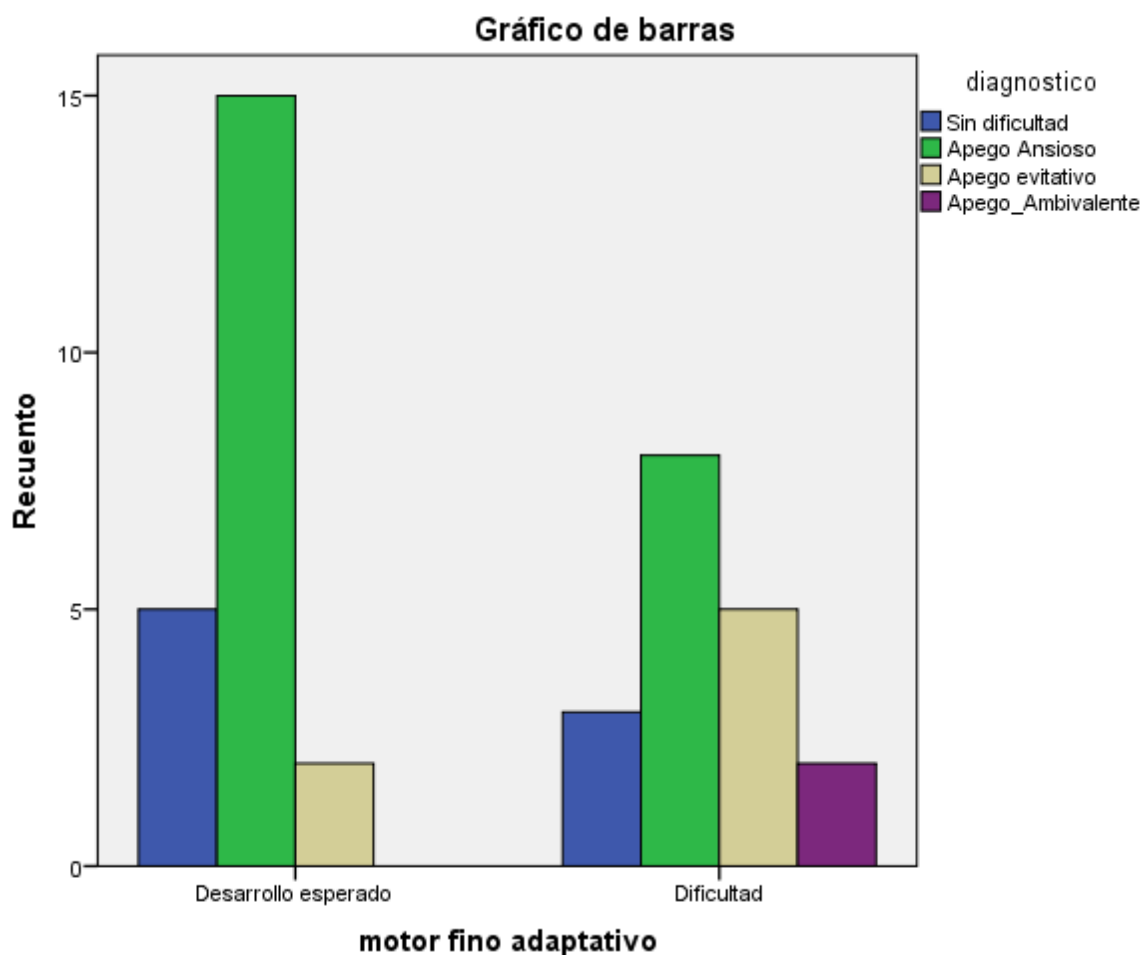


Figura N°4: Evaluación del Desarrollo Motor Fino

Fuente: Tipos de apego y su incidencia en el retraso psicomotor

Autora: Bazantes, M. (2018)

Interpretación: de los 40 casos evaluados dentro del desarrollo motor fino, encontramos que 8 niños no presentan ningún apego de los cuales 5 niños tuvieron un desarrollo esperado, mientras que 3 niños presentan dificultad en el desarrollo psicomotor fino, mientras que de los 23 niños que tienen apego ansioso 15 presentaron un desarrollo motor fino esperado y 8 niños tienen dificultad en este desarrollo, en cambio de los 7 niños que tienen un apego evitativo 2 de los niños no tuvieron dificultad en el desarrollo motor fino y 5 niños presentaron problemas en este desarrollo y de los 2 niños que presentan un apego ambivalente los 2 presentaron dificultad en el desarrollo psicomotor fino. Evidenciando que 22 niños presentan un desarrollo psicomotor fino esperado y 18 niños presentan dificultad en su desarrollo.

Tabla de contingencia

| Recuento | diagnostico | | | | Total |
|------------------------------|-------------|---------------|-----------------|-------------------|-------|
| | No presenta | Apego Ansioso | Apego evitativo | Apego Ambivalente | |
| Desarrollo lenguaje esperado | 4 | 14 | 2 | 1 | 21 |
| Dificultad | 4 | 9 | 5 | 1 | 19 |
| Total | 8 | 23 | 7 | 2 | 40 |

Tabla N°9: Tabla de contingencia de los Estilos de Apego y Desarrollo Psicomotor en el área de Lenguaje

Fuente: Tipos de apego y su incidencia en el desarrollo psicomotor

Autora: Bazantes, M. (2018)

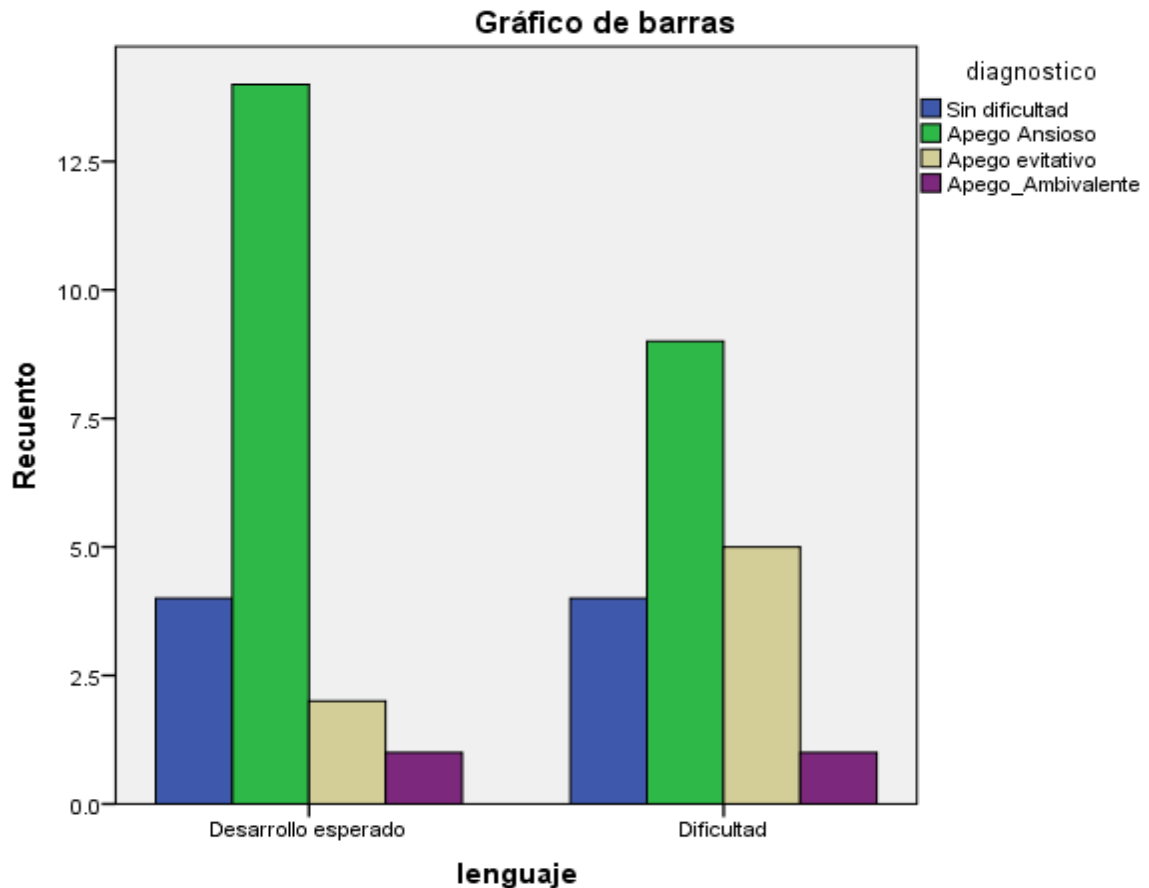


Figura N°5: Evaluación del Desarrollo Psicomotor en el área de Lenguaje

Fuente: Tipos de apego y su incidencia en el retraso psicomotor

Autora: Bazantes, M. (2018)

Interpretación: en la evaluación del lenguaje, de los 40 casos evaluados 8 niños no presentan ningún apego de los que 4 niños tienen un desarrollo esperado en el lenguaje y 4 niños tienen dificultad en esta área, mientras que de los 23 niños con apego ansioso, 14 tienen un desarrollo esperado y 9 niños presentan dificultad en el desarrollo del lenguaje, en cambio que los 7 niños que tienen apego evitativo 2 no tuvieron dificultad en el desarrollo y 5 niños presentan dificultad en el área de lenguaje y de los 2 niños que tienen apego ambivalente, 1 tiene un desarrollo esperado y 1 de los niños tiene dificultad en el desarrollo del lenguaje. Mostrando que 21 niños tienen un desarrollo esperado en el lenguaje y 19 de los niños presentan dificultad en esta área.

Tabla de contingencia

| Recuento | | diagnostico | | | | Total |
|-----------------|---------------------|-------------|---------------|-----------------|-------------------|-------|
| | | No presenta | Apego Ansioso | Apego evitativo | Apego Ambivalente | |
| personal social | Desarrollo esperado | 3 | 9 | 3 | 1 | 16 |
| | Dificultad | 5 | 14 | 4 | 1 | 24 |
| Total | | 8 | 23 | 7 | 2 | 40 |

Tabla N°10: Tabla de contingencia de los Estilos de Apego y Desarrollo Psicomotor Grueso en el área Social

Fuente: Tipos de apego y su incidencia en el desarrollo psicomotor

Autora: Bazantes, M. (2018)

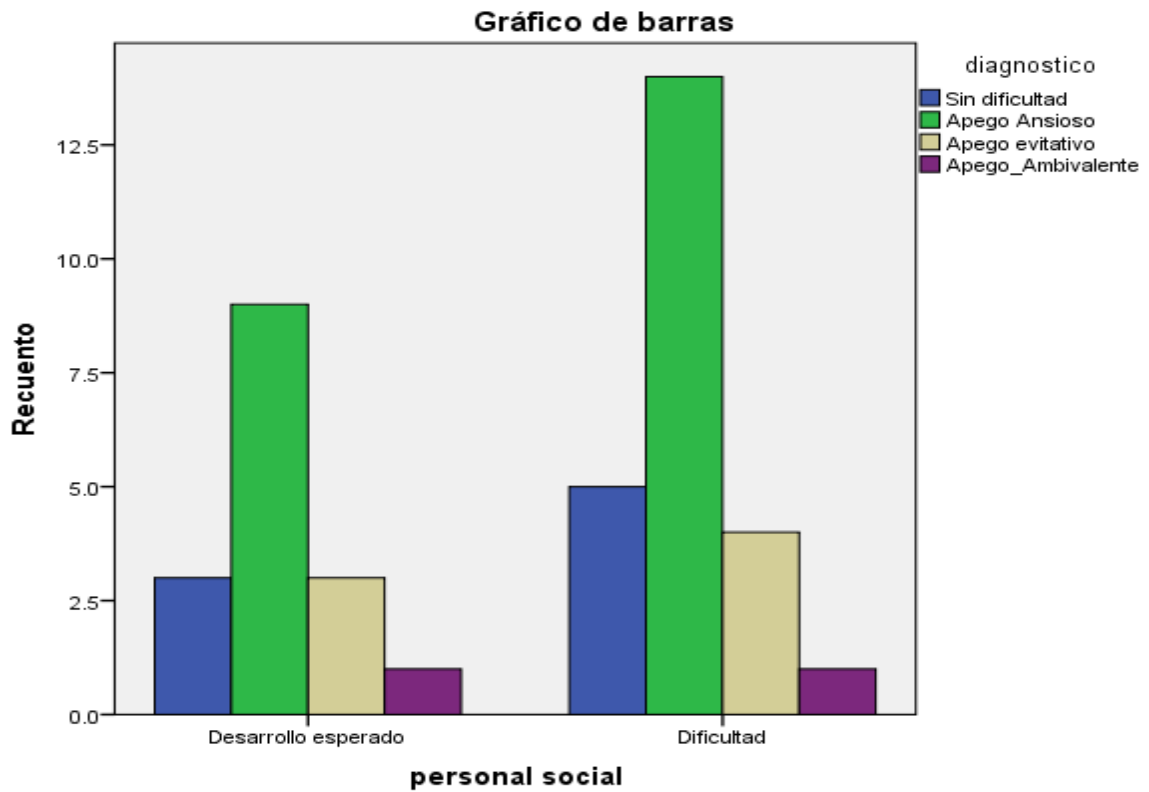


Figura N°6: Evaluación del Desarrollo Psicomotor en el área Social

Fuente: Tipos de apego y su incidencia en el retraso psicomotor

Autora: Bazantes, M. (2018)

Interpretación: de la evaluación en el área personal social, 8 de los niños que no tienen ningún apego 3 de ellos tienen un desarrollo social esperado y 5 de ellos presentan dificultad en el área social, mientras que de los 23 niños con apego ansioso, 9 niños tienen un desarrollo esperado, mientras que 14 de los niños presentan dificultad en el desarrollo social, en cambio que de los 7 niños con apego evitativo 3 de los niños presentan un desarrollo social esperado y 4 tienen dificultad en el área social, en cambio que de los 2 niños con apego ambivalente, 1 niños no tienen dificultad en la área social y 1 de los niños si tiene dificultad en su desarrollo, evidenciando que 16 niños tienen un desarrollo esperado en el área personal social y 24 de los niños presentaron dificultad en esta área

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Se comprobó la hipótesis de la investigación mediante la prueba estadística chi cuadrado ($X^2(9) = 1,242$ $p > 0,05$, $N=40$) tiene una significación exacta de 0.743; en donde $0.743 > 0.05$, por lo tanto se acepta la H_0 y se llega a concluir que los estilos de apego no se relacionan con el desarrollo psicomotor.
- Se evidencia en la investigación acerca de los estilos de apego 8 niños que es el 20% de la población muestra no presentan ningún tipo de apego, mientras que 23 niños que representan el 57% de los niños presentan un apego ansioso estos niños muestran llanto y desesperanza cuando están expuestos a la situación extraña que es la separación de su figura de apego, en cambio que 2 de los niños que es el 5% evidencia un apego ambivalente, tiene una angustia descontrolada, suelen no calmarse con el retorno de su figura de apego y 7 de los niños que es el 18% de la población, estos niños muestran un apego evitativo hacia su cuidador, no presentan ansiedad, ni angustia ante la separación de la figura de apego.
- Se observa que el 63% de los niños evaluados en desarrollo psicomotor grueso presentan normalidad, mientras que en el 37% restante se evidencia dificultad en el desarrollo psicomotor. En el desarrollo motor fino 22 niños que representan al 55% no presentan problemas en esta área, en tanto que 18 niños que es el 45% evidencian dificultad en el desarrollo motor fino. Dentro del lenguaje se observa que el 53% de los niños evaluados presentan normalidad en el desarrollo del lenguaje, mientras que el 47% de los evaluados presentaron dificultad en esta área

En el área social se evidencia que el 40% de los niños no tienen el desarrollo adecuado y el 60% de los niños restantes presentan dificultad en el área social.

5.2 Recomendaciones:

- Se recomienda intervención psicológica en los estilos de apego y el desarrollo psicomotor, en primer lugar es importante realizar una psicoeducación con los padres o cuidadores de los niños, para tratarse temas como es el apego su significado, tipos, características, consecuencias y su gran importancia en los primeros años de vida, de la misma manera acerca del desarrollo psicomotor, la evolución, cambios y destrezas que desarrolla el niño de acuerdo a su edad.
- Planificar un plan terapéutico para combatir las dificultades en el apego, a través de la terapia sistémica familiar, alrededor de 10 sesiones, se puede iniciar con realización de genograma para conocer el sistema del niño, establecer los roles dentro de la familia, identificación de las emociones se trata de la comunicación emocional entre el adulto y el niño, la persona adulta debe demostrarle al niño que entiende las emociones que transmite, juego de roles la madre ocupa el lugar del niño le muestra el comportamiento que trasmite el niño y Apoyo emocional si la madre se siente abrumada por las demandas emocionales del niño debe existir el apoyo del padre u otro familiar.
- Se recomienda aplicar técnicas terapéuticas como terapia conductual, terapia cognitiva y terapia emocional para trabajar en conductas inapropiadas del niño, se sugiere establecer metas para el desarrollo psicomotor por medio del trabajo multidisciplinario de estimulación temprana y el área de psicológica.

Referencias Bibliográficas

BIBLIOGRAFÍA

- Ainsworth M. (1974). The development of infant-mother attachment. *Reviews of Child Development*. Chicago, University of Chicago Press
- Amar J. y Berdugo M. (2006). Vínculos de apego en niños víctimas de la violencia intrafamiliar. *Psicología desde el Caribe*. 147 (18), 1-22
- Bowlby J. (1969). *Attachement and loss*, Londres, Hogarth Press and the Institute of Psycho Analysis.
- Camps S., Castillo J. y Cifre I. (2014). Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas *Clínica y Salud*. 25 (1). 67-74.
- Carrasco M., Ortiz L., Roldan J. y Chávez A., (2016). Desnutrición y desarrollo cognitivo en infantes de zonas rurales marginadas de México. *Gaceta Sanitaria* 30 (4), 304-307
- Chamorro L. (2012). El apego. Su importancia para el pediatra. *Pediatría (Asunción)*, 39 (3)
- Cigarro I., Sarqui C. y Zapata R. (2016) Efectos del sedentarismo y obesidad en el desarrollo psicomotor en niños y niñas: Una revisión de la actualidad latinoamericana. *Universidad y Salud*. 18(1):156-169
- Estrada P. (2009). Investigación sobre el estilo de apego en niños preescolares pertenecientes a familias multiproblemáticas. *Subjetividad y procesos cognitivos*. 13 (1),
- Garibotti G., Comar H., Vasconi C., Giannini G. y Pittau C. (2013). Desarrollo psicomotor infantil y su relación con las características sociodemográficas y de estimulación familiar en niños de la ciudad de Bariloche, Argentina. *Arch Argent Pediatr* 111 (5), 384-390.
- Grimalt L. y Heresi E. (2012). Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo. *Rev Chil Pediatr*. 83 (3), 239-246

- Guerra M. Y Muñoz L. (2013). Expresiones y comportamientos de apego madre- recién nacido hospitalizado en Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. *Enfermería Universitaria* 10 (3). 84-91.
- Hernández N., Landrove I y Matos A, (2014), Desarrollo psicomotor al año de edad en niños con antecedentes de asfixia al nacer. *Correo Científico Médico* 18 (3). 469 – 478
- Lejarraga H., Kelmansky D., Passucci M., Masautis A., Insua I., Lejarraga C. y Nunes F. (2016). Evaluación del desarrollo psicomotor del niño en grupos de población como indicador positivo de salud. *Arch Argent Pediatric* 114 (1) 23-29.
- López, F., Fuentes, M. J., Ortiz, M. J. y Etxebarria, I. (1999). Cómo promover la conducta pro social y altruista. En E. Pérez-Delgado y M. V. Mestre (Coor.), *Psicología moral y crecimiento personal* (pp. 211-225). Barcelona: Ariel.
- Guzmán M., Carrasco N., Figueroa C. y Vilca D. (2016). Estilos de Apego y Dificultades de Regulación Emocional en Estudiantes Universitarios. *Psykhe (Santiago)*. 25 (1). 1-13. <http://dx.doi.org/10.7764/psykhe.25.1.706>
- Seradell A. (2002) *Psicología Infantil Asesor de padres Programa de Información familiar*. Barcelona, España; Océano.

LINKOGRAFÍA

- Álvarez M., Soria J. y Galbe J. (2009). Importancia de la vigilancia del desarrollo psicomotor por el pediatra de Atención Primaria: revisión del tema y experiencia de seguimiento en una consulta en Navarra. *Pediatría Atención Primaria*, 11 (41), Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322009000100005&script=sci_arttext
- Bowlby J. (1990) citado por: Barajas 2013, recuperado de: https://es.slideshare.net/JimeeMeillon?utm_campaign=profiletracking&utm_medium=sssite&utm_source=ssslideview
- Cano J. (2001). El apego, factor clave en las relaciones interpersonales. España: [psiquiatría.com](http://www.psiquiatria.com). Recuperado de: <http://www.psiquiatria.com/psicologia/el-apego-factor-clave-en-las-relaciones-interpersonales/#>

- Contreras M. y Marcano P. (2009). Trastornos de apego en niños que asisten a guarderías. Tesis de grado. Maracaibo. Recuperado de: <http://200.35.84.131/portal/bases/marc/texto/3201-09-03193.pdf>
- Díaz C. (2015). Apego parental y su influencia en la autoestima de estudiantes del primer a tercer año de bachillerato de los colegios Jorge Álvarez y los andes de la ciudad de píllaro. Tesis de Grado. Ambato- Ecuador. Recuperado de: <http://redi.uta.edu.ec/bitstream/123456789/12295/1/Díaz%20Sánchez,%20Cristian%20Sebastián.pdf>
- Fernández A.(2010). Valoración del desarrollo psicomotor. Recuperado de: http://www.sapfilialsalta.com/web/images/pdf/Espectro_autista/_Valoracion_del_Desarrollo_PsicomotorHaizeaLLevant.pdf
- García A. (2014) Desarrollo psicomotor y signos de alarma. Recuperado de http://www.aepap.org/sites/default/files/2em.1_desarrollo_psicomotor_y_signos_de_alarma.pdf
- Garza F y Bernuelo 1990. Psicomotricidad Infantil. Recuperado de: <http://psicomotricidadinfantil.blogspot.com/2008/05/definicion-de-terminos.html>
- González J., Guazhambo D. y Leon G., (2013). Valoración del desarrollo psicomotriz en los niños/as del centro de desarrollo infantil 27 de febrero del municipio. Universidad de Cuenca, tesis de grado, Cuenca, recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4909/1/ENF188.pdf>
- González L. (2011). Teoría del apego en m. Ainsworth: Tipos de Apego. España. Recuperado de: <http://rosagonzalezlana.blogspot.com/p/tipos-de-apego.html>
- Grijalva A. (2015). Estilos de Crianza de los padres y su relación con el Desarrollo Psicomotriz en la Primera Infancia. Tesis de Grado. Ambato, recuperado de: <http://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/1258/1/75841.pdf>
- Jiménez I. (2010). Desarrollo social del niño. Recuperado de: <http://www.institutomodernocomitan.com/copilacion/>
- Molina T. (2015). “El tipo de apego y su influencia en los rasgos de personalidad”. Tesis de grado. Ambato. Ecuador. Recuperado de: <http://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/1139/1/75672.pdf>

NACIONES UNIDAS (2016). Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe.

Recuperado de:

http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40972/4/S1601037_mu.pdf

Navarro I y Pérez N. (2011) Psicología del Desarrollo Humano: Del nacimiento a la vejez. Recuperado de

<https://books.google.com.ec/books?id=3f2SOdgv3IcC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

Niñez C. (2016). “Influencia de la estimulación temprana en el desarrollo de la motricidad gruesa en niños de 0 a 4 años con parálisis cerebral infantil en la fundación manos unidas del cantón tisaleo”, tesis de grado, Ambato, recuperado de: <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/19759/2/Claudia%20Maricela,%20Niñez%20Acosta.pdf>

Freire I. (2016). “Niños de 1-2 años en el c.n.h pequeños pupilosdel cantón quero”. Tesis de Grado. Ambato – Ecuador. Recuperado de:

OMS (2017). 10 Datos de la Nutrición. Recuperado de:

<http://www.who.int/features/factfiles/nutrition/es/>

Palacios J. y Mora J. (1990) Psicología Evolutiva. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=9974>

Pérez R. y Ideas Propias. (2004). *Psicomotricidad*. Recuperado de: <http://media.axon.es/pdf/90072.pdf>

Portero A. (2013), “estimulación psicomotriz en el desarrollo de habilidades motrices gruesas de niños entre 2 y 5 años con microcefalia que acuden al hospital provincial general de Latacunga” Tesis de grado, Ecuador recuperado de: <http://redi.uta.edu.ec/bitstream/123456789/5527/1/PATRICIA%20GEOVANNA%20PORTERO%20ARCOS.pdf>

Saussure, Bouton, Montilla, Narbana y Chevré M. 1965-1977. Desarrollo del Lenguaje en la Infancia. Recuperado de: <http://www.neuropedwikia.es/content/periodo-prelingueistico-del-desarrollo-del-lenguaje>

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2014), recuperado de:http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/ECV/Publicaciones/ECV_Folleto_de_ind_sociales.pdf

Según el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2012), Recuperado de:http://www.20062012.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/EvaluacionProgramasSociales/Otros_Estudios/INSP2012Estudio_Desnutricion.pdf

Según el Mapa Mundial De La Familia, (2013), recuperado de: http://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2013/05/Mapa_mundial_familia_2013.pdf

Según el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES, 2015), recuperado de: https://info.inclusion.gob.ec/infomies/descargas_documentos/INVESTIGACIONES/DESARROLLO_INFANTIL_INTEGRAL/SITUACION%20DE%20LA%20DESNUTRICION%20CRONICA%20EN%20NN%20DE%20LOS%20SERVICIOS%20DE%20DESARROLLO%20INFANTIL%20INTEGRAL.pdf

Socorro A. Sandoval A. (2012) Psicología del Desarrollo Humano I. Recuperado de http://dgep.uas.edu.mx/librosdigitales/5to_SEMESTRE/50_Psicologia_del_Desarrollo_Humano_I.pdf

Tisalema P., (2014). El gateo y su incidencia en el desarrollo psicomotor de los niños y niñas prematuros que asisten al área de estimulación temprana del instituto ecuatoriano de seguridad social Ambato en el período marzo – agosto 2013”, tesis de Grado. Ecuador – Ambato, recuperado de: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7515/1/Tisalema%20Guamanquispe%20Paola%20Ximena.pdf>

Unicef (2013) Guía sobre pautas de crianza para niños y niñas. Recuperado de https://www.unicef.org/uruguay/spanish/Guia_crianza_capitulo_01_web.pdf

Unicef (2013). Mejorar la Nutrición Infantil. Recuperado de:
https://www.unicef.org/ecuador/Spanish_UNICEF-NutritionReport_low_res_10May2013.pdf

Unicef 2010. La evolución de las estructuras familiares en América Latina, 1990-2010.
Recuperado de: https://www.unicef.org/lac/S2014182_es.pdf

Vericat A y Orden A (2013) El desarrollo psicomotor y sus alteraciones: entre lo normal y lo patológico. Scielo Recuperado de
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000022

WORLD FAMILY MAP (2014). Mapa de los cambios en la familia y consecuencias en el bienestar infantil. Recuperado de:
<http://worldfamilymap.org/2014/wpcontent/uploads/2014/09/WorldFamilyMapESP.pdf>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASE DE DATOS UTA

PROQUEST: Román C. (2015). El Estilo de Apego y su Influencia en las Habilidades Sociales de la Unidad Educativa Victoria Vásconez Cuvi del Cantón Latacunga. Tesis de Grado. Ambato- Ecuador.

PROQUEST: Bravo D. (2016). “Estimulación multisensorial en el desarrollo de los niños prematuros de 0 a 6 meses del hospital del seguro Ambato. Tesis de Grado. Ambato- Ecuador. Recuperado de:
<http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/23750/2/Bravo%20Olmedo%20Diana%20Mariuxi%20Tesis%20en%20PDF.pdf>

PROQUEST: Pipa I., Rodríguez M., Felquereso M., Riera M y González P. (2016). Displasia del desarrollo de la cadera en niños con trastorno psicomotor. *Anales de Pediatría*, 85 (3), 142-148.

PROQUEST: Santelices, M., Besoain, C. Y Escobar, M. (2015). Monoparentalidad, trabajo materno y desarrollo psicomotor infantil: un estudio chileno en niños que asisten a salas cuna en contexto de pobreza. *Universitas Psychologica*, 14(2), 675-684. <http://dx.doi.org.10.11144/Javeriana.upsy14-1.mtmd>

PROQUEST: Podestá L., Alarcón A., Muñoz S., Legue M., Bustos L. y Barrían M. (2013), Alteración del desarrollo psicomotor en hijos de mujeres con depresión posparto de la ciudad de Valdivia- Chile. *Revista Médica de Chile* 141 (4) 464-470. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872013000400007>.

ANEXOS

Anexo I. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ con Cédula de Identidad _____ autorizo al Sr/Srta/Sra _____ hacer uso de la información que yo pueda proporcionarle para la realización de su proyecto de investigación que tiene por tema “ _____ ” de la Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera Psicología Clínica, la misma que se llevará a cabo en _____ .

El objetivo de este documento es darle a conocer que:

La participación en esta investigación es definitivamente de forma voluntaria. Esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a participar o abandonar el estudio en el momento que quiera sin tener que rendir cuentas.

Es probable que usted no reciba ningún beneficio directo del estudio realizado, pues los datos proporcionados tienen como finalidad producir conocimientos que podrían ser usados para elaborar estrategias de entrenamiento cognitivo en cuanto a la memoria, en complemento con tratamiento psicoterapéutico.

Finalmente cabe recalcar que el estudio no produce ningún daño o riesgo y que se garantiza total discreción y confidencialidad en la información obtenida.

Con el fin de agilizar la investigación se procederá a hacer un acompañamiento donde se emitirá una explicación previa, antes de que conteste las baterías de evaluación, para un mejor desenvolvimiento.

Firma: _____

Fecha: _____

Anexo II. Hoja de respuesta del RADQ

Edad: Fecha:

Tiempo total en preescolares o guarderías:.....

Tiempo en este preescolar o guardería:.....

Horas que permanece en el preescolar o guardería:

Lea cada uno de los ítems a continuación y encierre en un círculo el número mejor describa cuán seguido su hijo hace dicho comportamiento. Si él/ella usualmente lleva a cabo dicho comportamiento (90% o más del tiempo), encierre en un círculo la opción 5. Si el /ella lo hace frecuentemente (75% del tiempo), marque la opción 4. Si el/ella lo hace la mitad del tiempo encierre en un círculo la opción número 3. Si se presenta ocasionalmente (25% del tiempo), marque el número 2. Si se presenta rara vez o nunca (menos del 10% del tiempo), marque el 1. No marque entre números. Por favor evalúe el comportamiento de su hijo en base a los 2 años anteriores.

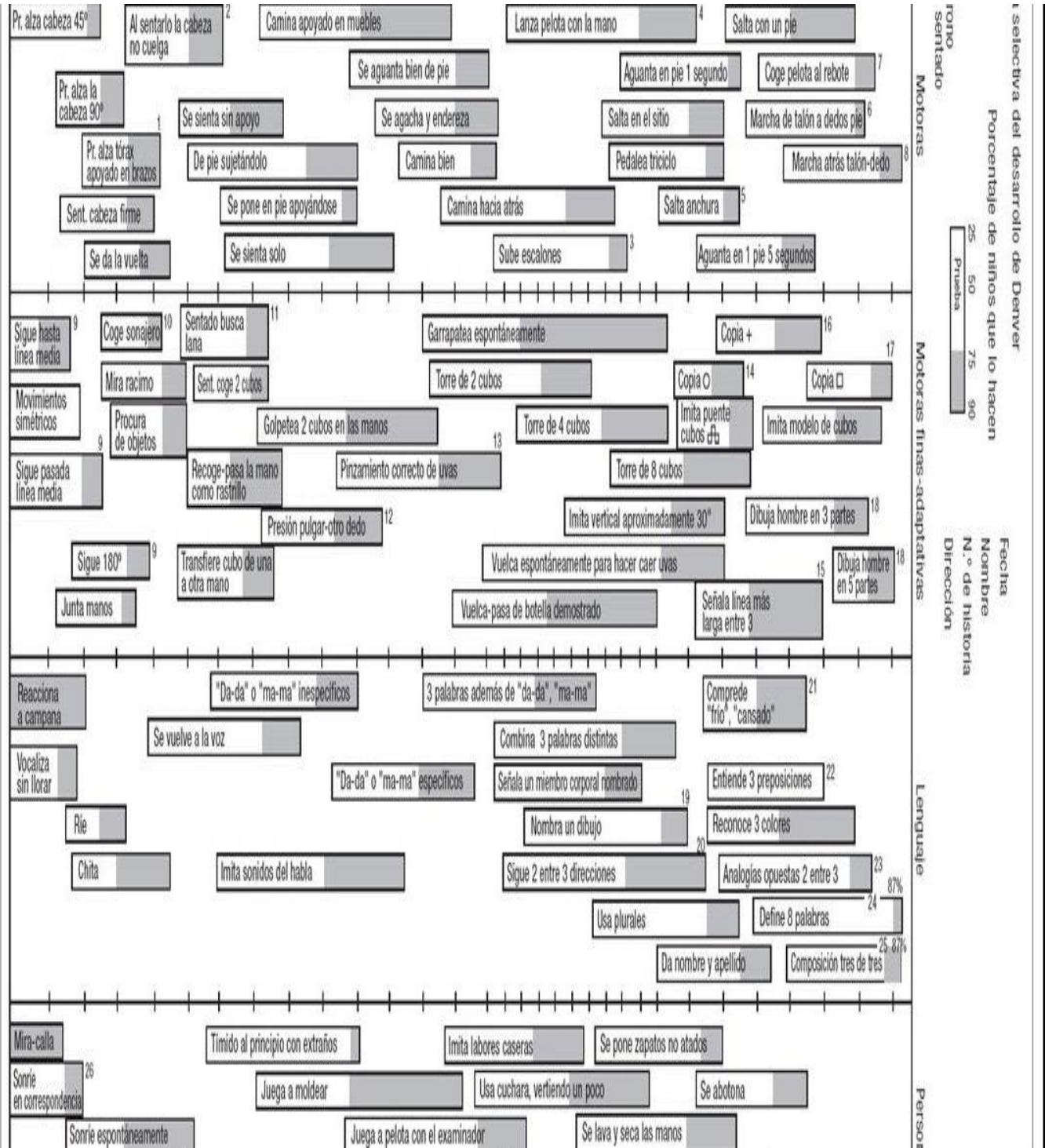
(5) Usualmente; (4) Frecuentemente; (3) A veces; (2) Ocasionalmente;
(1) Rara Vez.

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1.- Mi hijo actúa extremadamente simpático y utiliza sus encantos con los otros para que hagan lo que él quiere. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.- Mi hijo tiene dificultad para hacer contacto visual cuando los adultos desean que lo haga. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.- Mi hijo es extremadamente amistoso con personas que no conoce. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.- Mi hijo me aleja o adopta una postura rígida cuando trato de abrazarlo, al menos que quiera algo de mí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5.- Mi hijo discute por largos periodos de tiempo, frecuentemente sobre cosas sin importancia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6.- Mi hijo tiene una tremenda necesidad de tener control sobre todo, poniéndose muy molesto si las cosas no se dan a su manera. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7.- Mi hijo actúa sorprendentemente inocente o como si las cosas están tan mal cuando es sorprendido haciendo algo malo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8.- Mi hijo hace muchas cosas peligrosas, ignorando que él puede salir lastimado mientras las lleva a cabo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9.- Mi hijo rompe o destruye cosas a propósito. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10.- Mi hijo no parece sentir la culpa apropiada para su edad, por sus acciones (parece no tener conciencia de sus actos). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11.- Mi hijo molesta, hierde, o es cruel con otros niños | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12.- Mi hijo parece incapaz de dejar de hacer las cosas impulsivamente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13.- Mi hijo roba aparece con objetos que le pertenecen a otras personas, con razones inusuales o sospechosas acerca de cómo las adquirió | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14.- Mi hijo exige cosas en vez de pedir las | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15.- Mi hijo parece no aprender de sus errores y mal comportamiento (no importa el castigo que yo le dé, el niño continua con el comportamiento) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 16.-Mi hijo trata de ganar la simpatía de otros diciéndole que yo he abusado de él y/o que lo he desatendido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17.- Mi hijo evita el dolor cuando está herido, negándose a dejar que alguien lo consuele | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18.- A mi hijo le gusta agarrar las cosas a escondidas sin permiso, aunque podría obtenerlas si las hubiera pedido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19.- Mi hijo es un mentiroso patológico (miente cuando seria más fácil decir la verdad, o miente sobre cosas obvias o ridículas) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20.- Mi hijo es muy mandón con otros niños o adultos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21.-Mi hijo acumula o esconde comida, o tiene otros hábitos alimenticios inusuales (come papel, harina cruda, mezcla de chocolate para hacer tortas). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22.- Mi hijo no puede mantener sus amigos por más de una semana | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23.- Mi hijo presenta accesos de cólera (grita, arroja cosas, golpea y/o patea paredes) que duran 2 horas o más. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24.- Mi hijo habla sin parar, pregunta constantemente acerca de cosas que no tienen sentido, hace murmullos, o usa palabras extrañas cuando habla. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25.- Mi hijo es propenso a tener accidentes (se hace mucho daño) o se queja mucho acerca de cada pequeño dolor (necesita curitas constantemente) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26.- Mi hijo molesta, hierre o es cruel con animales | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27.- Mi hijo no tiene buen rendimiento en la escuela, como lo podría tener si hiciera un poco más de esfuerzo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28.-Mi hijo ha iniciado fuegos , o se interesa por el fuego | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29.- Mi hijo prefiere ver caricaturas violentas y/o programas en televisión o películas de terror (sin tener en cuenta si tú se lo permites o no) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30.- Mi hijo fue abusado/desatendido, tuvo dolor crónico agudo, ha tenido más de una niñera, fue separado de su madre por más de dos días , o estuvo en un orfanato los primeros dos años de su vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Anexo

Anexo III. TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR



INSTRUCCIONES

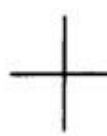
FECHA

NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION NUM

1. Trate de obtener que el niño sonría, sonriéndole, hablándole, o haciéndole señas. No lo toque.
2. Cuando el niño está entretenido con un juguete, quíteselo. Apruebe si trata de retenerlo.
3. No es necesario que el niño pueda amarrarse los cordones o abotonarse en la espalda.
4. Lentamente, pase la lana a 6" de la cara del niño de un lado hacia el otro, en forma de arco. Apruebe si los ojos siguen 90° hasta la línea del medio. (Pasado la línea del medio; 180°.)
5. Apruebe si el niño sujeta el cascabel cuando le tocan el dorso o la punta de los dedos.
6. Apruebe si el niño continúa mirando por donde desapareció la lana, o si la busca. Haga desaparecer la lana dejándola caer rápidamente de su mano, sin mover el brazo.
7. Apruebe si el niño recoge la pasa con cualquier parte del pulgar y otro dedo.
8. Apruebe si el niño recoge la pasa con la punta del pulgar y del índice, acercando la mano por arriba.





9. Apruebe cualquier forma cerrada. Rechace movimientos circulares continuos.
10. ¿Cuál línea es más larga? (No mas grande.) Gire el papel y repita. (3/3 o 5/6)
11. Apruebe toda línea que se entrecruce.
12. El niño debe copiar primero; si no lo logra, demuéstrele.

Al dar los items 9, 11 y 12 no nombre las formas. No demuestre 9 y 11.

13. Al enumerar las partes, cada par (dos brazos, dos piernas, etc.) se cuenta como una parte.
14. Señale un dibujo, que el niño lo nombre. (No cuente sonidos solos.)



15. Dígale al niño: "Dale el cubo a mamá; pon el cubo en la mesa; pon el cubo en suelo;" apruebe 2 de 3. (No ayude al niño mostrándole, moviendo cabeza o ojos.)
16. Pregunte al niño: ¿Qué haces cuando tienes frío - hambre - estás cansado? Apruebe 2 de 3.
17. Dígale al niño: "Pon el cubo en la mesa; debajo de la mesa; en frente de la silla; detrás de la silla." Apruebe 3 de 4. (No ayude al niño mostrando, moviendo cabeza o ojos.)
18. Pregunte al niño: Si el fuego es caliente, el hielo es...? Mamá es mujer papá es...? El caballo es grande, el ratón es...? Apruebe 2 de 3.
19. Pregunte al niño: ¿Qué es una pelota? ¿lago? ¿escritorio? ¿casa? ¿plátano? ¿cortina? ¿techo? ¿seto? ¿pavimento? Apruebe si define de acuerdo a uso, forma, de qué está hecho, o dentro de una categoría general (por ej. plátano es una fruta, no amarillo solamente.) Apruebe 6 de 9.
20. Pregunte al niño: ¿de qué está hecha una cuchara? ¿un zapato? ¿una puerta? (No sustituya por otros objetos.) Apruebe 3 de 3.
21. Tendido boca abajo, el niño levanta el pecho apoyándose en los antebrazos y/o manos.
22. Tendido de espaldas, tómelo de las manos para que se siente. Apruebe si la cabeza no cuelga hacia atrás.
23. El niño puede sujetarse de la pared o baranda solamente, no de una persona. Debe subir caminando, no debe gatear.
24. El niño debe lanzar la pelota por lo alto hacia el examinador, a 3 pies de distancia.
25. El niño debe realizar, de pie, un salto amplio sobre el ancho de la hoja de examen. (8 1/2")
26. Dígale al niño que camine, avanzando,  con el tacón a 1" de la punta del zapato. El examinador puede demostrar. El niño debe dar 4 pasos consecutivos (2 de 3 ensayos)
27. Tire la pelota, con un rebote, al niño quien debe estar a 3 pies del examinador. El niño debe tomar la pelota con ambas manos, no con los brazos, 2 de 3 veces.
28. Dígale al niño que camine retrocediendo,  con el tacón a 1" de la punta del zapato. El examinador puede demostrar. El niño debe dar 4 pasos consecutivos, 2 de 3 veces.

FECHA Y OBSERVACIONES RESPECTO AL COMPORTAMIENTO (actitud del niño durante el examen, relación con el examinador, duración de la atención, comportamiento verbal, seguridad en sí mismo, etc.):