



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ
DE LOS NIÑOS DE 2 A 3 AÑOS CON ANEMIA DE LA PARROQUIA
SALASAKA.”**

Requisito previo para optar al Título de Licenciada en Estimulación Temprana

Autora: Jerez Moreta, Maribel Ernestina

Tutora: Lcda. Mg. Hidalgo Morales, Kattyta Patricia

Ambato – Ecuador

Octubre, 2018

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema “**LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ DE LOS NIÑOS DE 2 A 3 AÑOS CON ANEMIA DE LA PARROQUIA SALASAKA**” de Maribel Ernestina Jerez Moreta, estudiante de la Carrera de Estimulación Temprana, considero reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a evaluación del jurado examinador designado que el H. Consejo Directivo de la Facultad Ciencias de la Salud.

Ambato Julio 2018

LA TUTORA

.....
Lcda. Mg. Hidalgo Morales, Kattyta Patricia

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación “**LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ DE LOS NIÑOS DE 2 A 3 AÑOS CON ANEMIA DE LA PARROQUIA SALASAKA**”, de Maribel Ernestina Jerez Moreta, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones son de responsabilidad propia y exclusiva de la autora.

Ambato, Julio 2018

LA AUTORA

.....
Jerez Moreta, Maribel Ernestina

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 de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Julio 2018

LA AUTORA

.....
Jerez Moreta, Maribel Ernestina

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Proyecto de Investigación: **“LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ DE LOS NIÑOS DE 2 A 3 AÑOS CON ANEMIA DE LA PARROQUIA SALASAKA”**, de Maribel Ernestina Jerez Moreta estudiante de la Carrera de Estimulación Temprana

Ambato, Octubre 2018

Para constancia firman:

.....
Presidente/a

.....
1 er Vocal

.....
2 do Vocal

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación va dedicado principalmente a mi querido hijo Jayri Renan Masaquiza Jerez y a mi esposo Segundo Masaquiza, quienes son un pilar fundamental en mi vida y a mis padres Manuel Jerez y Maria Moreta por haberme apoyado incondicionalmente en mis estudios y superación de ser una profesional.

De igual manera a profesionales de la carrera por ser quienes forjaron a seguir adelante y culminar mis estudios.

Maribel Ernestina Jerez Moreta

AGRADECIMIENTO

Agradezco Dios y a mis padres por darme la oportunidad de vivir en este mundo maravilloso y depositar en mi persona su confianza.

Así mismo mi agradecimiento a la Lic. Mg. Hidalgo Morales Kattyta Patricia, por la ayuda en este periodo de culminación con mi trabajo de titulación.

A la vez agradezco por la apertura de las Técnicas: Agustina Jerez CDI LAS ABEJITAS, Ligia Caizabanda CDI INTI ÑAN, Adriana Romo CDI GOTITAS DE MIEL, por brindarme su apoyo y abrirme sus puertas para poder realizar mi proyecto de investigación.

Maribel Ernestina Jerez Moreta

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA**

**“LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ DE
LOS NIÑOS DE 2 A 3 AÑOS CON ANEMIA DE LA PARROQUIA SALASAKA.”**

Autora: Jerez Moreta, Maribel Ernestina

Tutora: Lcda. Mg. Hidalgo Morales, Kattyta Patricia

Fecha: Julio del 2018

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se basa en el tema de: la Estimulación Temprana en el Desarrollo Psicomotriz de los niños de 2 a 3 años con anemia de la Parroquia de Salasaka, con el objetivo de influencia de la Estimulación Temprana y el desarrollo psicomotriz de los niños de 2 a 3 años con anemia.

La investigación fue aplicada en una población de 20 niños/as con anemia de los Centros de Desarrollo Infantil de Salasaka, con una evaluación inicial y final utilizando la escala abreviada de Nelson Ortiz las cuatro áreas de desarrollo (motor grueso, motor fino-adaptativo, audición y lenguaje y personal social), además se implementó actividades de Estimulación Temprana en el lapso de tres meses, estas actividades fueron diseñadas de acuerdo a ítems fallados y la necesidad de los niños.

Al finalizar la investigación se constató la influencia de la Estimulación Temprana en el desarrollo psicomotriz de los niños con anemia, dando resultados de una evaluación inicial de que 40% de la población se encuentra en un nivel de alerta y el 60% corresponde al nivel medio en el desarrollo se resalta los resultados en una evaluación final que el 50% de la población se encuentra en un nivel medio y el otro 50% se encuentra en un nivel medio alto.

PALABRAS CLAVES: ESTIMULACIÓN TEMPRANA_DESARROLLO PSICOMOTRIZ_NELSON ORTIZ_ANEMIA

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA**

**“LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ DE
LOS NIÑOS DE 2 A 3 AÑOS CON ANEMIA DE LA PARROQUIA SALASAKA.”**

Autora: Jerez Moreta, Maribel Ernestina

Tutora: Lcda. Mg. Hidalgo Morales, Kattyta Patricia

Fecha: Julio del 2018

SUMMARY

The present research work is based on the theme of: Early Stimulation in the Psychomotor Development of children from 2 to 3 years old with anemia of the Parish of Salasaka, with the objective of knowing the influencing the Early Stimulation and the psychomotor development of the children from 2 to 3 years with anemia.

The research was applied in a population of 20 children with anemia of the Child Development Centers of Salasaka, with an initial and final evaluation using the abbreviated scale of Nelson Ortiz, the four areas of development (gross motor, fine-adaptive motor, audition and language and social personnel), as well as the implementation of Early Stimulation activities in the lapse of three months, these activities were designed according to failed items and the need of the children.

At the end of the investigation, the influence of Early Stimulation on the psychomotor development of children with anemia was verified, giving results of an initial evaluation that 40% of the population is at an alert level and 60% corresponds to the average level in the development the results are highlighted in a final evaluation that 50% of the population is in a medium level and the other 50% is in a medium high level.

KEYWORDS: EARLY STIMULATION_ PSYCHOMOTOR DEVELOPMENT_
NELSON ORTIZ_ ANEMIA

ÍNDICE DE CONTENIDO

APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
RESUMEN	viii
SUMMARY	ix
ÍNDICE DE CONTENIDO	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiii
ÍNDICE DE CUADROS	xiv
INTRODUCCIÓN	1
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	5
1.3. JUSTIFICACIÓN	5
1.4. OBJETIVOS	5
CAPÍTULO II	7
MARCO TEÓRICO	7
2.1. ESTADO DEL ARTE	7
2.2. FUNDAMENTO TEÓRICO	11
2.2.1.1. ATENCIÓN INTEGRAL	11
2.2.1.1. Antecedentes	11
2.2.1.2. Desarrollo Integral	12
2.2.2. ATENCIÓN TEMPRANA	15
2.2.2.1. Antecedentes	15
2.2.3. ESTIMULACIÓN TEMPRANA	18
2.2.3.1. Antecedentes	18
2.2.3.2. Definición	20

2.2.3.3.	Plan de estimulación temprana	21
2.2.3.4.	Áreas de desarrollo donde actúa la estimulación temprana	22
2.2.3.5.	La estimulación temprana y su relación con la anemia	23
2.2.3.6.	La anemia en el desarrollo infantil.....	24
2.2.3.7.	La estimulación temprana como mecanismo para equiparar los retrasos en el desarrollo producto de la anemia.....	24
2.2.4.	DESARROLLO EVOLUTIVO	26
2.2.4.1.	El desarrollo del niño mediante cuatro etapas.....	26
2.2.4.2.	Características en el desarrollo.....	28
2.2.4.3.	Características del desarrollo evolutivo de 2 a 3 años de edad:	30
2.2.5.	DESARROLLO PSICOMOTRIZ.....	31
2.2.5.1.	Antecedentes.....	31
2.2.5.2.	Definición.....	32
2.2.5.3.	Desarrollo psicomotriz signos y síntomas de alerta.....	33
2.2.5.4.	Aspectos del desarrollo psicomotor.....	34
2.2.5.5.	Elementos del desarrollo psicomotriz	35
2.2.5.6.	Habilidades motoras gruesas	37
2.2.5.7.	Habilidades motoras finas	37
2.2.5.8.	Habilidades lingüísticas.....	38
2.2.5.9.	Habilidades socio-emocionales.....	39
2.3.	Hipótesis o supuestos	43
2.3.1.	Señalamiento de variables	43
CAPÍTULO III		44
MARCO METODOLÓGICO		44
3.1.	Nivel y Tipo de investigación	44
	Investigación corte longitudinal	44
	Investigación explicativa	44
	Investigación descriptiva.....	44
3.2.	SELECCIÓN DEL ÁREA O ÁMBITO DE ESTUDIO	45
3.3.	POBLACIÓN	45
3.3.1.	Criterios de Inclusión.....	45
3.3.2.	Criterios de Exclusión	45
3.3.3.	Diseño Muestral	46
3.4.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	47
3.4.1.	VARIABLE INDEPENDIENTE: Estimulación Temprana	47

3.4.2. VARIABLE DEPENDIENTE: Desarrollo Psicomotriz	48
3.5. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN Y PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	49
3.6. ASPECTOS ÉTICOS	50
CAPÍTULO IV	51
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	51
4.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	51
4.2. Análisis e interpretación de resultados de la aplicación de la escala abreviada de Nelson Ortiz (Pre-test) por categorías	52
4.2.1. Análisis de los resultados Pre-test	52
4.2.2. Análisis de los resultados Post-test	56
4.2.3. Análisis de los resultados comparativos	60
4.3. Análisis e interpretación de resultados totales	64
COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS	68
4.4. DISCUSIÓN	68
Conclusiones	69
Recomendaciones	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
Bibliografía	72
Linkcografía	77
Citas bibliográficas – base de datos UTA	79
ANEXOS	80
Anexo 1	80
Plan de Estimulación Temprana	81
Anexos 2 Autorización del Ministerio de Inclusión Económica y Social	91
Anexo 3 Consentimiento Informado	92
Anexo 4 Escala Abreviada de Nelson Ortiz	95
Anexo 5: Fotos	97
Intervención con el plan de estimulación temprana	98

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Motor grueso 1	52
Gráfico 2: Motriz Fina 1	53
Gráfico 3: Audición y Lenguaje 1	54
Gráfico 4: Audición y Lenguaje 1	55
Gráfico No. Gráfico 5 Motor Grueso 2	56
Gráfico 6: Motor Fino 2	57
Gráfico 7 Audición y Lenguaje 2	58
Gráfico 8 Personal Social 2	59
Gráfico 9 Nivel de desarrollo alcanzado	60
Gráfico 10 motor fino 1 y 2	61
Gráfico 11 Audición y lenguaje 1 y 2.....	62
Gráfico 12 área Personal Social.....	63
Gráfico 13 Nivel de desarrollo alcanzado	64
Gráfico 14 Total por evaluación	65

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Media y márgenes de normalidad para algunos logros madurativos.....	34
Cuadro 2: Hitos del desarrollo psicomotriz	40
Cuadro 3: Operacionalización de Variable 1	47
Cuadro 4: Operacionalización de Variable 2	48
Cuadro 5: Datos de población	51
Cuadro 6: Estadístico de Muestras Relacionadas	66
Cuadro 7 Pruebas de muestras relacionadas	67

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de investigación con el tema “LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ DE LOS NIÑOS DE 2 A 3 AÑOS CON ANEMIA DE LA PARROQUIA SALASAKA”, se planteó como objetivo principal la influencia de la Estimulación Temprana en el desarrollo Psicomotriz de los niños de 2 a 3 años que presentan anemia en los CIBV de Salasaka.

Este trabajo investigativo se realizó con el interés de conocer el nivel de desarrollo psicomotriz en los niños con anemia aplicando a la evaluación de la escala abreviada de Nelson Ortiz de acuerdo al rango de edad de los niños/as y la verificación de resultados después de la implementación de actividades de estimulación temprana que se realizó en el lapso de tiempo de 3 meses.

Las actividades de Estimulación temprana tuvieron un margen significativo en los resultados, ya que, se pudo evidenciar el logro en cada una de las áreas evaluadas al inicio y al final, las actividades de estimulación temprana son herramientas de estímulo para potencializar las habilidades en el niño, generando un adecuado desarrollo psicomotriz en los niños/as (Andalucía, 2011).

El desarrollo psicomotriz se refiere a los comportamientos motores coordinados, que se requiere para un desarrollo infantil adecuado, para que se alcancen niveles óptimos es necesario exista la actuación conjunta entre el ámbito intelectual, afectivo, social y motor, si existen retrasos en el desarrollo de cualquiera de esta tendremos un nivel psicomotor deficiente (Catalan, 2017).

Debido a la alta plasticidad neuronal en los cinco primeros años de vida la intervención psicomotriz desde el ámbito de la estimulación temprana permitirá que se alcancen resultados positivos, aumentando las conexiones sinápticas a nivel cerebral, aun cuando existan problemas de salud tales como la anemia, que afecta la adquisición adecuada de los hitos del desarrollo (Nuñez & Fernández, 2014).

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1.TEMA

“LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ DE LOS NIÑOS DE 2 A 3 AÑOS CON ANEMIA DE LA PARROQUIA SALASAKA”

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1. Contexto

El Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) menciona que la estimulación Temprana ayuda a fortalecer el cuerpo, a desarrollar emociones y la inteligencia de los niños, es una de las mejores formas para que el niño aprenda y potencialice sus áreas es con la ayuda diaria, brindándole cariño, alentándole en cada paso que dé. (UNICEF , Ejercicios de Estimulación Temprana, 2011).

UNICEF y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) detalla que “en los países en desarrollo existen necesidades básicas de agua, saneamiento, educación y la alimentación causando problemas de salud tanto mental como físico, afectando a la población infantil con malnutrición, trastornos psicomotores, retraso en el desarrollo físico y mental, la anemia una de las causas de bajo rendimiento en la atención y capacidad de aprendizaje en los niños” (UNICEF & UNESCO, El Desarrollo del niño en la primera infancia, 2010).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la salud (OMS) (2016) afirman que aproximadamente 273.2 millones de niños menores de 5 años sufrían de anemia en el año 2013 (La Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2016).

En el año 2014 la Asamblea Mundial de la Salud, mediante la resolución 65.6 aprobó el Plan de Aplicación Integral sobre Nutrición Materna del Lactante y el Niño Pequeño dentro del cual se acordaron 6 metas globales de nutrición, que deberán cumplirse antes de 2025: 1) Reducir en 40% la desnutrición crónica en menores de 5 años; 2) Reducir en 50% la anemia en mujeres en edad reproductiva; 3) Reducir en 30% la prevalencia de bajo peso al nacer; 4) Asegurar que no haya incremento en la prevalencia de sobrepeso en niños; 5) Incrementar en al menos un 50% la tasa de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses; y 6) Reducir y mantener bajo el 5% la desnutrición aguda en menores de 5 años (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, 2017).

UNICEF (2018) publica datos recolectados en el Ecuador mencionando que siete de cada diez menores de 1 año sufren de anemia por deficiencia de hierro, duplicándose en zonas rurales y pobladas por indígenas en el Ecuador la falta de nutrientes tiene relación con el desconocimiento, la falta de información, a factores educativos y económicos (UNICEF, UNICEF EN ECUADOR, 2018).

En Ecuador en el año 2016 la situación no se aleja de la de otros países de la región, observándose cifras por sobre el 50% de anemia por deficiencia de hierro en niños y de similar magnitud para mujeres embarazadas, a la par de esta deficiencia se encuentran también poblaciones afectadas en regiones específicas por deficiencia de vitamina A, estos antecedentes marcan la importancia de la nutrición en la salud de la población, responsabilidad que recae en el sector salud y que por su relevancia tiene a su cargo la implementación de programas dirigidos a revertir estos problemas (Ministerio de Salud Pública, 2016).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT-ECU (2013) menciona que “la prevalencia de anemia es mayor en hombres que en mujeres (26.8% vs. 24.6%), y es más alta en los niños menores de 36 meses, es de mayor frecuencia en el quintil económico más pobre (Q1), respecto a los quintiles de mayores ingresos económicos, es más grave en la población indígena (41.6%) en relación con el resto de grupos étnicos “ (Freire, y otros, 2013).

De acuerdo con ENSANUT 2014 en Ecuador uno de cada cuatro infantes de 0 a 5 años presenta problemas de anemia, el porcentaje más alto se halla en los primeros años en el cual seis de 10 menores se enferman, las principales causas por la cual se da esta padecimiento es el factor económico y endémico de la madre (Subsecretaría de Gestión y Eficiencia Institucional, 2015).

La Estrategia Nacional Intersectorial para la Primera Infancia denominada Infancia Plena, liderada por el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social que se ejecuta, desde 2012, a través de una visión intersectorial e integral, es una apuesta nacional para potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños menores de 5 años, considerando que las condiciones de vida, la estimulación temprana, la educación, la nutrición y el afecto durante la primera infancia, condicionan el futuro de las personas (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2015).

El padecimiento de anemia para el año 2015 se duplico en aborígenes que en mestizos que en total el 43% contra el 21% la desnutrición de carácter crónico tiene mayor prevalencia en la Sierra en las provincias de: Bolívar (40,8%), Chimborazo (48,8%), Cañar (35,1%); Tungurahua (35,2%); el Cantón Pichincha de Manabí (75%) y Santa Elena (37,3%) (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2015).

En la provincia de Tungurahua en el año 2014 se realizó la inauguración de los centros de salud en Pilahuin, Santa Rosa, Cevallos, Totoras, Quero, Salasaca y dentro de Ambato en Miñarica y Simón Bolívar en donde ya se han implementado las áreas de estimulación temprana que fortalecen el cuidado y servicio de salud priorizando a la población infantil de dicha provincia (Narvarte & Espiño, 2014).

El entorno, en donde los niños y niñas se desarrollan y crecen no permite que sus necesidades básicas, como son una adecuada alimentación y condiciones sanitarias y ambientales sean satisfechas, que perpetúen a través del tiempo y la generación de la mal nutrición; por tanto, la anemia, que en forma silente va afectando el crecimiento y desarrollo integral, perjudica su capacidad de atención, concentración y aprendizaje muy importante para enfrentar los retos futuros.

1.2.2. Formulación del Problema

¿De qué manera influye la Estimulación Temprana en el desarrollo Psicomotriz de los niños de 2 a 3 años con anemia de la parroquia Salasaka?

1.3. JUSTIFICACIÓN

El presente proyecto identifica la notabilidad de la estimulación temprana en el desarrollo Psicomotriz de los niños que sufren de anemia, considerando que esta es una problemática que limita el correcto logro de los hitos que corresponden a cada edad.

Es importante porque se aplicará un plan de intervención dirigido a los problemas específicos de la población en estudio, a fin de demostrar la eficacia de la estimulación temprana para la adquisición de habilidades psicomotoras de los niños de 2 a 3 años, evitando que se produzcan daños mayores en el desarrollo de los mismos.

Esta investigación es factible ya que se cuenta con el apoyo de las autoridades del MIES, Coordinadoras de los centros de desarrollo infantil. Además, se cuenta con información veraz lo cual ayudara a identificar el problema en la comunidad ayudando al desarrollo y elaboración de este trabajo.

Los beneficiarios directos de este proyecto de investigación son los niños/as que presentaron anemia y que acuden a los centros de desarrollo infantil, pues mejorarán su desarrollo psicomotriz con la implementación de un plan de estimulación temprana.

1.4.OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo Generales:

- Establecer de qué manera influye la Estimulación Temprana en el desarrollo Psicomotriz de los niños de 2 a 3 años que presentan anemia en los CIBV de Salasaka.

1.4.2. Objetivos Específicos:

- Evaluar el nivel de desarrollo Psicomotriz en los niños de 2 a 3 años con anemia. (Pre-test)
- Aplicar actividades de Estimulación Temprana de acuerdo al nivel de desarrollo Psicomotriz de cada niños/as de 2 a 3 años de edad con anemia.

- Evaluar el nivel de desarrollo Psicomotriz en los niños de 2 a 3 años con anemia.
(Post-test)

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ESTADO DEL ARTE

Se realizó la verificación bibliográfica en los trabajos de investigación de distintas revistas relacionadas con el tema planteado, mismas que sirven de soporte y aportan información relevante que permita relacionar los resultados obtenidos durante la ejecución de este proyecto.

En la investigación realizada por Abril (2012) sobre: “EFECTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR Y PERÍMETRO CEFÁLICO EN NIÑOS/NIÑAS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN EL HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA – TENA – 2012” en la cual se resalta que:

La deficiencia de hierro es la causa más frecuente de anemia en el niño, observándose en mayor medida en edad preescolar, especialmente entre los 6 y los 24 meses de edad. La anemia ferropénica, puede dar lugar a una baja resistencia a infecciones, limitaciones en el desarrollo psicomotor y a la función cognoscitiva en los niños, bajo rendimiento académico, así como fatiga y una baja resistencia física. El objetivo del estudio fue Comprobar el efecto de la anemia ferropénica sobre el desarrollo psicomotor y perímetro cefálico en niños/niñas de 6 a 24 meses de edad (Abril, 2012).

Los infantes en edades que van desde los 21 y 24 meses, que mostraban estatura pequeños, presentaban anemia, demora de desarrollo motor tanto social como fina y además se visualizaba perímetro cefálico de carácter bajo. En un tiempo de 6 meses el 10% de niños lactantes acontecieron anemia, el 73% y el 78% mostraban demora del desarrollo de tipo psicomotriz en lo social y además presentaron 43 cm la periferia cefálica siendo esta la más baja. La principal causa por la cual el menor presenta anemia es la alimentación.

En la investigación realizada por Toasa (2015) sobre: “LA IMPORTANCIA DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 5 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA PEDIÁTRICA EN EL HOSPITAL GENERAL PUYO”. El estudio fue de carácter cualitativo el

investigador trabajo con dos grupos de 30 niños sumando un total de 60, la mitad fue el grupo control y los otros el grupo experimental, gracias a esto el autor pudo conocer cómo influye la estimulación temprana en el desarrollo de tipo psicomotriz, los resultados fueron significativos en el grupo experimental con la aplicación directa de técnicas de estimulación temprana específicamente en niños menores de 5 años; a contrario del grupo al que no se aplicó tratamiento directo, obteniendo resultados similares a la valoración inicial. (Toasa, 2015).

En la investigación realizada por Barreto, Maldonado K. y Maldonado M. sobre: “PREVALENCIA DE RETRASO PSICOMOTOR Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL Y EL NIVEL SOCIOECONÓMICO EN LOS NIÑOS DE 6 MESES A 4 AÑOS DE EDAD, CAÑAR 2014”, en el cual utilizo el método de observación analítico transversal con una población de 6 meses a 4 años de edad de los centros de cuidado infantil, utilizaron el test de DENVER, el nivel socioeconómico se utilizó cuestionarios sobre necesidades básicas y el estado nutricional mediante curvas de crecimiento infantil de la OMS, obtuvieron resultados de prevalencia de retraso psicomotor en un 35,90% en lo referente a la condición socioeconómica un 25,2% de población se encuentra en un nivel bajo, y un 48,7% de nivel medio bajo, determinando una asociación a la prevalencias de retraso psicomotor con el nivel socioeconómico (Barreto Chimborazo, Maldonado Cárdenas, & Maldonado Cárdenas, 2014).

En el estudio realizado por Ojeda (2017) sobre: “ANEMIA Y DESARROLLO PSICOMOTRIZ EN NIÑOS Y NIÑAS QUE ASISTEN AL CENTRO INFANTIL DEL BUEN VIVIR INFANCIA UNIVERSITARIA” en la ciudad de Loja. Indican que:

“La carencia de hierro es la deficiencia alimentaria de micronutrientes más frecuente en el mundo y conduce a la anemia ferropénica siendo la población pediátrica la de mayor riesgo; por tal motivo la presente investigación se propuso establecer los niveles de hemoglobina y hematocrito, así como conocer el desarrollo psicomotor en los niños para determinar la asociación entre estas dos variables” (Ojeda, 2017).

Para este estudio el autor aplico la prueba de Denver, observándose que el 32% mejoraron sus destrezas psicomotoras en base a su tiempo de vida, el 17% tuvo un progreso incierto y el 30% presento resultados bajos, no obstante, los infantes con problemas de anemia 8,6% mejoraron sus destrezas psicomotoras en base a su tiempo de vida, el 12% tuvo un progreso

incierto y el 24% presento resultados bajos, gracias a esto se observó que los menores con anemia tuvieron un desarrollo psicomotor anormal.

En el estudio realizado por Flores (2016) en la ciudad de Trujillo (Perú) sobre: “EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR DE NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS”. Según el investigador los infantes expuestos a la estimulación temprana presentaron mejores resultados en comparación con el grupo control, lo que da entender que la aplicación de este tratamiento da buenos resultados.

En la ciudad de Durango (México) Ramírez y Parra (2017) efectuaron el estudio acerca de la: “ ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS EN LA CIUDAD DE DURANGO”, el autor indica que uso dos grupos de investigación caso control, menciona que al inicio los resultados fueron similares pero conforme paso el tiempo a los que se aplicó el tratamiento presentaron resultados satisfactorios, en conclusión, la estimulación temprana es un medio eficaz para potencializar al máximo las habilidades en el desarrollo no sólo del niño con déficit neurológico sino también en el niño sano y más aún en condiciones marginales.

En la ciudad de Madrid, Ibáñez, Mudarra y Alfonso (2014) realizaron una investigación sobre: “LA ESTIMULACIÓN PSICOMOTRIZ EN LA INFANCIA A TRAVÉS DEL MÉTODO ESTITSOLÓGICO MULTISENSORIAL DE ATENCIÓN TEMPRANA, el investigador menciona que mediante un estudio empírico con diseño pretest-postest demuestra la eficacia del método Estitsológico Multisensorial, aplicado durante 4 meses a pacientes con edades que van de los 0 a los 6 años de edad, presentaron resultados positivos y de relevancia en distintas áreas de desarrollo, por lo cual el autor recomienda seguir con el tratamiento y además seguir mejorando los mismos,

García y Herrera (2012) en la investigación SOBRE “ESTIMULACIÓN TEMPRANA Y SU IMPACTO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO MENOR DE TREINTA MESES, HOSPITAL NAYLAMP, CHICLAYO 2011” (TESIS) PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ, manifiestan que:

“La estimulación temprana crea un impacto significativo en el desarrollo psicomotor del niño, evidenciando que el 33,3% de los niños presentó riesgo al inicio del taller,

30 % adelanto y 36,7 riesgo; a diferencia de los resultados después de haberse sometido por tres meses al estímulo, donde el 40 % presentó desarrollo normal y el 60 % adelanto, contribuyendo de esta manera con el desarrollo y fortalecimiento de las capacidades psicomotoras del niño” (García Fiestas & Herrera Neciosup, 2012).

En la investigación realizada por García y Herrera se observa que al comienzo los niños que fueron sometidos a la estimulación temprana no presentaron muchos cambios, pero después de los tres meses estos presentaron resultados satisfactorios en las capacidades psicomotrices.

En la ciudad de Quetzaltenango (Guatemala) Gómez (2014) realizó sobre una investigación sobre: “ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL DESARROLLO INFANTIL”, el autor indica que usó una población conformada por personal administrativo (directora del centro, una contadora y dos técnicos, un personal docente del nivel inicial), personal operativo (cuatro madres cuidadoras y alumnos: 21 niños y 19 niñas), utilizó la entrevista como instrumento, encuestas y boletas de recolección de datos, promueve actividades de estimulación temprana para que tanto docentes como madres cuidadoras puedan aplicarlas; concluyendo que es importante aplicar métodos para el adecuado desarrollo ya que son bases para potencializar habilidades y destrezas y que pueda el niño desenvolverse en el medio que le rodea (Cano, 2014).

2.2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.2.1. ATENCIÓN INTEGRAL

2.2.1.1. Antecedentes

El Modelo de Atención Integral indica la forma de interacción con el derecho a la salud, basados en el territorio y la población, la articulación de redes de atención completas e integrales tanto institucionales como comunitarias, hace énfasis en la colaboración de la población en el acceso a los servicios de salud en respuesta intercultural, gestionando los recursos a fin de garantizar la atención de forma imparcial, eficiente y de calidad (Werner, Palma, Echeverría, & Rosales, 2012).

El MAIS es el compendio de lineamientos, basados en principios, orienta la forma en la que las entidades de salud se organizan con la población, para realizar acciones de vigilancia del medio ambiente, promocionar la salud, prevenir las enfermedades, para brindar atención dirigida a la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas, con pertinencia cultural y enfoques de género e interculturalidad (Werner, Palma, Echeverría, & Rosales, 2012).

La atención integral es aquella que se logra cuando, al planificar servicios o programas dirigidos a personas con necesidades de apoyo, se cumplen de manera holística todos los ámbitos que nos constituyen como personas y las necesidades ajenas a los mismos; los relacionados con el cuerpo el funcionamiento psicológico, el campo social y los que atañen al entorno medioambiental en el que se desenvuelven las personas (Rodríguez, 2013).

Cuando las personas en situación de discapacidad vulnerabilidad o dependencia necesitan apoyos continuos en ámbitos diversos, se requiere que los diferentes sistemas y dispositivos de atención realicen las adaptaciones para que puedan recibirlos de manera conjunta y coordinada, para crear un entorno social se precisa desterrar visiones estereotipadas que originan actitudes discriminatorias hacia ellas (Ministerio de Salud Pública, 2012).

La integridad requiere, pues de una planificación y gestión que abarque y coordine la diversidad de servicios e intervenciones que se precisen des los diferentes sectores, recursos y niveles de atención deben e desarrollar un enfoque global y diacrónico de las necesidades, que son cambiantes a lo largo del tiempo y que, por tanto, exige la evaluación continua de

los casos y la consiguiente adecuación de los recursos a cada etapa del proceso (Werner, Palma, Echeverría, & Rosales, 2012).

El objetivo debe ofrecer en cada momento la atención y apoyos que se requieren con la flexibilidad suficiente para adaptarse a los diferentes contextos en los que se encuentre la persona, este fin tiene un carácter transversal e involucra a los diferentes sectores y niveles de los sistemas de protección social y de otros recursos y ámbitos: educación, servicios sociales, sanidad, vivienda, TIC, formación y empleo cultural, servicios de proximidad, participación social (Rodríguez, 2013).

2.2.1.2. Desarrollo Integral

El desarrollo integral de la niñez se refiere al proceso complejo en el que interactúan aspectos biológicos, afectivos, cognitivos, ambientales, socioeconómicos y culturales, mediante el cual el individuo adquiere una creciente capacidad para moverse, pensar, coordinar, sentir e interactuar con los otros y el medio que lo rodea (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2015).

Es aquello que le permite incorporarse en forma activa y transformadora a la sociedad en la que vive, el modelo de desarrollo integral vincula los modelos actuales de enfoque de riesgo y enfermedad con estrategias para la promoción de la salud y el desarrollo, es esencial adoptar un enfoque interdisciplinario, este modelo incluye una estrategia con múltiples puntos de entrada, estos pueden ser el nivel individual, familiar y/o comunitario (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2015).

El desarrollo integral de la niñez puede ser analizado desde una doble perspectiva, individual y colectiva. En el primer caso se destaca que la posibilidad de crecer, madurar y desarrollarse representa un derecho fundamental de cada individuo. Precisamente es este derecho humano el que sustenta las acciones del cuidado y protección de la niñez que realizan los distintos sectores y actores sociales (Andalucía, 2011).

2.2.1.3. Trabajo con el equipo multidisciplinario y control del niño sano

El acompañamiento en la crianza debería ser una de las acciones fundamentales del equipo de salud, la práctica demuestra que las situaciones cotidianas de la vida familiar generan incertidumbre o interrogantes, los padres no siempre se sienten en condiciones de responder por sí solos, reproducen acríticamente pautas de crianza que pueden influir negativamente

en el desarrollo del niño (Manual del Modelo de Atención Integral de Salud integral de Salud [MAIS], 2012).

El equipo de salud, por estar desde el nacimiento y en ocasiones desde la gestación, por haber atendido a otros hermanos, tiene la posibilidad y el compromiso de una riquísima tarea no sólo de detección temprana y tratamiento oportuno provisto de una visión más amplia, se le abre un amplio campo de prevención y de hacer salud (Arango, Infante, & López, 2012).

La crianza es un largo camino de aprendizajes la manera de dar confort y crear las condiciones externas para el pleno desarrollo del potencial que cada niño trae a la vida requiere acompañamiento y ésta es una tarea del equipo de salud, entre otros motivos porque se halla próximo a la familia con una palabra valorada y reconocida en momentos clave de la vida de las personas (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana [GAT], 2015).

Para alcanzar esta situación necesaria se requiere que confluyan diversas condiciones, algunas de las cuales se resumen a continuación (Manual del Modelo de Atención Integral de Salud integral de Salud [MAIS] (2012):

- Comprensión de la situación del paciente.
- Importancia del abordaje integral del niño.
- Importancia de escuchar.
- Dar pautas comprensibles en sus mensajes verbales y escritos.
- Ser capaz de aceptar las limitaciones y decir “no sé”, consultar a otros profesionales y después orientar a la familia.
- Posibilidad de evaluar periódicamente la práctica diaria.
- Asegurar siempre la calidad de atención.
- Tener en cuenta las demandas explícitas e incluirlas en la consulta.
- Continuidad de relación del equipo con la familia para el fortalecimiento del vínculo y la comunicación.
- Reconocimiento de la necesidad de capacitarse.
- Capacitación en servicio del equipo de salud.

Institución

- Asegurar la calidad de la atención.

- Valoración de la atención programada sobre la libre demanda.
- Tiempos razonables para la atención de los pacientes.
- Estrategia para la capacitación adecuada del personal y del equipo de salud.
Remuneración adecuada.
- Estímulo al trabajo interdisciplinario.

Familia

- Cumplimiento de pautas y tratamientos.
- Reconocimiento de los esfuerzos del equipo de salud

2.2.1.4. Frecuencia de las consultas

Existen variantes en las normas acerca de la periodicidad de los controles en el primer año de vida, existen acuerdos que en los primeros meses las consultas deben ser frecuentes, una modalidad consiste en citar mensualmente al niño para realizar la evaluación antropométrica y clínica, teniendo en cuenta los momentos clave, se propone una secuencia de consultas a lo largo del primer año de vida de entre 7 y 13 consultas (Ministerio de Salud Pública, 2016)

La investigación está fundamentada en los artículos de la Constitución de la Republica Ecuador, los cuales se citan a continuación:

Según el Art. 45; Sección Quinta de Niñas, Niños y Adolescentes: Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción (Código de la niñez y adolescencia, 2013).

Según el Art. 27.- Derecho a la salud. - Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual. El derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes comprende: 1. Acceso gratuito a los programas y acciones de salud públicos, a una nutrición adecuada y a un medio ambiente saludable (Código de la niñez y adolescencia, 2013).

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

2. Fomentar las iniciativas necesarias para ampliar la cobertura y calidad de los servicios de salud, particularmente la atención primaria de salud; y adoptará las medidas apropiadas para combatir la mortalidad materno infantil, la desnutrición infantil y las enfermedades que afectan a la población infantil;
3. Promover la acción interdisciplinaria en el estudio y diagnóstico temprano de los retardos del desarrollo, para que reciban el tratamiento y estimulación oportunos;
5. Controlar la aplicación del esquema completo de vacunación (Código de la niñez y adolescencia, 2013).

En Ecuador la situación no se aleja de la de otros países de la región, observándose cifras por sobre el 50% de anemia por deficiencia de hierro en niños y de similar magnitud para mujeres embarazadas, a la par de esta deficiencia se encuentran también poblaciones afectadas en regiones específicas por deficiencia de vitamina A (Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP], 2016) .

La prevalencia de anemia entre las embarazadas, los infantes y los menores de dos años en los países en desarrollo supera el 50%; entre niños y niñas en edad preescolar y entre mujeres en edad fértil es un poco más baja, pero siempre de magnitudes importantes, según la OMS, con base en una revisión de encuestas representativas, realizadas entre 1993 y el 2005, el 42% de mujeres embarazadas y el 47% de niños y niñas preescolares alrededor de mundo tienen anemia.

Para estos análisis se asumió que el 60% se debía a deficiencia de hierro en zonas no maláricas y el 50% en zonas maláricas (Elizalde, 2012). En las mujeres embarazadas se asocia con el bajo peso al nacer y un incremento en la mortalidad perinatal. La deficiencia de hierro altera la termorregulación, la producción hormonal y el metabolismo.

2.2.2. ATENCIÓN TEMPRANA

2.2.2.1. Antecedentes

La atención temprana se sitúa en el reconocimiento de la infancia como período de la vida y en los escritos de los filósofos europeos de los siglos XVII Y XVIII, en Comenius (1592-1670) caracterizó la Escuela de las Madres como el vehículo para la educación de los

primeros seis años de vida y defendió que el niño aprende espontáneamente. Locke (1712-1778), popularizó la noción de la “tabla rasa”. Rousseau (1712-1778), sugirió un acercamiento del *laissez faire* en la infancia temprana para permitir aflorar los talentos naturales del individuo (Andreu, 2012).

La primera línea de investigación inicia con Fantz (1958) y Berlyne (1958), se demuestra que los bebés pueden fijar su atención selectivamente a los estímulos visuales dependiendo de los patrones y la complejidad de los estímulos, la segunda línea de investigación de Rheingold (1956), demuestra que es posible modificar la responsabilidad de los niños en un orfanato proporcionándoles oportunidades extras de maternaje en un período de ocho semanas (Viloria & Aranda, 2014).

En 1965 el programa Head Start, elaborado por Zigler y su equipo, este programa está basado en la creencia que las experiencias de la primera infancia producen un impacto crucial en el desarrollo posterior, fue concebido como un servicio multidimensional diseñado para combatir o contrarrestar las desventajas de los niños que crecen inmersos en la pobreza, este programa continúa vigente en la actualidad (Díaz, 2013).

A partir de 1965, alrededor del Head Start comenzó a desarrollarse una línea de investigación que se concretó en una gran variedad de proyectos, ya que se constató que los efectos de la intervención cesaban al finalizar la aplicación del programa, en la actualidad se considera que una de las grandes lecciones del Head Start fue enseñar que los programas deben establecer metas y objetivos explícitos y realistas (Elizalde, 2012).

Los años setenta y ochenta suponen un mayor compromiso hacia las necesidades de los niños con discapacidades, se presta una atención creciente al estatus social y a los derechos legales de las personas que presentan alguna condición de discapacidad, la educación especial se convierte en la principal prioridad, aumenta la demanda de profesores de niños preescolares con necesidades especiales y comienza la especialización profesional (Viloria & Aranda, 2014).

Según la revista *MinusValn* (2003) la atención temprana en España por Demetrio Casado en el documento *La Atención Temprana*, se remontan a la década de los años 70, tanto en su

vertiente preventiva como asistencial, deben ir encaminadas a potenciar el bienestar y la capacidad de desarrollo del niño y han de tener muy en cuenta la familia y el entorno, sea cual sea el ámbito de actuación (sanitario, social o educativo) (Atención temprana un eje fundamental, 2003).

En 1989 empiezan a incluir el término equipo, ya no solo es la atención en el ámbito de la familia y demás, ponen en marcha mecanismos para que todos los profesionales trabajen juntos, convirtiéndose en una atención temprana multidisciplinaria.

2.2.2.2. Definiciones

Uno de los investigadores más conocidos como G. Lagrange (1976), menciona que el desarrollo psicomotor prepara al niño para la vida de adulto, consideraba que la educación psicomotora, no es más que un soporte que permite al niño adquirir conceptos abstractos, percepciones y sensaciones, que le brinden el conocimiento de su cuerpo, y a través de él, el mundo que le rodea (Achotegui, y otros, 2015).

Kluwer y Aranda (2012) se basan más en aspectos sociales que le rodean al niño como Arnold Lucius Gesell (EU, en 1911 la Yale Clinic of Child Development, que dirigió hasta 1948.) Psicólogo, que sostiene la importancia de la herencia sobre la influencia del medio ambiente, creó escalas de desarrollo, establece conductas típicas de cada edad para fijar el nivel alcanzado por cada niño y las desviaciones según su edad (Kluwer & Aranda, 2012).

Según Ibañez y Mudarra (2014) poco después de 1901 María Montessori se trasladó a Londres y a París para estudiar los métodos extranjeros y aprovechó la solución que Francia aportaba al problema de los anormales, de regreso en Roma continuó sus observaciones, elaboró un método fundamentado en los principios de Itard y Seguin, este método dio resultados positivos, a partir de esto se dedica a ampliar e incluso a transferir su campo de trabajo a los niños normales (Ibañez & Mudarra, Atención Temprana Diagnóstico e Intervención Psicopedagógica, 2014).

Según Días (2008) las experiencias tempranas son útiles para el futuro desarrollo del niño, porque existe continuidad entre las conductas tempranas y las posteriores, de hecho, la teoría

de Freud sostiene que las causas de las conductas desadaptadas del adulto hay que buscarlas en algún suceso traumático temprano que el niño o el adulto ha reprimido (Días, 2008).

LOGSE, 1990: “La atención temprana es una técnica educativa cuya finalidad es paliar la falta de estímulos y las dificultades de aprendizaje pretendiendo potenciar al máximo las posibilidades psicofísicas del niño con intervención regulada, sistemática, y continuada; desarrollada en todas las áreas del desarrollo; sin forzar el curso lógico de la maduración del S.N.C. en niños entre 0 y 3 años de edad cronológica” (Gutierrez & Ruiz, 2012).

En 1985 Buceta establece en su definición que integran a la Atención Temprana como técnicas eficaces en los primeros años de vida del niño y situándose frente al niño y su patología, optimizando el desarrollo de la potencialidad del sistema nervioso mediante estímulos, consiguiendo la autonomía de los niños y capacidades de adaptación al medio (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana [GAT], 2015).

En 2000 Shonkoff y Meisels definen a la Atención Temprana como “servicios Multidisciplinarios proporcionados a los niños desde el nacimiento hasta los 5 años, para promover la salud del niño y su bienestar, aumentar sus competencias, minimizar los retrasos evolutivos, prevenir el deterioro funcional y promover la paternidad adaptativa y en el funcionamiento de toda su familia (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana [GAT], 2015).

Según El Libro Blanco de la Atención Temprana (2000) la define como una intervención que ayuda para el infante con trastornos o en riesgo de padecerlo, actuando en su pleno desarrollo, los primeros años de vida de un niño/a es crítico por ende la necesidad de llevar una atención adecuada es crucial, tiene en sus objetivos el niño, la familia y su entorno, planificado por un equipo multidisciplinario (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana [GAT], 2015).

2.2.3. ESTIMULACIÓN TEMPRANA

2.2.3.1. Antecedentes

La Estimulación Temprana inició en Inglaterra con programas de estimulación precoz para niños con retardo mental o alguna discapacidad física, posteriormente Estados Unidos

contribuye a la estructuración teórica, en Sudamérica se inició en Uruguay en 1963, en niños con retardo mental y en 1967 en niños de alto riesgo, Venezuela inició 1971 y el primer servicio de estimulación precoz se encuentra en el Instituto Venezolano para el Desarrollo Integral del Niño (INVEDIN) (Andalucía, 2011).

En las últimas décadas se han tomado conciencia de la importancia de la educación en nivel preescolar es por eso que los programas de atención al niño preescolar surgen en América Latina a fines del siglo XIX y principios del siglo XX, impulsa a agencias privadas y al sector de la salud a crear "guarderías" o "sala cunas" para cuidar, mantener y vigilar a los niños mientras sus madres trabajan quienes se preocupan por los aspectos físicos del desarrollo del niño (Regidor, 2012).

En las décadas del 50 y 60, con influencias europeas se crean "jardines infantiles", de la atención del niño toma un carácter más educativo, posteriormente, los programas de educación preescolar comienzan a incorporar en sus objetivos, la atención a necesidades nutricionales y de salud, intentando integrar las acciones asistenciales y las formativas, por iniciativa del sector de la salud y de grupos privados, surgen programas para niños de 0 a 3 años (Ibáñez J. , 2017).

Estimulación precoz o temprana hace énfasis en la prevención de los efectos de privaciones físicas mentales, en Centro y Latinoamérica se busca crear estrategias de atención integral, combinando aspecto de salud, nutrición, desarrollo motor, afectivo - social incorporando a la familia como agentes de estimulación, se comienzan a crear instituciones (Jiménez & López, 2016).

Los programas de atención integral, tienen en cuenta el contexto económico y socio-cultural de la familia, se han desarrollado en diferentes países programas alternos al enfoque tradicional, la parte de investigación referida a la estimulación temprana, se llevó, a cabo con los niños de 0 a 3 años, encontrándose efectos marcados especialmente sobre el área del lenguaje y la personal-social (Regidor, 2012).

En Jamaica, una médica patóloga, Molly Thorburn, en 1975 comenzó a dirigir un proyecto de estimulación precoz para niños disminuidos menores de 6 años, adiestrando y

supervisando a las madres, por medio de trabajadores de la comunidad, en un sistema de enseñanza a domicilio, encontrando resultados positivos en cuanto al progreso de los niños (Jiménez & López, 2016).

2.2.3.2. Definición

Para definir el término de estimulación temprana, es necesario conocer algunos principios básicos sobre el desarrollo del niño y niña.

El niño aumento su tamaño corporal, es decir crece, también se desarrolla, esto significa que el niño adquiere habilidades cada vez más complejas que le permitirán interactuar con las personas y su medio ambiente para hacerlo un ser autónomo e independiente (Medina, 2012). La estimulación temprana consiste en impartir estímulos que ayuden al niño sin acelerar ni presionar el desarrollo del niño, busca optimizar y potencializar las capacidades del niño (Godoy & Gonzáles Zúñiga, 2007).

En los seres humanos existe un periodo muy prolongado de niñez, tal parece que la naturaleza conociendo los atributos cerebrales le conceda un tiempo largo de preparación para llegar a una vida adulta plena, cuando un niño nace sus movimientos y actitudes son respuestas reflejas, requiere de estímulos que le darán las experiencias necesarias para el conocimiento y pasar de un estado reflejo a uno voluntario (Perpiñan, 2009).

En los primeros años de vida, el niño y la niña inicia la aproximación al mundo y comienzan sus aprendizajes, construyendo su desarrollo, y relacionándose con el medio. Por ello, la Estimulación Temprana o Precoz va dirigida a los niños y niñas en las primeras etapas de la vida (Medina, 2012).

La estimulación temprana es el conjunto de medios, técnicas, y actividades con base científica y aplicada en forma sistémica y secuencial que se emplea en niños desde su nacimiento hasta los seis años, con el objetivo de desarrollar al máximo sus capacidades cognitivas, físicas y psíquicas, permite también, evitar estados no deseados en el desarrollo y ayudar a los padres, con eficacia y autonomía, en el cuidado y desarrollo del infante (Arango, Infante, & López, 2012).

Durante esta etapa se perfecciona la actividad de todos los órganos de los sentidos, en especial, los relacionados con la percepción visual y auditiva del niño, esto le permitirá

reconocer y diferenciar colores, formas y sonidos. Por otro lado, los procesos psíquicos y las actividades que se forman en el niño durante esta etapa constituyen habilidades que resultarán imprescindibles en su vida posterior (Medina, 2012).

La Estimulación Temprana son todos los juegos, métodos o actividades que se pueden brindar a los niños y niñas con la finalidad de fortalecer sus habilidades, mediante una apropiada estimulación se podrá optimizar el potencial de niños y niñas proporcionando condiciones saludables para el buen desarrollo del niño, permite detectar precozmente posibles dificultades a fin de evitar secuelas no deseadas (Diosdado, Medrano, Ballesteros, Bernal, & Carranza, 2016).

Se logra entender que la Estimulación Temprana es una herramienta muy importante en la educación de los niños y niñas va a favorecer en el crecimiento intelectual de cada uno de los pequeños individuos fortaleciendo las destrezas adquiridas para el bienestar emocional de los niños y niñas, acompañar adecuadamente su proceso educativo y proveer el despliegue integral de sus habilidades y destrezas en las distintas áreas de desarrollo (Arango, Infante, & López, 2012).

La Estimulación Temprana está dirigida a niños, “normales” como niños de alto riesgo ambiental, biológico, riesgo establecido. (Montenegro, Largueta, Guzmán, & Veltran, 2013).

- **Ambiental:** se refiere a la falta de experiencias que el niño pueda tener en lo físico y social.
- **Biológico:** se produce por infecciones, traumas y alteraciones metabólicas que afectan tanto a la madre como al niño.
- **Riesgo establecido:** es la causa de anomalías congénitas, genéticas de tipo cromosómico. (Montenegro, Largueta, Guzmán, & Veltran, 2013).

2.2.3.3. Plan de estimulación temprana

En los primeros años de vida, el niño inicia la aproximación al mundo y comienzan sus aprendizajes, construyendo su desarrollo, y relacionándose con el medio, por ello, los

programas de Estimulación Temprana van dirigidos a los infantes, principalmente desde la etapa prenatal hasta los 4 ó 6 años.

De acuerdo con Vergara (2016) el plan de estimulación temprana es una manera muy especial de contactar y divertirnos con el niño, siguiendo los ritmos que nos marque, animándole y teniendo fe en sus posibilidades, siendo creativos e imaginativos, inventando cosas nuevas y llevándolas a la práctica observando los resultados. (p. 156)

La estimulación temprana actúa en el niño como un sistema preventivo a futuros problemas, mediante una serie de metodología y técnicas continuas potencializando al máximo sus habilidades físicas e intelectuales y la maduración de las distintas áreas del desarrollo psicomotriz (Peralta & Aguilar, 2013)

En resumen, es prevenir posible déficit y potencializa el desarrollo del niño, apuntan a normalizar sus pautas de vida., es enseñarle a mostrar una actitud ante las personas, juguetes, es decir, fijar su atención y despertar su interés ante los acontecimientos de la vida, es poner los cimientos para facilitar el crecimiento armonioso y saludable, así como para el posterior aprendizaje y personalidad del niño, es trabajar en una serie de tareas de una manera constante, pero introduciendo una pequeña novedad, si no hay suficiente constancia en la estimulación, no será posible ver en el niño resultados efectivos.

2.2.3.4. Áreas de desarrollo donde actúa la estimulación temprana

- **Motricidad fina:** Se refiere a los movimientos más finos que puede realizar el cuerpo con la utilización de pequeños grupos musculares como de las manos, cara y pies, especialmente la utilización de las palmas, dedos, manos, ojos y boca, posibilitando la coordinación ojo-mano, abrir, cerrar, mover los ojos, mover lengua, sonreír, soplar, hacer nudos con cordones agarrar objetos, utilizar tijera, entre otros (Gil, Contreras, & Gómez, 2013).
- **Motricidad gruesa:** Hace referencia a la utilización de grandes grupos musculares, en general, se refiere a los movimientos de todo el cuerpo, como: movimientos musculares de piernas, brazos, cabeza, abdomen, tronco, de manera que un niño pueda saltar, correr, trepar, dar giros, caminar, entre otros (Campo, 2011).

- **Área de cognitiva:** Se refiere a la capacidad del niño para comprender cambios en el pensamiento y forma del mundo que le rodea, se trabaja sobre las diferentes áreas conjuntamente con lo perceptivo-motriz, comunicación comprensiva y expresiva, y conductual personal social (Navarro, 2012).
- **Área de lenguaje:** La adquisición del lenguaje oral se concibe como el desarrollo de la capacidad de comunicarse verbal y lingüística por medio de la conversación en una situación determinada respecto a contexto y espacio temporal, al efectuarse un balance de una serie de producciones es esencial, intervenir en el contexto lingüístico y extralingüístico del intercambio verbal, las informaciones sobre la organización formal de los enunciados y las palabras que lo componen (La comprensión del cerebro. El nacimiento de una ciencia del aprendizaje , 2013).
- **Área Socio Afectiva:** Incluye las experiencias afectivas y la socialización del niño, que le permitirá sentirse querido y seguro, capaz de relacionarse con otros de acuerdo a normas comunes, para el adecuado desarrollo de esta área es primordial la participación de los padres o cuidadores como primeros generadores de vínculos afectivos, (Herrera, Delgado, Fonseca, & Vargas, 2012).

Comprende a la parte de socialización por el cual el niño se adapta en el ambiente social que lo rodea, propicia el conocimiento de su yo, estructuración de relaciones interpersonales, como la interacción de valores.

2.2.3.5. La estimulación temprana y su relación con la anemia

Entre los problemas encontrados que estarían afectando el desarrollo motor, social y emocional del niño es la desnutrición, que indica que el 18,1% de los niños menores de cinco años sufren de desnutrición crónica en el Ecuador, respecto de la anemia, el 44,5% de niñas y niños menores de 36 meses sufren de este mal que pone en peligro el normal desarrollo de sus capacidades intelectuales a lo largo de su vida (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC], 2017).

Estas prevalencias son suficientes para asumir que en esta proporción de niños también existirán deficiencias en el desarrollo, puesto que el retardo físico y la presencia de anemia

y desnutrición son dos indicadores importantes de ambientes desfavorables para el desarrollo (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC], 2017).

2.2.3.6. La anemia en el desarrollo infantil

El desarrollo infantil se sabe que es un proceso continuo, la anemia marca significativamente en el desarrollo de los niños en los primeros años de vida, afectando en áreas de desarrollo motor, cognitivo y conductual del individuo, la deficiencia de hierro puede acarrear negativamente en el desempeño psicomotriz en el niño/a (Zavaleta & Astete, 2017).

2.2.3.6.1. Consecuencias de la anemia en el niño (Ministerio de Salud Peru, 2015):

- Afecta el desarrollo psicomotor, cognitivo del infante
- Consecuencias a largo plazo en edad escolar y adulta.
- Riesgo de enfermedad
- Afecta crecimiento longitudinal.

2.2.3.6.2. Efectos de la anemia en el desarrollo del niño

Los efectos en el desarrollo motor según estudios se encontraron que la presencia de anemia en los primeros 5 años de vida del niño puede acarrear deficiencias en habilidades motoras finas y gruesas a comparación de los niños que no presenciaban anemia (Zavaleta & Astete, 2017).

Los efectos de la anemia en el desarrollo cognitivo reduce esta habilidad cognitiva en el niño, produciendo efectos a largo plazo a pesar de corrección en niveles de hemoglobina (Zavaleta & Astete, 2017). Otros estudios afirman como la intervención de programas de estimulación pueden tener efectos positivos a largo plazo en un adecuado desempeño escolar (López, 2005).

Los efectos de la anemia en la conducta socioemocional según estudios se encontraron como resultado tras 10 años de seguimiento un déficit conductuales conllevándolo luego a trastornos como déficit de atención e hiperactividad (Zavaleta & Astete, 2017).

2.2.3.7. La estimulación temprana como mecanismo para equiparar los retrasos en el desarrollo producto de la anemia.

Según estudios realizados por Susan Walker y otros colaboradores de la Universidad de West Indies en Mona, Jamaica (1986), con la participación de 161 niños con deficiencia de hierro y anemia, separados en cuatro grupos, el primer grupo se dio suplemento alimenticio, al segundo se implementó programa de estimulación, al tercero se combinó los dos programas alimenticio y de estimulación, y el cuarto grupo se tomó como grupo control.

En los grupos de estimulación se visitó una hora cada semana con el objetivo de enseñar a la madre actividades de estimulación a través de juegos orientadas al mejoramiento del desarrollo infantil, al grupo de suplemento se asignó una porción alimenticia nutritiva, se realizó durante dos años, después de unos años volvieron ser visitados, en los niños que se implementó el programa de estimulación tuvieron mejoras significativas en su rendimiento escolar (López, 2005).

2.2.4. DESARROLLO EVOLUTIVO

El desarrollo evolutivo considera al niño como unidad psíquica, social y biológica, es entender los procesos de cambio a todos los niveles que ocurren a lo largo del ciclo vital y que son fruto tanto de nuestra relación con el ambiente que nos rodea como de las predisposiciones genéticas, son cambios en la diferenciación morfológica y funcional de las estructuras psíquicas y biológicas con las habilidades aprendidas y cambios socioemocionales (Tello, 2013).

Según Erickson el primer problema que debe superar el infante es la confianza que tiene el niño para satisfacer sus necesidades por medio de los adultos, aparece el principio de confianza vs la desconfianza, después empieza a explorar su mundo con ayuda de sus sentidos mediante los cuales podrá realizar actividades que al inicio como todas serán y significarán un reto a esto se denominó la etapa autonomía vs vergüenza y duda (Tello, 2013).

Jean Piaget aportó con estudios del desarrollo psicológico humano, parte de esquemas mentales que posee el individuo correspondiente al desarrollo biológico y experiencias adquiridas a través de la interacción con el medio, es necesario adaptarse para dar sentido a lo que le rodea, se requiere de equilibrio entre los mecanismos de acomodación y asimilación.(Ordóñez Legarda & Tinajero Miketa, 2014).

2.2.4.1. El desarrollo del niño mediante cuatro etapas

El desarrollo del niño es un proceso cambiante que se mide a través de los hitos adquiridos, mismos que deben corresponder a la edad cronológica del niño, Jean Piaget lo clasifica por etapa que presentan características específicas que se relacionan con las capacidades de los niños, considerando que el niño aprenderá mediante su proceso de adaptación como métodos de supervivencia (Linares, 2008).

Según Linares las etapas del desarrollo que propone Piaget son (Linares, 2008):

Etapa Motora- sensorial o sensorio-motriz (0-2 años): relacionado con el control motor y su aprendizaje acerca de objetos físicos, concluyendo que en esta etapa es la obtención de conocimientos a partir de la integración física con el medio, además comprende seis subetapas o subestadios:

1. **Actividad refleja:** comprende desde el nacimiento hasta el 1 mes, en esta etapa el recién nacido se limitara a los simples reflejos biológicos pues estos reflejos innatos más los primeros hábitos conllevan a la conducta inteligente, que, en determinados momentos serán utilizados de forma intencionada.
2. **Reacciones circulares primarias:** del 1 mes hasta 4 meses de edad, en esta etapa inicia la formación de los primeros hábitos y reacciones circulares primarias como ejercicio funcional que consiste en mantener o descubrir otra vez un resultado nuevo o interesante como la acción de chuparse el pulgar.
3. **Reacciones circulares secundarias:** desde los 4 hasta los 8 meses, empieza la coordinación viso-manual, con la manipulación de juguetes o simplemente se interesa los movimientos efectuados por sus propios dedos, empieza a interesarse el mundo exterior como buscar objetos escondidos.
4. **Coordinación de esquemas secundarios:** comprende desde los 8 hasta los 12 meses de edad, ahora es capaz de primero percibir algún objeto deseable y después imaginar cómo conseguirlo, inicia una conducta intencional, y mostrar una conducta de anticipación como por ejemplo llorar cuando la mama se levanta para alejarse del bebe.
5. **Reacciones circulares terciarias:** implica desde los 12 hasta los 18 meses, los niños en esta etapa de los primeros pasos muestran curiosidad; inicia el descubrimiento de medios nuevos por experimentación activa, el niño empieza a experimentar y descubrir nuevas soluciones mediante un procedimiento de tanteo.
6. **Combinaciones mentales:** de 18 a 24 meses, en este subetapa empieza la capacidad de representación, ya el niño es capaz de pensar y actuar sobre el mundo de forma interna y mediante tanteo, siendo ágil de buscar objetos escondidos, ya no está limitado al ensayo y el error para resolver problemas, comienzan a mostrar comprensión.

Etapa pre-operacional (2-7 años): relacionado con el desarrollo de habilidades verbales, desarrollo de la función simbólica, dominio de ciertos logros, pensamiento intuitivo, hay dos subestadios:

1. **Subestadio simbólico y preconceptual (2-4 años):** se llega a esta etapa gracias a la función simbólica; la cual consiste en la capacidad de formar símbolos mentales que

representan objetos, personas o acontecimientos ausentes, esta nueva capacidad libera el pensamiento de aquí y ahora y supone un cualitativo del desarrollo psíquico.

2. **Subestadio intuitivo (4-7 años):** los niños son dominados por las percepciones inmediatas, además tienen un pensamiento muy subjetivo y egocéntrico.

Etapas de operaciones concretas (7-12 años): inicio de incorporación de conceptos abstractos. Para la comprensión de este tercer estadio se tendrá que tomar en cuenta rasgos definitorios:

1. **Seriación:** esta es la capacidad de llevar un orden en los objetos de manera lógica por ejemplo, diferenciar de lo más pequeño al más alto, mucho poco, etc.
2. **Clasificación:** ésta es una manera más en la que el menor introduce en su medio ambiente la agrupación de objetos y pensamientos a partir de los elementos más comunes.
3. **Conservación:** consiste en entender que un objeto permanece igual a pesar de los cambios superficiales de su forma o de su aspecto físico.

Etapas de operaciones formales (12 en adelante): desarrollo de habilidades sistemáticas y razonamiento lógico, cuatro características:

1. **Lógica proporcional:** capacidad de extraer conclusiones lógicas a partir de la relación entre dos afirmaciones o premisas por ejemplo “si quieres dinero trabaja”.
2. **Razonamiento científico:** formula hipótesis, determina como compararlas con los hechos y excluye las que resultan falsas.
3. **Razonamiento combinado:** es la capacidad de razonar en causa múltiples, por ejemplo entregar a alumnos de bachillerato fichas de diferente forma y color y pedir que las agrupen de diferentes formas e intente varias formas de combinación, de seguro lo harán y existirá la probabilidad de que las combinaciones se realicen sistemáticamente.

2.2.4.2. Características en el desarrollo

El desarrollo evolutivo es un proceso de construcción dinámico, el niño es un agente activo de su propio desarrollo según Piaget, el niño construye en constante interacción con el medio, aprende explorando y actuando en él y sobre el medio, el mismo que produce un cambios continuos y la formación de nuevas estructuras de pensamiento y de relación, además, es un proceso en que el niño va adaptándose de manera progresiva (Tello, 2013).

Por cuanto es proceso global gracias que todas las áreas siguen una evolución paralela, determinadas áreas tiene más peso en unas edades que en otras, ocurre por la interacción de muy variados factores, tanto genéticos como ambientales, el niño nace con un potencial de aprendizaje y desarrollo determinados por la herencia genética, pero las condiciones ambientales pueden favorecer o dificultar el desarrollo (Tello, 2013).

Para David Wood y Jerome Bruner cada nuevo logro de un niño es una prolongación de las habilidades, esto es el andamiaje, el niño necesita de andamios, conocimientos y habilidades que ya domina en los que se apoya para construir nuevos aprendizajes, estos logros no ocurren al mismo tiempo sino que van apareciendo conforme a la edad cronológica, considerando su propio ritmo de aprendizaje, características e intereses (Tello, 2013).

El niño desde el periodo de lactancia hasta su edad escolar, pubertad y su estado adulto en este transcurso el individuo va adquiriendo habilidades como cognitivo, socioemocional y comunicacional, cabe recalcar que el niño va evolucionando por si solo y con la ayuda de la interacción de su entorno (Martins M. , 2015).

Según Delgado y Contreras (2014) el desarrollo ha sido un tema de estudio en todas las culturas y tiempos como lo evidencian las obras de varios autores clásicos entre ellos, Amos Cornenius (1592-1670), pionero en estudiar al niño como individuo en proceso sus planteamientos generaron dos tipos de trabajos; tratados filosóficos y registros de observación; estos últimos resultaron más fructíferos por la atención directa que prestaban al niño.

Entre los primeros registros de observación de la conducta infantil se reporta la obra de Pestalozzi (1746-1827), Tiedman (1744-1814) y Darwin (1809-1882), quienes observaron las conductas de sus hijos y sembraron la inquietud sobre la necesidad de estudiar el desarrollo infantil en el hogar. A lo largo del tiempo, la psicología infantil expandió y los trabajos se polarizaron hacia dos tendencias: estudios descriptivos y estudios empíricos (Delgado & Contreras, 2014).

Según Amar (2015) el crecimiento está estrechamente relacionado con el aumento de la cantidad de células en el cuerpo humano, con el aumento de tamaño, con la salud y la nutrición, el desarrollo no es sólo el cambio físico, sino también a los cambios de la

organización y la función, y al control que el ser físico va logrando sobre el ambiente que lo rodea (Amar, 2013).

Hay una gran variedad de bases científicas, desde la biología, las neurociencias, la psicología, la antropología, la sociología, las ciencias de la salud, etc., que explican el porqué de la intervención temprana, la relación de los diferentes factores o variable que intervienen en el desarrollo infantil, y la manera como estos factores pueden ocasionar el éxito o el fracaso en el proceso del desarrollo (Delgado & Contreras, 2014).

2.2.4.3. Características del desarrollo evolutivo de 2 a 3 años de edad:

Según Martins y Ramallo (2015) las características del desarrollo son:

Desarrollo neurológico

- Pierde menos el equilibrio en carrera de cuclillas.
- Inicia la preferencia lateral.
- Se inicia en el conocimiento temporal y espacial (Martins & Ramallo, 2015).

Desarrollo cognoscitivo

- Durante esta etapa los niños pasan del “ensayo-error” al aprendizaje por observación. Los adultos se convierten en el modelo a imitar.
- Son capaces de formar imágenes mentales de los objetos o acciones.
- Surge el pensamiento mágico (confunden realidad y fantasía) y el juego simbólico.
- Aprende mediante rutinas, repetición de actividades y secuencias.
- Diferencia los momentos del día (mañana-tarde-noche) en función de sus actividades.
- Realiza clasificaciones y asociaciones sencillas.
- Se toma a sí mismo como punto de referencia (egocentrismo).
- Logra mantener la atención durante pocos minutos (Martins & Ramallo, 2015).

Desarrollo socio-afectivo

- El desarrollo afectivo del niño de 2 años está constituido por los vínculos afectivos que establece con las personas de su entorno.
- Es considerado por los adultos como un individuo capaz de regular su conducta y de cumplir determinadas normas.

- La relación con sus pares dependerá de la relación que haya establecido con los adultos. Reconoce su imagen con claridad y empieza a descubrir su identidad social. Disfruta de la compañía de otros niños en actividades diversas, aunque prefiere los juegos solitarios.
- Logra imitar a los adultos y representar sus acciones (Martins & Ramallo, 2015).

Desarrollo físico

- Culmina la transformación de bebé a niño: las piernas y brazos se estilizan y los músculos de las extremidades se desarrollan.
- La columna se endereza y el cuello se alarga. Aumenta el peso entre 3 y 4 kilos, y su talla alrededor de 5 cm. por año.
- Entre los 2 y 3 años logra completar su dentición.
- Se inicia en el control de esfínteres (Martins & Ramallo, 2015).

2.2.5. DESARROLLO PSICOMOTRIZ

2.2.5.1. Antecedentes

La psicomotricidad nace a principios del siglo XX posterior a las investigaciones de Vayer, Le Boulch o Dupré, investigaciones de la psicología evolutiva, entre los que se destaca Wallon quien se pone de manifiesto la relación entre los aspectos motrices del desarrollo y la adquisición de la madurez psicofísica, las aportaciones del psicoanálisis y la pedagogía ayudaron a completar las bases de la terapia psicomotriz (Pérez, 2014).

Al principio, la psicomotricidad como disciplina se limitaba al tratamiento de aquellos niños y adolescentes que presentaban alguna deficiencia física o psíquica, pero, actualmente, se considera una metodología multidisciplinar cuya finalidad fundamental es el desarrollo armónico del niño (Pérez, 2014).

El Desarrollo Motor es un proceso de cambio interno que acontece en el individuo a lo largo de todo su ciclo vital o como un área de estudio responsable de describir y explicar dicho cambio, Keogh en 1977 definía el desarrollo motor como un área que estudia los cambios en las competencias motrices humanas desde el nacimiento hasta la vejez, los factores que intervienen en dichos cambios (Ruiz, Linaza, & Peñaloza, 2013).

El desarrollo motor se debe contemplar desde una óptica social y ecológica, para los especialistas en desarrollo motor es de vital importancia identificar los patrones culturales que influyen en el desarrollo de la competencia motriz, el estudio del desarrollo motor cambiado en la Psicología Evolutiva, la Psicología Experimental, la Psicología del Deporte y el Ejercicio, las Neurociencias, Medicina, han contribuido notablemente a su desarrollo actual (García M. , Desarrollo psicomotor y signos de alarma, 2016).

A finales de 1700 y en el que se va mostrando un creciente interés por el estudio de las competencias motrices infantiles no obstante, a pesar de que se coincide en destacar el carácter adaptativo de las competencias motrices para el ser humano, el tratamiento que reciben en los textos de Psicología Evolutiva es mínimo, es la Educación Física la que ha contribuido notablemente a revitalizar su estudio y a destacar el valor de estudiar el desarrollo motor (Ruiz, Linaza, & Peñaloza, 2013).

2.2.5.2. Definición

El desarrollo psicomotriz se basa de un aspecto evolutivo del ser humano, adquiriendo progresivamente habilidades, conocimientos y entre ello experiencia, para esto se requiere de la maduración de SNC, y su influencia del entorno (Ibáñez Lopez, Mudarra Sánchez, & Alfonso Ibáñez, 2013).

Es necesario utilizar estímulos significativos que son los elementos fundamentales en los niños y niñas, por ello, los niños de la parroquia de Salasaka con problemas de anemia necesitan una atención especial aumentando la capacidad de interacción con el entorno (Nuñez & Fernández, 2014).

Es una interacción entre factores biológicos de niño y el medio que lo rodea que son la familia, condiciones de vida, atenciones prioritarias, educación (Vericat & Orden, 2013).

La psicomotricidad según Munián (2014) indica que es una disciplina terapéutica a las veces educativas con objetivos de lograr el desarrollo psicomotrices actuando a través del cuerpo humano y sus movimientos corporales, construyendo a su desarrollo integral (Munián, 2013).

La actividad llevada como juegos psicomotrices de manera individual o en grupo, ayuda a potenciar el compañerismo y la convivencia en relación con el respeto desde las edades más tempranas, el educador de los centros de desarrollo infantil debe estar capacitado y conocer las diferentes técnicas y estrategias para interpretar movimientos del cuerpo y fomentar la comunicación corporal con actividades tónicas, de equilibrio y conciencia corporal (Martins M. , 2015).

La psicomotricidad se desarrolla a partir de la concepción intrauterina, considerando así la existencia de una identidad entre las funciones neuromotrices del organismo y sus funciones psíquicas (Muntaner, 2017).

El desarrollo psicomotriz es un conjunto de comportamientos motores en relación con el psiquismo, interviene en la educación del niño en su totalidad sobre sus diferentes comportamientos intelectuales, afectivos, sociales y motores, es la adquisición progresiva de las habilidades funcionales del infante desde su concepción, a partir de aquello el niño empieza su desarrollo neurológico mostrando mayor plasticidad cerebral hasta segundo año de vida (Catalan, 2017).

2.2.5.3.Desarrollo psicomotriz signos y síntomas de alerta

De acuerdo con García y Martínez (2016) el término Desarrollo Psicomotriz y Signos de Alarma (DPM) se emplea para definir el progreso del niño en las diferentes áreas durante los primeros 2-3 años de vida, periodo de gran plasticidad y muy sensible a los estímulos externos. Características del DPM:

- Sigue una dirección céfalo-caudal y de próximo a distal.
- Hay una diferenciación progresiva: de respuestas globales a actos precisos individuales. Los reflejos primitivos preceden a los movimientos voluntarios y al desarrollo de las reacciones de equilibrio.
- Los reflejos primitivos deben desaparecer para que la actividad voluntaria se desarrolle.
- El tono muscular progresa de un predominio flexor en el RN, a un equilibrio flexo-extensor. La extensibilidad de las articulaciones va incrementándose.

Función	Media edad	Margen normalidad
Sonrisa	4-6 semanas	1-8 semanas
Sostén cefálico	3 meses	2-4 meses
Acercamiento/prensión de objeto	5 meses	4-6 meses
Sedestación	6-7 meses	4-12 meses
Andar sin ayuda	13 meses	8-18 meses
Palabras con sentido	12 meses	8-24 meses
Frases	21-24 meses	10-36 meses
Bebe de la taza solo	15 meses	9-21 meses
Se viste solo	3-4 años	33-72 meses
Control de esfínteres de día	2 años	16-48 meses
Control de esfínteres de noche	3 años	18-72 meses

Cuadro 1: Media y márgenes de normalidad para algunos logros madurativos

Fuente: García y Martínez. 2016.

Cuanto más lejos esté un niño del promedio de edad a la que se adquiere un logro concreto, menos probable es que sea normal, para la tipificación del retraso psicomotor, previamente tenemos que conocer el desarrollo psicomotor normal, la edad media de alcance de los hitos del desarrollo, su variación y márgenes de normalidad.

Es fundamental que los pediatras de Atención Primaria sepan valorar adecuadamente el desarrollo psicomotor desde el periodo neonatal, para una oportuna derivación de los casos con sospecha de enfermedad, dado el beneficio del diagnóstico precoz de los procesos patológicos para la efectividad del tratamiento temprano (estimulador rehabilitador en todas sus facetas, y farmacológico cuando lo haya), además de para un correcto consejo genético (García & Martínez, Desarrollo Psicomotor y Signos de alarma, 2016).

La valoración del grado de madurez debe realizarse en función de la edad del niño y también de su edad gestacional (restando siempre las semanas “de menos” en caso de que fuera prematuro), esta “edad corregida” la podemos aplicar hasta los 2-3 años.

2.2.5.4. Aspectos del desarrollo psicomotor

García y Martínez (2012) indican que la psicomotricidad supone la interrelación entre las funciones neuromotrices y las funciones psíquicas en el ser humano, hace referencia al

conjunto de técnicas encaminadas a un desarrollo global que, partiendo de la educación del movimiento y gesto, posibilite alcanzar la función simbólica y la interacción correcta con el medio ambiente, en la actualidad la psicomotricidad contempla ambas acepciones.

Basándonos fundamentalmente en los trabajos de Cobos (2013) y Picq y Vayer (2012) exponemos aquí aquellos aspectos del desarrollo psicomotor que son la base de los aprendizajes escolares, estos aspectos son los que han generado más investigación, mayor número de programas y estrategias de intervención (García & Martínez, Desarrollo Psicomotor y Signos de alarma, 2016).

2.2.5.5.Elementos del desarrollo psicomotriz

1.- Esquema corporal: se la puede definir como la imagen mental que cada cual tiene de su propio cuerpo y de las partes que la componen en movimiento o reposo en relación al mundo que lo rodea., el desarrollo del esquema corporal está constituida por dos leyes (García L. , 2016):

Ley céfalo-caudal; desarrollo a través del cuerpo comenzando desde la cabeza y extendiéndose al tronco, finalizando en las extremidades inferiores (García L. , 2016).

Ley Próximo-distal; desarrollo que se produce de dentro a afuera del eje central del cuerpo, en esta ley es importante la estimulación y experiencias que el niño tenga a tempranas edades para la maduración del sistema nervioso (García L. , 2016).

Las experiencias producidas por el movimiento, los resultados de dicho movimiento y la percepción del cuerpo de otros sientan las bases sobre las que se va a elaborar la percepción del cuerpo propio, durante el segundo año de vida el niño manifiesta una progresiva diferenciación de algunas partes del cuerpo y en el tercero, los niños son capaces de identificar ojos, boca, orejas, nariz, manos, brazos, pies y piernas (Rice, 2012).

2.- Estructuración espacial: espacio es todo lo que nos rodea, sin embargo, la noción de espacio es esta determinada únicamente por lo que rodea el niño, sino que también tiene que ver con las percepciones internas que este tiene cuando se interacciona con él, aquí es importante adquirir primeramente la noción de yo corporal para diferenciar el mundo exterior, este desarrollo de la estructuración espacial es progresivo que se configura a partir de la orientación espacial y la estructuración espacial (García L. , 2016).

a.- Orientación espacial: con esta se puede establecer patrones de desplazamiento utilizando como referencia el propio cuerpo y el lugar que ocupa en el espacio, así el niño va diferenciando lo que es “arriba, abajo, derecha izquierda, etc.”, también en función del movimiento de propio cuerpo en el espacio, por ejemplo levantar a un niño de un carro, el percibirá arriba y abajo por el movimiento de su cuerpo (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana [GAT], 2015).

b.- Organización espacial: con esta se establecen relaciones dinámicas o estáticas con los objetos tomando como referencia el propio cuerpo. En un principio se adquieren nociones espaciales sencillas tales como “adelante, detrás, cerca, lejos. Etc.”, y después nociones espaciales como “a la derecha de...”, se requiere para una mejor estimulación en los niños una manipulación, desplazamiento, construcción (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana [GAT], 2015).

4.- Estructuración temporal: la estructuración temporal y espacial van juntas de la mano, por el simple hecho de que se percibe el tiempo como una serie de cambios que ocurren en un periodo y en un espacio determinado, el tiempo para el niño está vinculado a su vivencia corporal, por tal razón cuando el niño realice con su propio cuerpo a través del contacto, de la presión y de la audición, ira tomando conciencia del desarrollo de sus acciones en el tiempo, en el niño se trabaja el ritmo, las primeras nociones temporales como de intervalo, velocidad, duración, de sucesión, y diversos momentos de tiempo como; el instante, el momento justo, antes, durante, después (Gómez, 2012).

5.- Equilibrio: capacidad que tiene el niño para poder sujetarse de pie y/o desplazarse en contra de la gravedad, es un resultado del trabajo los músculos para sostener el cuerpo sobre su base (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana [GAT], 2015).

5.- Coordinación dinámica general: capacidad del cuerpo para unir trabajos de los diversos músculos con la intención de realizar una determinada acción, esta coordinación nos facilita el movimiento, la contracción y la disociación de los grupos musculares (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana [GAT], 2015).

6.- Coordinación óculo-manual: capacidad para utilizar la vista, manos y brazos, es importante trabajar la educación de la mirada, el seguimiento y movilidad de los ojos (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana [GAT], 2015).

7.- Respiración: aspectos importantes para una buena disposición del niño para próximos aprendizajes, una respiración correcta hará que tenga mejor concentración, la atención, la relajación y confort corporal (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana [GAT], 2015).

8.- Relajación: o llamada distinción muscular y psíquica contribuye a que el niño tome conciencia de su propio cuerpo, técnicas de relajación harán que el niño controle y facilite la concentración y la atención (Gómez, 2012).

2.2.5.6.Habilidades motoras gruesas

Las habilidades motoras gruesas involucran los músculos largos del cuerpo que se combinan de manera coordinada en actividades como caminar, correr, gatear, patear, los brazos y los pies, dependen de la fuerza y resistencia de los músculos comienzan a desarrollarse en la primera infancia, primero se desarrollan en la parte alta del cuerpo y después en la parte baja se desarrollan primero que las finas (Alcocer, 2016).

Abarca todas las partes del cuerpo que entran en movimiento con los músculos y los huesos en forma armónica, con equilibrio y coordinación, el control motor grueso es un hito en el desarrollo de un bebe el cual puede refinar los movimientos descontrolados, aleatorios e involuntarios a medida que su sistema neurológico madura y de tener un control motor grueso para desarrollar un control motor fino (Rosada, 2017).

La maduración del cuerpo humano puede determinar la habilidad de manejar y utilizar con facilidad su propio cuerpo, así como también tener claras las nociones: adelante-atrás, arriba abajo, adentro-afuera, entre otras, el esquema corporal, la estructuración espacio-temporal, el ritmo, la coordinación y equilibrio son áreas básicas de la motricidad gruesa indispensables en el desarrollo de los niños de 0 a los 6 años de edad (Rosada, 2017).

2.2.5.7.Habilidades motoras finas

Realizar los ejercicios guiados a la independencia y segmentación de aquellos movimientos de los dedos con respecto a la mano, de la mano con respecto al brazo y del brazo con respecto al cuerpo, regularmente inician con movimientos del hombro para hacer tareas en las que únicamente se debe mover el codo o la muñeca (Rosada, 2017).

Las habilidades motoras finas referidas a precisión en los movimientos del brazo, mano y de los dedos, incluye alzar, manipular objetos, trazos, rasgos, utilización de herramientas como la tijera, crayones, al comienzo no tienen mayor exigencia en la precisión, pero con el avance de la edad son necesarias estas características para lograr una mejor motricidad fina, permite el fortalecimiento de la pinza digital, estos movimientos pueden ser ensartados, en forma de pinza, entre otros (Schiller & Rossano, 2013).

La motricidad fina está concentrada en el desarrollo de movimientos precisos, los mismos que son desarrollados por las manos y los dedos, en las edades tempranas el desarrollo de estos movimientos se logra con la aplicación de estrategias direccionadas por medio de la estimulación temprana, para que de esta manera los niños vayan coordinando los movimientos con la precisión y puedan expresarse por medio de rasgos (Batalla, 2012).

2.2.5.8. Habilidades lingüísticas

El Lenguaje cumple múltiples funciones, tanto desde el punto de vista individual, en el desarrollo general del individuo, como desde el punto de vista colectivo, en lo que se refiere a la integración de las personas en el medio social (Saduní, Rostán, & Serrat, 2014)..

Durante el segundo año de vida, el lenguaje comienza a aparecer claramente, algunos niños y niñas empiezan a decir las primeras palabras, que pueden parecerse mucho o no a las del mundo adulto, mientras que otros demuestran entender, pero se comunican fundamentalmente a través de gestos, es bien claro que, de todas maneras, entienden mucho más de lo que pueden expresar en palabras (Saduní, Rostán, & Serrat, 2014).

De las palabras sueltas pasan a las frases cortas y pronto empezarán a nombrarse a sí mismos, esta es una importante señal de que se reconocen como unidad separada del resto, de que están construyendo su identidad (Saduní, Rostán, & Serrat, 2014)..

Alrededor de los dos años, no solo se nombran sino que también saben si son una niña o un niño, pueden empezar a hablar porque su cerebro ha madurado y el entorno lo ha estimulado, acceder al lenguaje les permite pensar de manera más rica y compleja (Schiller & Rossano, 2013). Se identifican dos etapas en la adquisición del lenguaje:

Etapa Pre-lingüística: Es considerada como la etapa del nivel fónico puro, comprende las expresiones vocales y sonidos que realiza el bebé desde el llanto hasta los gorjeos y balbuceos en el primer año de vida, esta etapa que muchas veces es dejada de lado, es la que permitirá formar las bases necesarias para la producción de sonidos, sílabas y palabras (Abril, 2012).

Etapa Lingüística: Esta etapa empieza cuando el niño expresa la primera palabra, ya no solo realiza emisiones fónicas, sino que empezará a expresarse verbalmente a través de palabras y frases con contenido semántico y sintáctico, es necesario recalcar que el desarrollo de estos periodos se refiere al lenguaje expresivo del niño y que previamente y en mayor proporción se estará desarrollando el lenguaje comprensivo (Arango, Infante, & López, 2012).

2 años: Se interesa más por la comunicación verbal, ya es capaz de expresar frases de dos a tres palabras y utilizar algunos pronombres personales (mío, tú, yo) (Alcocer, 2016).

3 años: Existe un incremento rápido del vocabulario, cada día aprende más palabras, su lenguaje ya es comprensible. El uso del lenguaje es mayor y lo utiliza al conversar con los demás o cuando está solo (Freire, et al., 2013).

2.2.5.9. Habilidades socio-emocionales

Es una habilidad para establecer nuestras cogniciones y conductas en un tiempo dado, para lograr actuar de forma adecuada de acuerdo con las normas establecidas por la sociedad, son capacidades que la personas va obteniendo con medida que el tiempo avanza, está constituido por la capacidad de observar, entender, interpretar y reconocer los estímulos sociales que están a nuestro alrededor y así lograr entender la conducta de los demás (Echague, Sosa, Díaz, Funes, & Ruíz, 2013).

Las habilidades sociales emocionales comprenden diversas habilidades que mantienen relación con la expresión y la exposición de diferentes emociones, es decir es todo lo que sentimos como ira, enojo, alegría, tristeza, etc (Echague, Sosa, Díaz, Funes, & Ruíz, 2013).

Hitos del desarrollo psicomotriz de 2 a 3 años				
EDAD	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA ADAPTATIVA	AUDICIÓN Y LENGUAJE	PERSONAL SOCIAL
2 años	Lanza y pateo la pelota	Hace garabatos	Usa frase de tres palabras	Trata de contar experiencias
	Salta en dos pies en el mismo lugar.	Construye torres de 5 a 10 cubos.	Dice más de 20 palabras	Durante el día tiene control de orina
	Se para en puntillas y camina unos pocos pasos	Ensarta seis o más cuentas.	Dice su nombre completo	Diferencia entre hombre y mujer
	Balancea en un pie con apoyo	Desenrosca la tapa de botellas y frascos con destreza.	Usa frase común: "yo solito"	Imita a la madre en la labor de la casa.
	Se levanta sin usar las manos	Imita trazo o línea vertical y horizontal siguiendo modelo de un adulto.	Conoce arriba, abajo, grande, pequeño.	Dice el nombre de su papá y de su mamá
	Camina hacia atrás	Separa objetos grandes y pequeños	Usa oraciones completas	Se lava solito las manos y la cara
	Sube y baja con ambos pies con la ayuda de un pasamano	Puede introducir y sacar pepitas de un frasco.	Aprende canciones.	Aprende a esperar su turno
3 años	Camina en puntas de pies	Dibuja figura humana de tres partes	Conoce para que sirve 5 objetos	Puede desvestirse solo
	Se para en un solo pie unos 5 segundos.	Corta el papel con la tijera	Recita los números del uno hasta el cinco.	Comparte juegos con otros niños.
	Intenta combinar en su marcha el movimiento punta-talón.	Traza una cruz, con modelo	Utiliza pronombres personales.	Conoce miembros de la familia.
	Lanza y agarra la pelota con las dos manos.	Imita trazos de cuadrado y círculo	Describe bien un dibujo	Tiene amigos especiales
	Camina en línea recta	Dibuja figura humana de 5 partes o más	Cuenta los dedos de la mano	Puede vestirse y desvestirse solo
	Salta desde una altura de aproximadamente de veinte a treinta centímetros.	Construye un puente de tres cubos.	Utiliza opuestos dentro de su lenguaje.	Se desarrolla en los juegos de roles.
	Salta tres o más pasos en un solo pie	Agrupar objetos por color y forma	Distingue adelante, atrás, arriba, abajo	Sabe cuántos años tiene

Cuadro 2: Hitos del desarrollo psicomotriz

Fuente: Estimulación Temprana Guía para padres y maestros (Ordóñez Legarda & Tinajero Miketa, 2014).

Elaborado por: Jerez, Maribel (2018).

2.2.6. Evaluación del desarrollo psicomotriz

La evaluación según Zamora (1998) la define como “el juicio valorativo realizada a partir del establecimiento previo de objetivos” (Monge Alvarado & Meneses Montero , 2002).

La evaluación según Bolaños (1986) menciona “la evaluación son los procedimientos y criterios por los medios por los cuales se llega a conocer el logro de los objetivos propuestos, esta debe ser periódica la cual servirá a verificar procesos de intervención” (Monge Alvarado & Meneses Montero , 2002).

La evaluación del desarrollo psicomotriz según Pietro (2009) es un proceso a lo largo del tiempo, posibilita una detección precoz de alteraciones o retrasos en el desarrollo que podrían presenciar los niños, es importante conocer los principales hitos evolutivos en distintas edades para poder trabajar con eficacia (Pietro, 2009).

Según Jerez (Jerez, 2017) la valoración de desarrollo psicomotriz se debe iniciar con revisar la edad tanto cronológica como edad corregida, según la selección del instrumento evaluativo, es importante el lugar donde se va a evaluar, es necesario un lugar tranquilo, sin ruidos y sin distractores, el estado de ánimo y de salud son cruciales al momento de la evaluación, experiencia del examinador, empatía con el niño y tiempo que será requerido y materiales. (p. 38)

2.2.6.1. Escala Abreviada de desarrollo Nelson Ortiz Pinilla

La escala abreviada de desarrollo de Nelson Ortiz es diseñado para la valoración global y general de áreas de desarrollo del infante de 0 a 5 años de edad, es un instrumento confiable con indicadores en cada rango de edad que posibilitan la detección de riesgos o retardo (Ortiz & Unicef, 1999).

Se seleccionaron las áreas de desarrollo de la motricidad gruesa, fina, el lenguaje y el área personal- social, por ser aspectos de análisis más importantes en el proceso de desarrollo en menores de 5 años (Ortiz & Unicef, 1999).

La validación de indicadores conductuales o ítems en cada una de las áreas establecidas en esta escala se revisó varios instrumentos como escalas de Griffiths, Gessel, Denver, Kent, Corman y Escalona, y Uzgiris-Hunt, permitiendo así constatar la existencias de ítems bastantes similares en todas las escalas. Para disminuir errores en el instrumento se tomó

como referencia el último estudio de normalización de la escala Griffiths, esta escala incluye todas las áreas propuestas por diferentes autores, también se modificaron de rangos de edad y ubicación de áreas, al igual que se incluyó ítems nuevos no considerados en la prueba, se incluyó ítems con la utilización de material sencillo de fácil acceso, para la selección y ordenamiento definitiva de indicadores se tomó en cuenta las sugerencias de expertos que analizaron la versión inicial, además de resultados de un estudio piloto y estudio de normalización se pudo establecer el ordenamiento de ítems de acuerdo al desarrollo del niño en cada rango de edad (Ortiz & Unicef, 1999).

Las instrucciones generales que debe tener para la administración de la escala (Ortiz & Unicef, 1999):

- Es necesariamente que el menor este en compañía de la madre o cuidador durante la evaluación, se debe mencionar que solo va a observar comportamientos para establecer su desarrollo, para la tranquilidad de la madre o cuidador se debe mencionar que en esta evaluación el niño no necesariamente debe realizar correctamente todo.
- El sitio de evaluación debe ser tranquilo, silencioso, sin distractores, para evitar interrupciones, en caso de los niños de 2 y 3 años se debe utilizar una mesa, sillas y un espacio amplio para la evaluación del área motor grueso.
- El niño/a debe estar en condiciones saludables, antes de iniciar con la evaluación es necesario entrar en empatía con el niño mediante unos juegos para que se adapte a la situación, en ningún caso se debe realizar la evaluación si el niño se encuentra enfermo o en estado emocional de miedo o rechazo extremo.
- El tiempo de evaluación es aproximadamente de 15 a 20 minutos.
- El orden de aplicación de la escala es flexible según la adaptación del niño, lo importante es registrar la información.
- Se debe iniciar con los ítems de acuerdo al rango de edad que se encuentre el niño, se debe cortar cuando el niño falle tres ítems consecutivos, si el niño falla el primer ítems, se debe observar ítems anteriores.
- La calificación de los ítems es 1 (uno) si cumple y 0 (cero) a los ítems no cumplidos, se suma todos los ítems aprobados para obtener el puntaje para cada área, para el puntaje total solamente se suma todos los puntajes parciales obtenidos en cada una de las áreas, colocando en casilleros correspondientes.

2.3. Hipótesis o supuestos

H1: La Estimulación Temprana influirá en el desarrollo psicomotriz de los niños de 2 a 3 años con anemia.

H0: La Estimulación Temprana no influirá en el desarrollo psicomotriz de los niños de 2 a 3 años con anemia.

2.3.1. Señalamiento de variables

Variable independiente: Estimulación Temprana

Variable dependiente: desarrollo psicomotriz

Termino de relación: influirá

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Nivel y Tipo de investigación

La presente investigación es de enfoque cuali-cuantitativo, cualitativo porque analiza el problema con la aplicación del instrumento de la Escala Nelson Ortiz que evalúa el desarrollo integral de los niños/as de 0 a 5 años de edad, y es cuantitativo porque nos permite obtener, analizar e interpretar la información que se ha obtenido a través de las evaluaciones y el proceso de intervención.

Investigación corte longitudinal

Según Loeber y Farrington (1995) Los estudios longitudinales son aquellos que recogen datos sobre un grupo de sujetos, siempre los mismos (muestra), en distintos momentos a lo largo del tiempo.

- La investigación es de corte transversal porque nos permite medir los resultados mediante una evaluación inicial y final de la Escala de Nelson Ortiz, los datos son interpretados en una población y en diferentes momentos a través de la intervención mediante un Plan de Estimulación Temprana, con la finalidad de medir la eficacia de las técnicas usadas en el desarrollo psicomotriz de los niños.

Investigación explicativa

Según Hernández (2003) menciona que este tipo de investigación “pretende establecer las causas de los eventos, sucesos o fenómenos que se estudian.”

- La investigación es explicativa ya que al obtener retrasos en la psicomotricidad dentro de la población que padece de anemia, se logrará explicar el porqué de los resultados basados en sustentaciones médicas, adicional posterior a la intervención se podrán evidenciar cambios producto de la aplicación del plan de intervención.

Investigación descriptiva

Según Shuttleworth (2008) es un método científico que implica observar y describir el comportamiento de un sujeto sin influir sobre él de ninguna manera.

- Esta investigación es descriptiva porque se pretende verificar si la Estimulación Temprana influye en el desarrollo psicomotriz de los niños/as de 2 a 3 años con

- anemia, describiendo así cada variable y la relación entre las mismas, se procederá a la recolección de la información mediante la observación misma que en posterior será interpretada.

3.2. SELECCIÓN DEL ÁREA O ÁMBITO DE ESTUDIO

Delimitación espacial: Provincia de Tungurahua, Cantón Pelileo, Parroquia Salsaka, Centros de Desarrollo Infantil.

Delimitación temporal: marzo – agosto 2018

Campo del Conocimiento

Campo: Salud

Aspecto: La Estimulación Temprana y el Desarrollo Psicomotriz

Espacio: Centros de desarrollo infantil de la Parroquia de Salasaka

3.3. POBLACIÓN

La población de esta investigación serán los niños y niñas de 2-3 años que asisten a 3 Centros de Desarrollo Infantil (CDI) de la Parroquia Salasaka.

Centros de Desarrollo Infantil	Número de niños/as
Gotitas de miel	6
Abejitas	11
Sumak Ñan	3
Total de población	20

Fuente Ficha de datos generales

Elaborado por: Jerez, M. 2018

3.3.1. Criterios de Inclusión

- Se trabajará con todos los niños de 2-3 años de edad con anemia (datos facilitados por el MIES, los mismos que se obtuvieron después de someter a un análisis de hemograma a niños que asisten a los CDI de Salasaka en el mes de Febrero.)
- Niños de ambos sexos.
- Niños que pertenezcan a todo tipo de condición social.
- Niños/as que son de Salasaka.
- Niños con autorización del consentimiento informado.

3.3.2. Criterios de Exclusión

- Niños que asistan a los CDI que no tienen anemia

- Niños con anemia que no asistan a los CDI.

3.3.3. Diseño Muestral

En la presente investigación se trabajó con un universo pequeño, constituido por 20 infantes con anemia de los centros de desarrollo infantil de Salasaka, al ser una población pequeña no se aplicará la técnica de muestreo.

3.4.2. VARIABLE DEPENDIENTE: Desarrollo Psicomotriz

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems básicos	Técnicas	Instrumentos
Desarrollo Psicomotriz: Es el Desarrollo de las diferentes áreas Motoras Gruesa, Fina Adaptativa, Lenguaje, Personal Social	Motricidad gruesa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lanza la pelota con las manos ✓ Salta en dos pies ✓ Separa de puntas en ambos pies ✓ Se levanta sin usar las manos ✓ Camina hacia atrás ✓ Camina en puntas de pies 	¿Cuáles son las características para el Desarrollo de la Motricidad gruesa?	Observación	Escala de Desarrollo de Nelson Ortiz
	Motricidad fina adaptativa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hace garabatos ✓ Hace torres de 5 o más cubos ✓ Ensartar seis o más cuentas ✓ Copia línea vertical y horizontal ✓ Separa objetos grandes y pequeños ✓ Dibuja figura humana de 3 o más partes 	¿Cuáles son las características para el Desarrollo de la Motricidad fina adaptativa?		
	Audición y lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Usa frases de tres palabras ✓ Dice más de 20 palabras claras ✓ Dice su nombre completo ✓ Conoce alto, bajo, grande, pequeño ✓ Usa oraciones completas ✓ Conoce para que sirve 5 objetos 	¿Cuáles son las características para el Desarrollo de la Audición y lenguaje?		
	Personal Social	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Trata de contar experiencias ✓ Durante el día tiene control de la orina ✓ Diferencia entre hombre y mujer ✓ Dice el nombre de su papa y de su mama ✓ Se lava solito las manos y la cara ✓ Puede desvestirse solo 	¿Cuáles son las características para el Personal Social?		

Cuadro 4: Operacionalización de Variable 2

Elaborado por: Jerez, M. 2018

3.5. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN Y PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

En la presente investigación se obtuvo información para comprobar si la estimulación temprana influye en el desarrollo psicomotriz, la misma es proporcionada por una población específica conformada por 20 niños/as de 2-3 años de la parroquia Salasaka, en los CDI , para lo cual fue necesario socializar el proyecto en una reunión con los padres de familia de los niños/as de 2 a 3 años de la Parroquia Salasaka para dar a conocer los objetivos del proyecto de investigación, se procedió a la firma del consentimiento por parte de los progenitores o representantes.

La información se obtuvo a través del test de Nelson Ortiz siendo este un instrumento de evaluación validado y fiable para la valoración y seguimiento del desarrollo en niños menores de 5 años permitiendo tomar medidas al encontrar alteraciones en el desarrollo, el test comprende de 4 áreas específicas: desarrollo motor grueso, motor fino, lenguaje auditivo y personal social, para la valoración del niño debe acudir en compañía del cuidador, indicar que solo se va a observar las actividades dependiendo al rango de edad que se presente el niño.

Empezando a ejecutar el primer objetivo aplicando técnicas de observación de los ítems que los y las niñas presenten o fallen de acuerdo al rango de edad. Esta observación tendrá una duración mínima de 20 y una máxima de 30 minutos por niño.

Se elaboró un plan de estimulación temprana el mismo que se basó en las necesidades que tiene el niño, con 3 objetivos por cada área, las áreas a estimularse son 4 (motricidad gruesa, motricidad fina, lenguaje y social), el tiempo estimado para la ejecución del plan es de tres meses, este plan se implementó de manera individualizada y grupal dependiendo de las actividades que se planteó,

Para ejecutar el segundo objetivo, se tendrá que verificar en la observación de los ítems de todos los niños, de acuerdo a los resultados de los parámetros de evaluación del desarrollo de niños, se procederá a plantear y elaborar actividades con base en área de mayor falencia para los y las niñas, continuando con la aplicación de la intervención de actividades, las mismas que se aplicara 2 a 3 veces por semana a cada niño, durante 3 meses.

Finalizando con el tercer objetivo, se dará paso a analizar el avance del Pre-test con el Post-test que se aplica después de un lapso de tiempo estimado en 3 meses. Se comprobará si con la Estimulación Temprana existe progreso o no en los ítems fallados en el test inicial. Se tabulara datos iniciales y datos finales mediante los resultados obtenidos según la investigación, mismos que se ubicaran en tablas y gráficos para ser analizados e interpretados.

3.6.ASPECTOS ÉTICOS

1. Se elaboró un consentimiento informado en el que se especifica que no existe riesgo para el niño, durante el proceso de recolección de la información con el test de Nelson Ortiz, para lo cual se seleccionaran tanto el espacio como el material a utilizar con la finalidad que no existan riesgos de caídas o golpes.
2. El niño participará en las evaluaciones e intervención únicamente cuando su padre o tutor firme el consentimiento informado, en el cual autoriza que su hijo sea parte de esta investigación, teniendo a su potestad el momento de retirarse ante cualquier circunstancia, no se deberá cancelar valor alguno por las evaluaciones.
3. La información obtenida será confidencial, únicamente la investigadora tendrá acceso a la misma, no se expondrán datos como nombres de los niños y/o familiares, se mostrarán en la investigación a través de códigos, brindando seguridad a los niños y sus padres.
4. No se expondrán los rostros de los niños, en caso de mostrar fotografías se considera el uso de imágenes pixeladas en el rostro con el fin de proteger su identidad.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Datos de la población por sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	12	60,0
Femenino	8	40,0
Total	20	100,0

Cuadro 5: Datos de población

Fuente: Evaluación de la Escala Abreviada Nelson Ortiz

Elaborado por: Jerez, M. 2018

Análisis e interpretación.

De los 20 niños/as, 12 pertenecen al sexo masculino que representan al 60%, en cuanto al sexo femenino se tienen 8 niñas que representan al 40%, prevaleciendo el sexo masculino en cuanto al femenino. Se logró evidenciar que en esta población existen mayor cantidad del sexo masculino que del sexo femenino.

4.2. Análisis e interpretación de resultados de la aplicación de la escala abreviada de Nelson Ortiz (Pre-test) por categorías

4.2.1. Análisis de los resultados Pre-test

Gráfico de resumen Pre-test del área Motriz gruesa

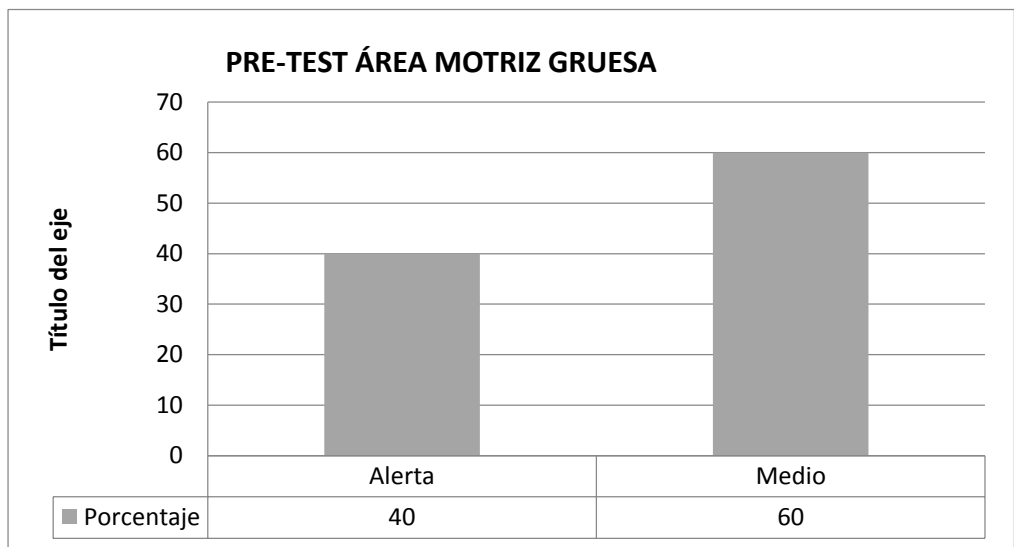


Gráfico 1: Motor grueso 1

Fuente: Evaluación de la Escala Abreviada Nelson Ortiz

Elaborado por: Jerez, M. 2018

Análisis e interpretación

De los 20 niños/as evaluados el 40 % se encuentran en el nivel de alerta dificultándoles en el logro del ítems “pararse y caminar en puntas de pies y levantar sin utilizar las manos” y el 60% corresponden al nivel medio según la Escala Abreviada de Nelson Ortiz, lo que nos permite conocer que en esta área un gran porcentaje cumple con ciertos ítems dentro de su rango de edad sin embargo no existen porcentajes en el rango normal de los que podemos interpretar que no existe población quien cumpla todos los ítems para su edad.

Gráfico de resumen Pre-test del área Motriz Fina-adaptativa

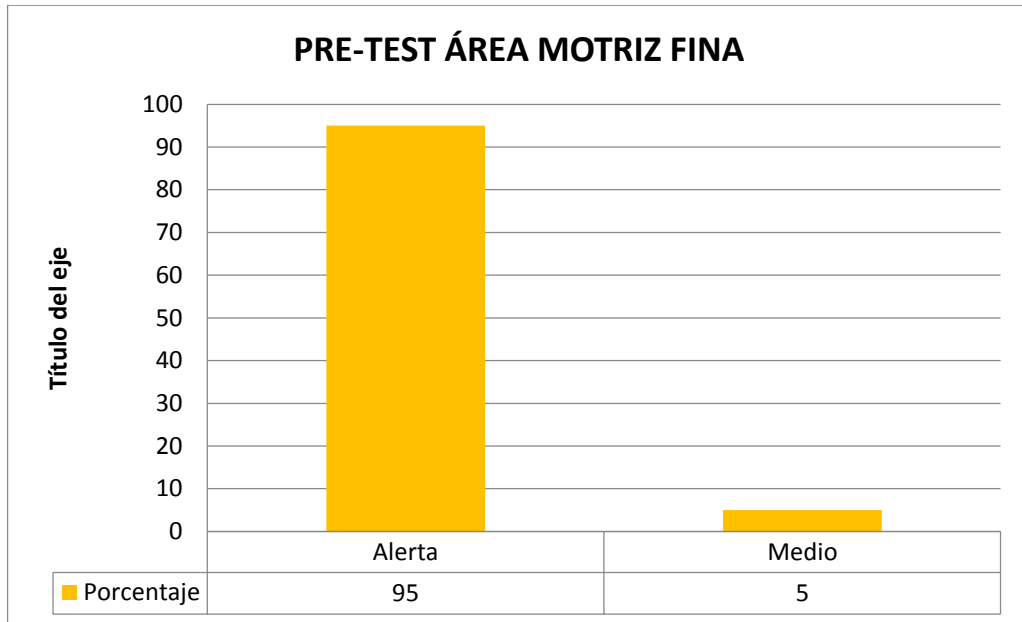


Gráfico 2: Motriz Fina 1
Fuente: Evaluación de la Escala Abreviada Nelson Ortiz
Elaborado por: Jerez, M. 2018

Análisis e interpretación

De los 20 niños/as evaluados se tiene que el 95 % se encuentran en el nivel de alerta debido a que los niños no adquieren un adecuado estímulo para el desarrollo de la motricidad fina , y el 5% corresponde al nivel medio según la Escala Abreviada de Nelson Ortiz, prevaleciendo el nivel de alerta, lo que refiere los retrasos en esta área debido a los incumplimientos de los ítems que corresponden a su edad como; “ copiar líneas horizontales, verticales, separar objetos grandes y pequeños, dibujar figura humana”, la falta de coordinación viso- manual y la pinza digital son los principales factores que repercuten en los resultados.

Gráfico de resumen Pre-test del área Audición y lenguaje

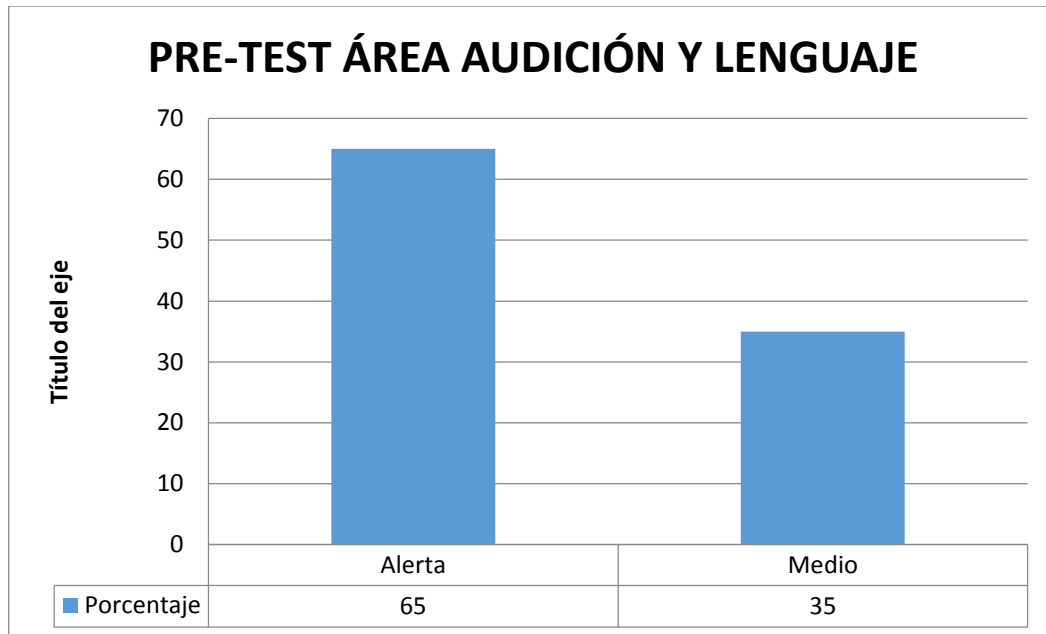


Gráfico 3: Audición y Lenguaje 1

Fuente: Evaluación de la Escala Abreviada Nelson Ortiz

Elaborado por: Jerez, M. 2018

Análisis e interpretación

De los 20 niños/as evaluados se tiene que el 65 % de los niños se encuentran en el nivel de alerta por ítems fallados como: “ decir más de 20 palabras claras, decir su nombre completo, conocer alto, bajo, grande pequeño, usar oraciones completas”, y el 35% corresponde al nivel medio según la Escala Abreviada de Nelson Ortiz, teniendo mayor dificultad para cumplir ítems de acuerdo a su rango de edad esto probablemente debido que el lenguaje materno de los niños/as en esta población es el kichwa lo que dificulta tanto el lenguaje expresivo como el comprensivo.

Gráfico de resumen Pre-test del área Personal Social

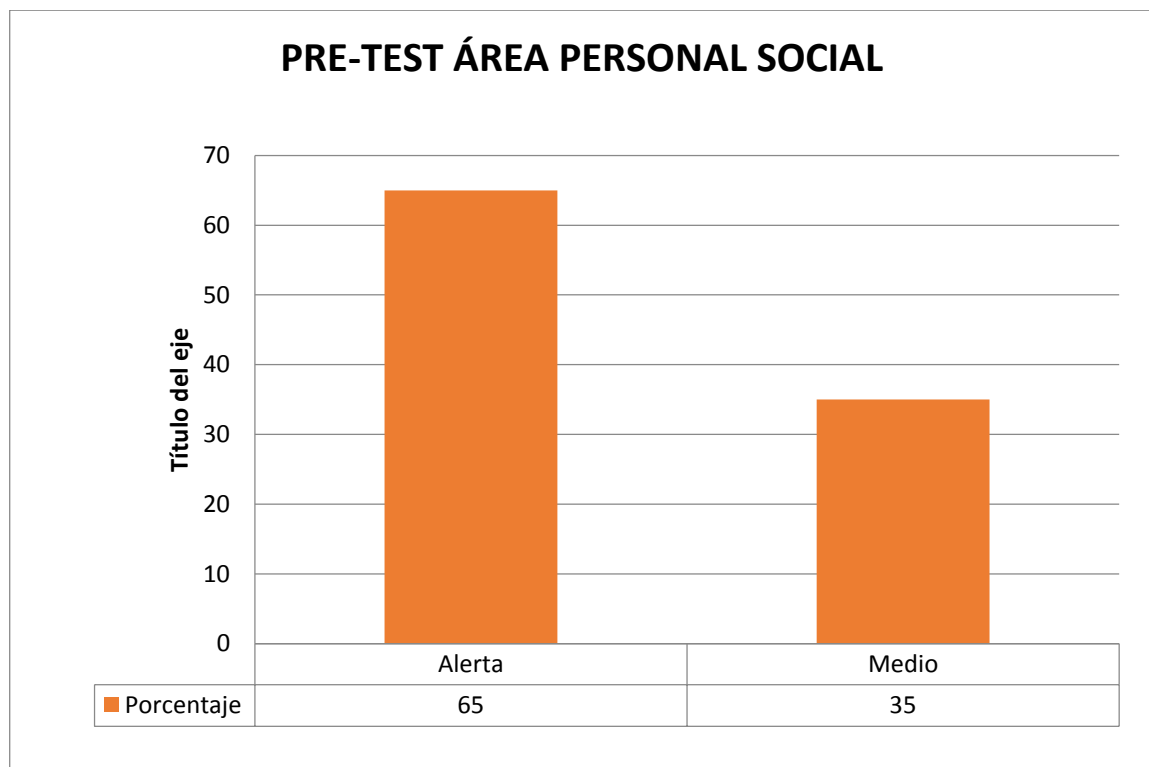


Gráfico 4: Audición y Lenguaje 1

Fuente: Evaluación de la Escala Abreviada Nelson Ortiz

Elaborado por: Jerez, M. 2018

Análisis e interpretación

De los 20 niños/as evaluados se tiene que el 65 % mismos que corresponden al nivel de alerta ya que no cumplen con ítems de acuerdo a su edad como; “trata de contar experiencias, diferenciar hombre y mujer, dice nombre de mamá y de su papá”, mientras que el 35% corresponden al nivel medio según la Escala Abreviada de Nelson Ortiz, dando, indicando que los niños son tímidos y se cohiben al relacionarse con las demás personas, lo que puede estar relacionado con el contacto con personas que no forman parte de su entorno.

4.2.2. Análisis de los resultados Post-test

Gráfico de resumen Post-test del área Motor Grueso

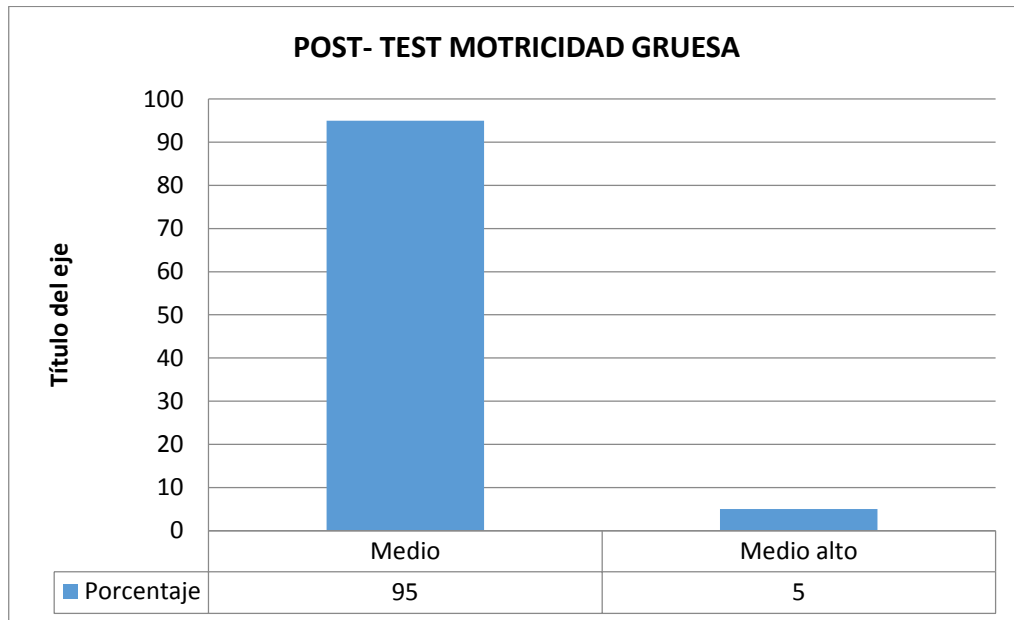


Gráfico No. Gráfico 5 Motor Grueso 2
Fuente: Evaluación de la Escala Abreviada Nelson Ortiz
Elaborado por: Jerez, M. 2018

Análisis e interpretación

De los resultados obtenidos según la evaluación final se pudo verificar que en el área motora gruesa que el 95 % niños se encuentran en nivel medio y el 5% en nivel medio alto, posterior a la implementación de actividades específicas para esta área se puede constatar un incremento de la población en un nivel medio, cumpliendo así la mayoría de los ítems fallados al inicio de la evaluación, así como también se muestra un mínimo porcentaje en el nivel medio alto, las actividades de relevancia que pudieron cambiar resultados iniciales son “ la utilización del globo y la tiza para cumplir con el ítem levantarse sin utilizar las manos, “el caminar en línea recta también fue una de las actividades de relevancia para poder cumplir hitos en su desarrollo”.

Gráfico de resumen Post-test del área Motor Fino-Adaptativo

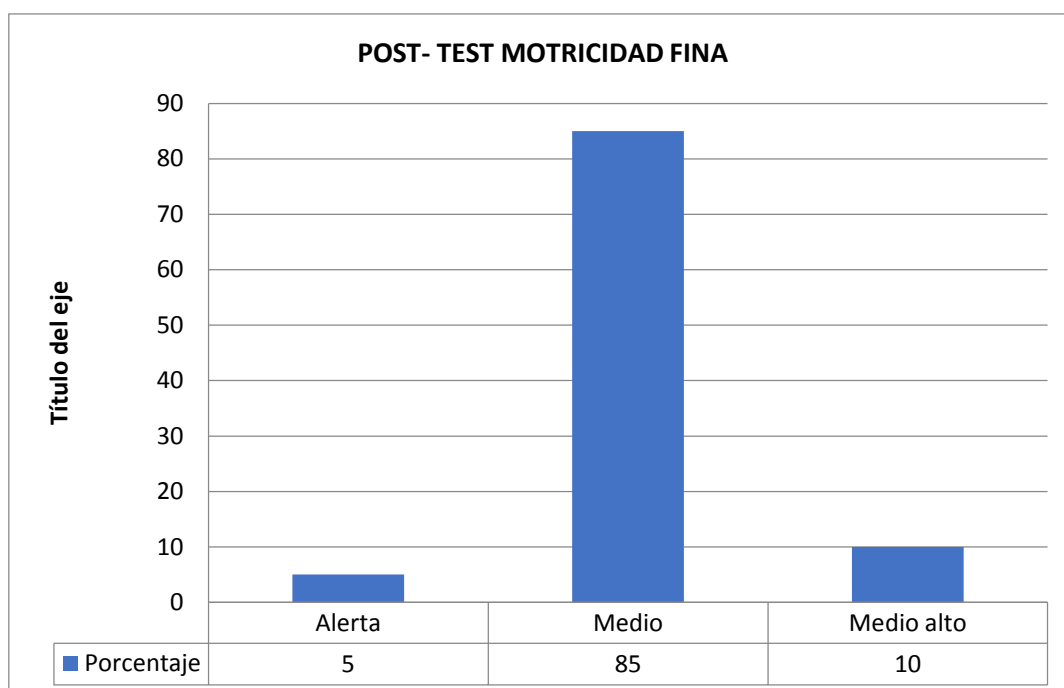


Gráfico 6: Motor Fino 2
Fuente: Evaluación de la Escala Abreviada Nelson Ortiz
Elaborado por: Jerez, M. 2018

Análisis e interpretación

De los resultados obtenidos según la evaluación final en el área motriz fina se pudo verificar que el 5 % de los niños/as se encuentra en el nivel alerta, el 85% se encuentran en el nivel medio y el 10 % están en un nivel medio alto. De los datos obtenidos después de la implementación de actividades específicas para el área motriz fina se puede verificar que en la evaluación final dos niños/as lograron avances significativos, indicando que las técnicas como “ actividades con granos, palos de helado y cuentas de diferente tamaño e introducir por orificios para beneficiar la pinza digital” además “realizar trazos verticales y horizontales con la utilización de pintura, crayones” han contribuido a lograr un avance en ítems fallados.

Gráfico de resumen Post-test del área Audición y Lenguaje

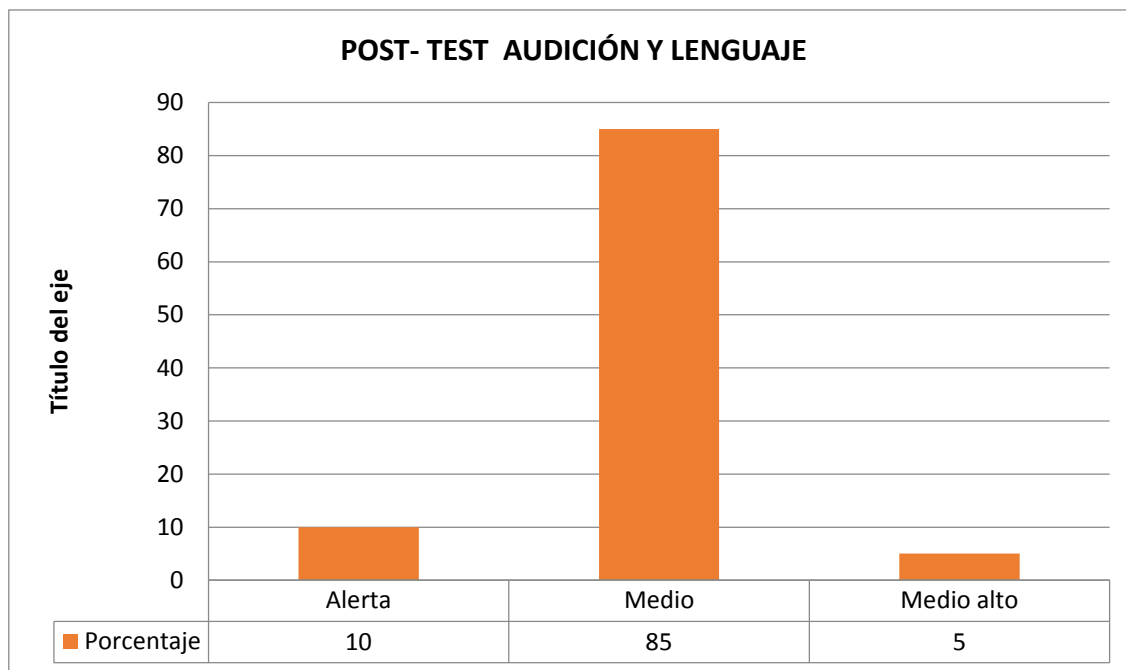


Gráfico 7 Audición y Lenguaje 2

Fuente: Evaluación de la Escala Abreviada Nelson Ortiz

Elaborado por: Jerez, M. 2018

Análisis e interpretación

De los resultados obtenidos según la evaluación final se pudo verificar que en el de Audición y Lenguaje, el 10 % se encuentran en el nivel alerta, el 85 % se encuentra en nivel medio y el 5 % se ubica en nivel de medio alto, de acuerdo a los datos obtenidos se puede evidenciar que en la evaluación final, que la mayor parte de los niños/as cumplen con los ítems de acuerdo a su edad después de la implementación de actividades específicas como: “actividad grupal para decir el nombre del niño”, “ampliación de vocabulario con la utilización de cuentos, bINGO de elementos”, “utilizar láminas de conceptos y de medio ambiente”, y un porcentaje mínimo permanecen en rango de alerta, esta variación puede darse debido a la lengua materna de los niños.

Gráfico de resumen Post-test del área Personal Social

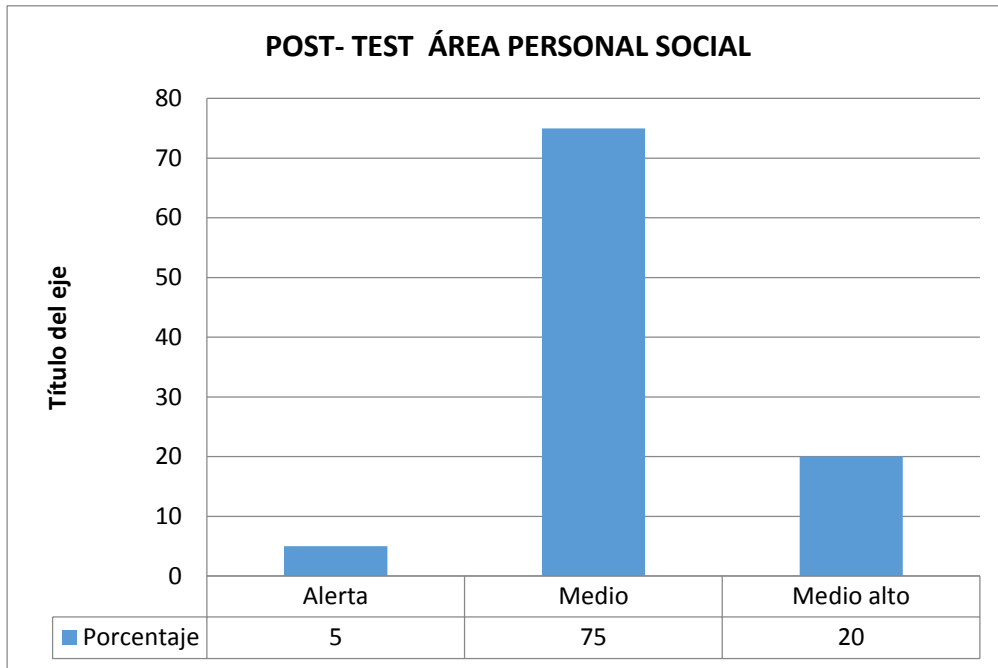


Gráfico 8 Personal Social 2

Fuente: Evaluación de la Escala Abreviada Nelson Ortiz

Elaborado por: Jerez, M. 2018

Análisis e interpretación

De acuerdo a los resultados obtenidos después de la implementación de actividades para esta área, se tiene que el 5 % de la población se ubica en el nivel de alerta, el 75 % en el nivel medio y el 20 % de niños/as en el nivel medio alto. Se verifica en la evaluación final que es bajo el porcentaje de niños que se encuentra en nivel de alerta, y los progresos son relevantes, lo que indica que la estimulación temprana permite mejorar el desarrollo de esta área debido a la implementación de actividades como; “lograr identificar entre hombre y mujer mediante tableros y fichas de ropas”, “utilización de siluetas de niño y niña pedir que se identifique”, “en grupo diferenciar y reconocer la ropa que utilizan”, “iniciar con normas sociales y de convivencia”.

4.2.3. Análisis de los resultados comparativos

Gráfico de comparación Pre-test y Post-test de la motricidad gruesa

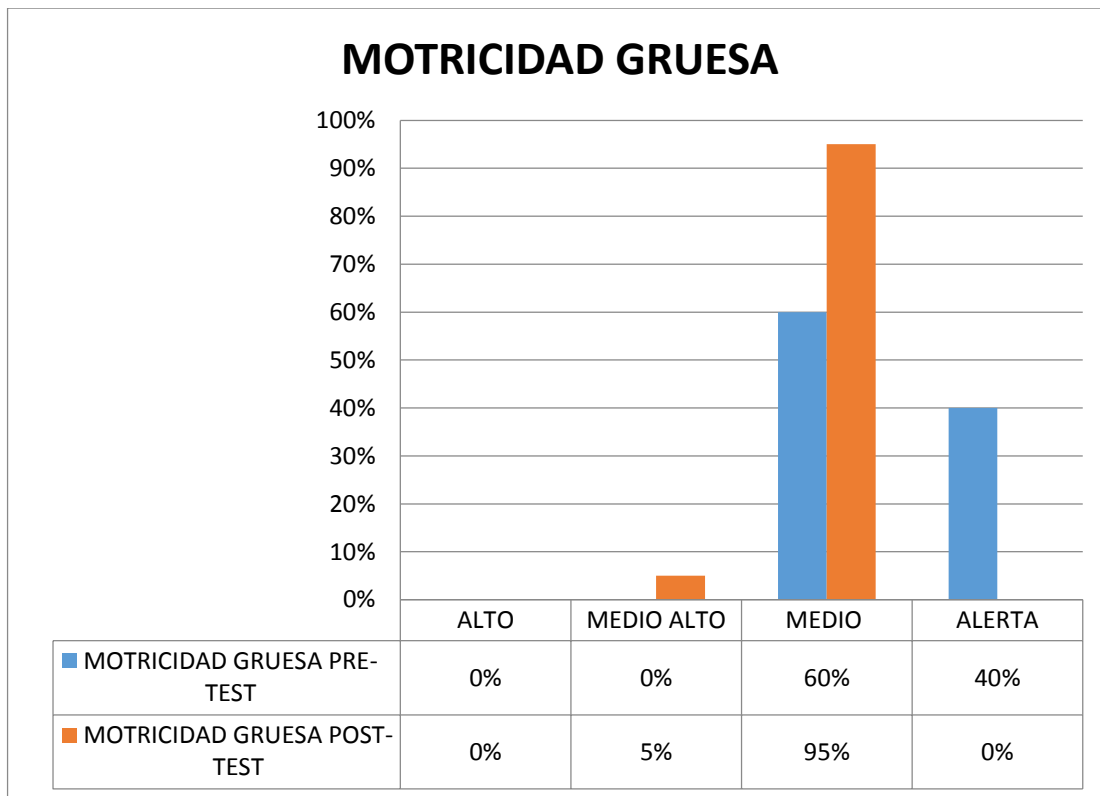


Gráfico 9 Nivel de desarrollo alcanzado

Fuente: Evaluación de la Escala Abreviada Nelson Ortiz

Elaborado por: Jerez, M. 2018

Análisis e interpretación

De los 20 niños/as evaluados el 40 % se encontraban en el nivel de alerta y el 60% corresponden al nivel medio según la Escala Abreviada de Nelson Ortiz, lo que nos permite conocer que en esta área un gran porcentaje cumple con ciertos ítems dentro de su rango de edad posterior a la aplicación del plan de actividades los resultados que se obtuvieron en la evaluación final se pudo verificar que el 95 % niños se encuentran en nivel medio y el 5% en nivel medio alto se puede constatar un incremento de la población en un nivel medio, cumpliendo así la mayoría de los ítems fallados al inicio de la evaluación, así como también se muestra un mínimo porcentaje en el nivel medio alto.

Gráfico de comparación Pre-test y Post-test de la motricidad fina

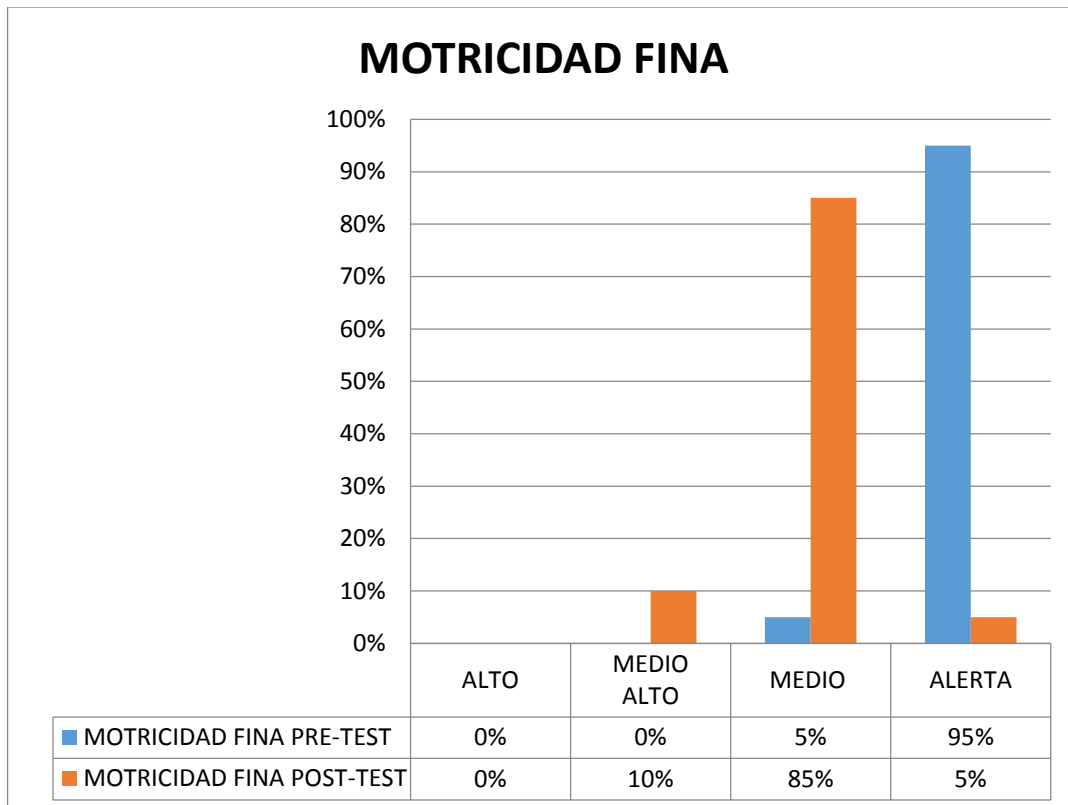


Gráfico 10 motor fino 1 y 2

Fuente: Evaluación de la Escala Abreviada Nelson Ortiz

Elaborado por: Jerez, M. 2018

Análisis e interpretación

De los 20 niños/as evaluados se tiene que el 95 % se encuentran en el nivel de alerta y el 5% corresponde al nivel medio según la Escala Abreviada de Nelson Ortiz, prevaleciendo el nivel de alerta, lo que refiere los retrasos en esta área debido a los incumplimientos de los ítems que corresponden a su edad, la falta de coordinación viso- manual y la pinza digital son los principales factores que repercuten en los resultados, una vez aplicado el plan de intervención se obtuvo que el 5 % de los niños/as se encuentra en el nivel alerta, el 85% se encuentran en el nivel medio y el 10 % están en un nivel medio alto, se puede verificar que en la evaluación final dos niños/as lograron avances significativos, indicando que las técnicas de han contribuido en esta área.

Gráfico de comparación Pre-test y Post-test de Audición y lenguaje

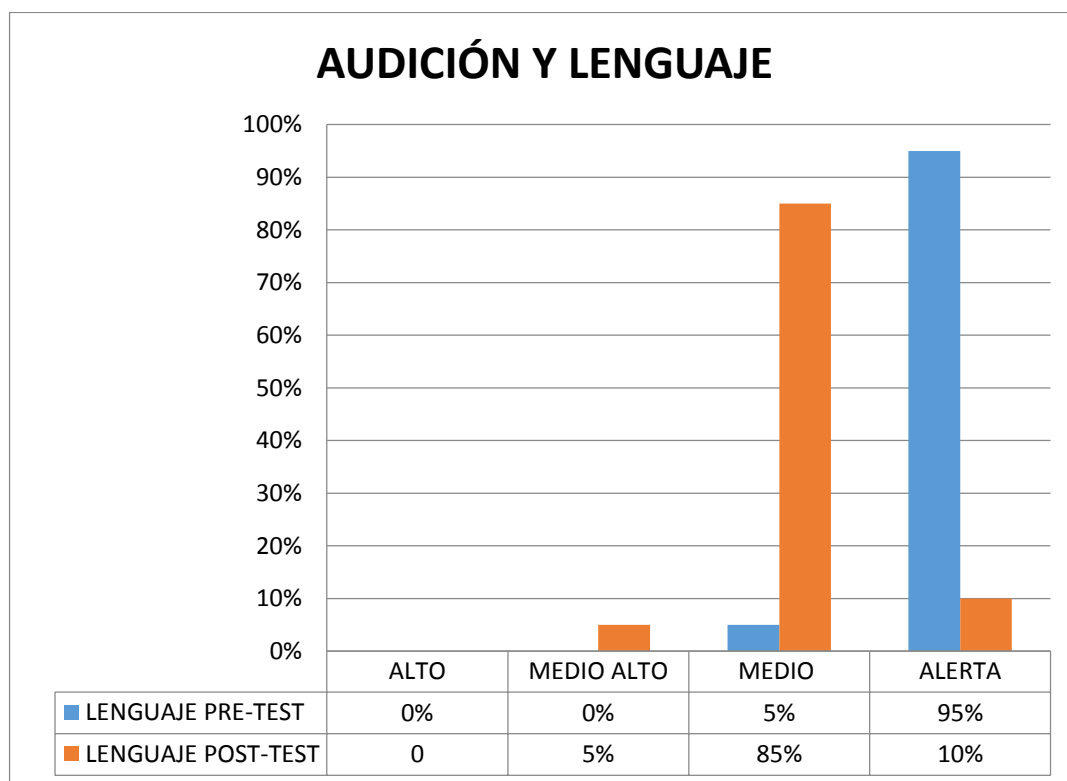


Gráfico 11 Audición y lenguaje 1 y 2

Fuente: Evaluación de la Escala Abreviada Nelson Ortiz

Elaborado por: Jerez, M. 2018

Análisis e interpretación

De los 20 niños/as evaluados se tiene que el 65 % de los niños se encuentran en el nivel de alerta y el 35% corresponde al nivel medio según la Escala Abreviada de Nelson Ortiz, teniendo mayor dificultad para cumplir ítems de acuerdo a su rango de edad esto probablemente debido que el lenguaje materno de los niños/as en esta población es el kichwa lo que dificulta tanto el lenguaje expresivo como el comprensivo, en la evaluación final se pudo verificar que en el 10 % se encuentran en el nivel alerta, el 85 % se encuentra en nivel medio y el 5 % se ubica en nivel de medio alto, se puede evidenciar que en la evaluación final niños/as cumplen con los ítems de acuerdo a su edad después de la implementación de actividades específicas y un porcentaje mínimo permanecen en rango de alerta, esta variación puede darse debido a la lengua materna de los niños.

Gráfico de comparación Pre-test y Post-test del área Personal Social

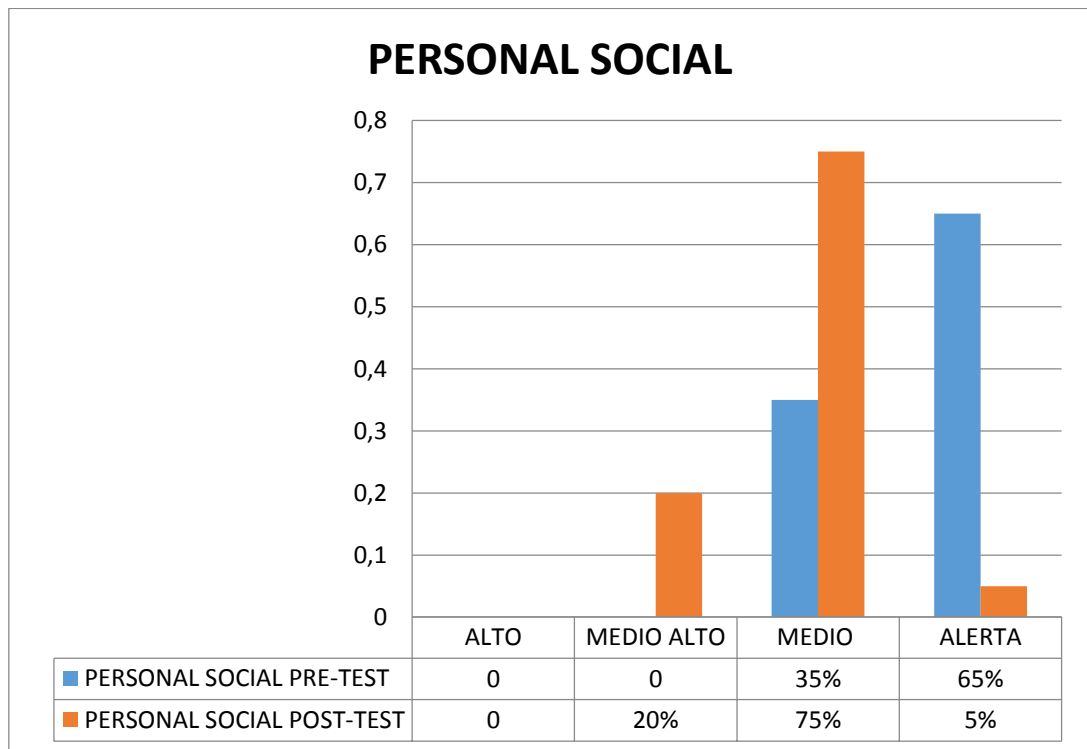


Gráfico 12 área Personal Social
Fuente: Evaluación de la Escala Abreviada Nelson Ortiz
Elaborado por: Jerez, M. 2018

Análisis e interpretación

De los 20 niños/as evaluados se tiene que el 65 % mismos que corresponden al nivel de alerta mientras que el 35% corresponden al nivel medio según la Escala Abreviada de Nelson Ortiz, indicando que los niños son tímidos y se cohíben al relacionarse con las demás personas, lo que puede estar relacionado con el contacto con personas que no forman parte de su entorno, después de la implementación de actividades para esta área, se tiene que el 5 % de la población se ubica en el nivel de alerta, el 75 % en el nivel medio y el 20 % de niños/as en el nivel medio alto. Se verifica en la evaluación final que es bajo el porcentaje de niños que se encuentra en nivel de alerta, y los progresos son relevantes, lo que indica que la estimulación temprana permite mejorar el desarrollo de esta área.

4.3. Análisis e interpretación de resultados totales.

Grafico del resultado Total del Pre-test y Post-test por Áreas según la Escala de Nelson Ortiz

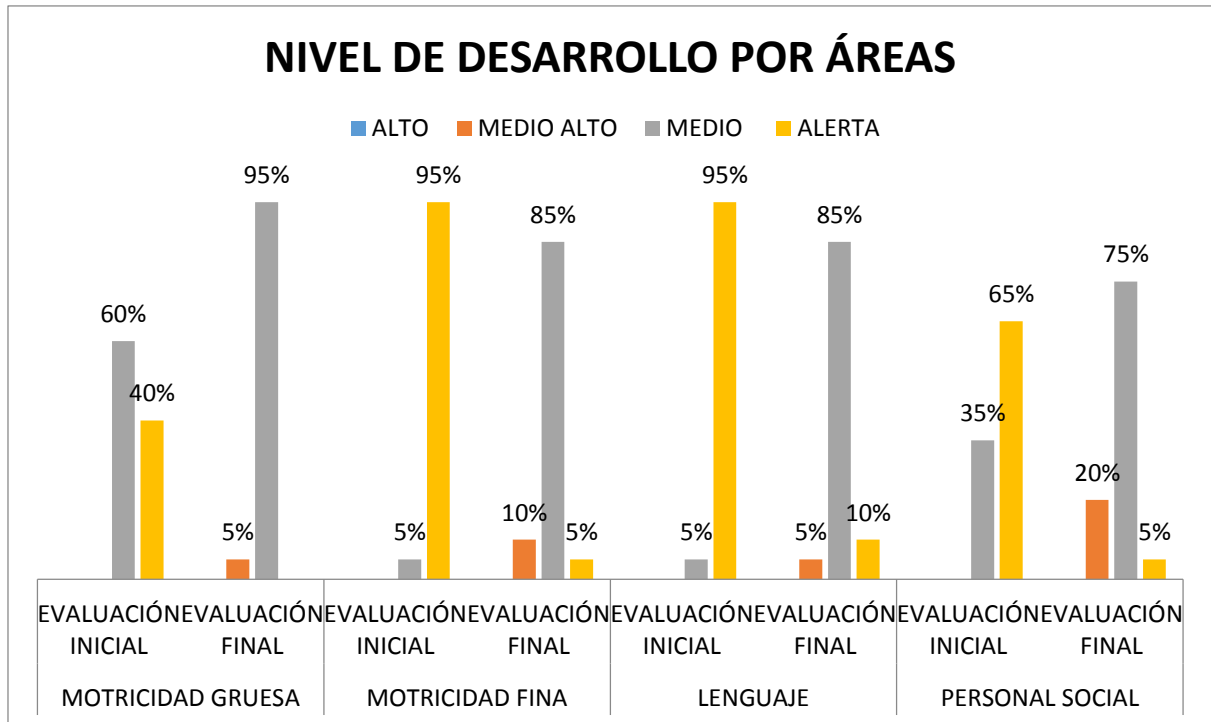


Gráfico 13 Nivel de desarrollo alcanzado
Fuente: Evaluación de la Escala Abreviada Nelson Ortiz
Elaborado por: Jerez, M. 2018

Análisis e Interpretación

El grafico de resultado total de niveles de desarrollo alcanzado indica que la el nivel de desarrollo inicial era deficiente en las 4 área del desarrollo, posterior a la implementación del plan de intervención reduciéndose significativamente los niveles de alerta en el post- test.

Grafico del Total del Pre-tes y Post-test

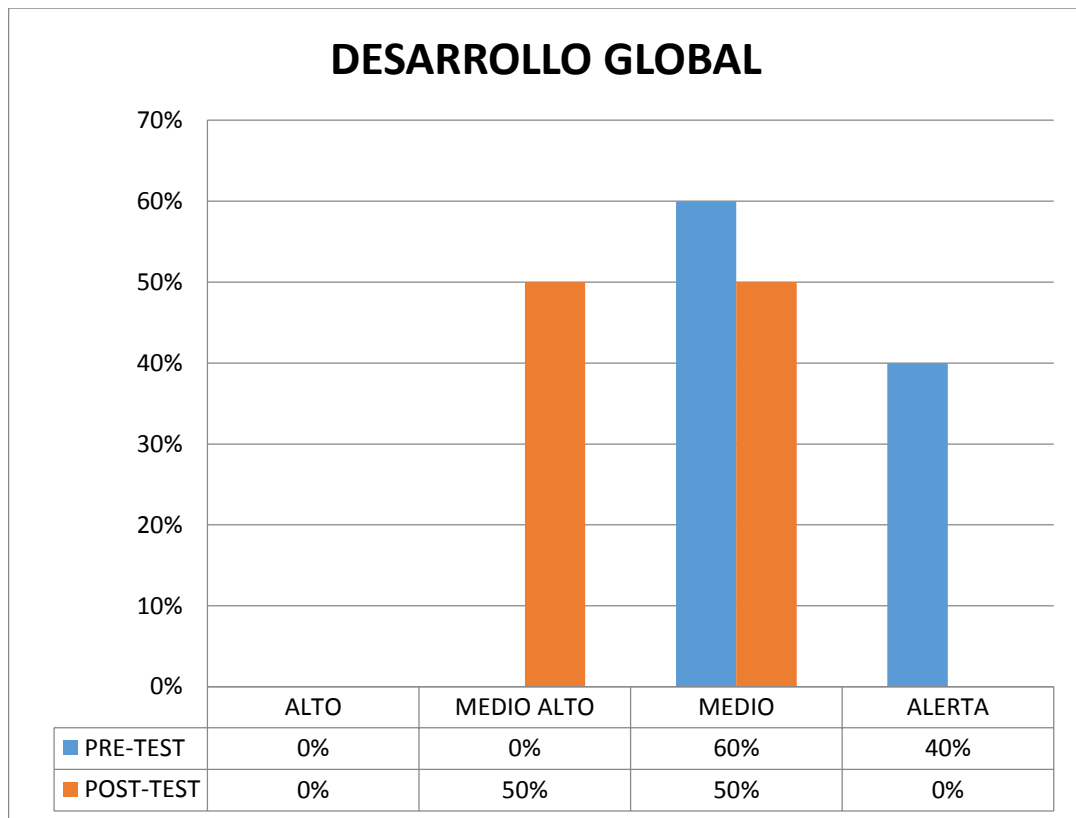


Gráfico 14 Total por evaluación

Fuente: Evaluación de la Escala Abreviada Nelson Ortiz

Elaborado por: Jerez, M. 2018

Análisis e interpretación

De acuerdo a los datos entre una evaluación inicial se tiene que en la evaluación inicial el desarrollo psicomotriz se situaba el 60% en el rango medio y un 40% en el rango alerta, posterior a la ejecución del plan de actividades se evidencian los progresos de tal forma que en el nivel medio se tiene al 50% de la población frente al 50% en el nivel medio alto. Se puede deducir que la implementación de un plan de estimulación temprana es eficaz, por lo notorio de cambios en las evaluaciones, al realizar actividades de estimulación de acuerdo a los ítems fallados mejoro en su desarrollo psicomotriz.

COMPARACIÓN DE MEDIAS

Esta comprobación de medias ayuda a identificar diferencias significativas entre una evaluación inicial con la evaluación final, se ocupó la Prueba T de comparación de medias, la misma, para un resultado efectivo o diferencia significativa en las dos evaluaciones el nivel de significación debe ser inferior a 0,05.

Estadísticos de muestras relacionadas			
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
TOTAL 1	,6000	,50262	,11239
TOTAL 2	1,5000	,51299	,11471
MOTOR GRUESO 1	,6000	,50262	,11239
MOTOR GRUESO 2	1,0500	,22361	,05000
MOTOR FINO 1	,0500	,22361	,05000
MOTOR FINO 2	1,0500	,39403	,08811
AUDICIÓN Y LENGUAJE 1	,3500	,48936	,10942
AUDICIÓN Y LENGUAJE 2	,9500	,39403	,08811
PERSONAL SOCIAL 1	,3500	,48936	,10942
PERSONAL SOCIAL 2	1,1500	,48936	,10942

Cuadro 6: Estadístico de Muestras Relacionadas
Fuente: Evaluación de la Escala Abreviada Nelson Ortiz
Elaborado por: Jerez, M. 2018

Prueba de muestras relacionadas				
	Diferencias relacionadas	t	gl	

	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				Sig. (bilateral)
				Inferior	Superior			
TOTAL 1 – TOTAL 2	-,90000	,44721	,10000	- 1,10930	-,69070	-9,000	19	,000
MOTOR GRUESO 1 – MOTOR GRUESO 2	-,45000	,51042	,11413	-,68888	-,21112	-3,943	19	,001
MOTOR FINO 1 – MOTOR FINO 2	- 1,00000	,45883	,10260	- 1,21474	-,78526	-9,747	19	,000
AUDICIÓN Y LENGUAJE 1 – AUDICIÓN Y LENGUAJE 2	-,60000	,50262	,11239	-,83524	-,36476	-5,339	19	,000
PERSONAL SOCIAL 1 – PERSONAL SOCIAL 2	-,80000	,52315	,11698	- 1,04484	-,55516	-6,839	19	,000

Cuadro 7 Pruebas de muestras relacionadas

Fuente: Evaluación de la Escala Abreviada Nelson Ortiz

Elaborado por: Jerez, M. 2018

Análisis e interpretación

En la prueba de muestra relacionada existe una diferencia significativa en todas las áreas evaluadas y en los totales de las evaluaciones iniciales y finales, es decir en el total 1 y total 2 la significación es de 0,000, en las evaluaciones tanto iniciales como finales, se obtuvo una significación de 0,001, en el área evaluada inicial y final de motor fino, audición y lenguaje, y personal social la significación es de 0,000, lo que da una puntuación T negativa permitiendo obtener resultado en el desarrollo psicomotriz con la implementación de plan de estimulación temprana.

Se utilizó la siguiente fórmula para verificación de potencia (r) donde:

- M= Media
- SE= Standard error
- T= prueba T
- ()= Grados de Libertad

$$r = \sqrt{\frac{t^2}{t^2 + df}}$$

- P= nivel de significación
- R= potencia

Los niños/as que participaron en este proyecto de investigación experimentaban un desplazamiento significativamente menor antes del tratamiento de total re resultados en todas las áreas evaluadas (M= 0,6000, SE=,11239) que después del mismo (M=1,5000, SE=,11471, $t(19) = -9,000$, $p < .05$, $r = 0.9$), el resultado en el área motor grueso (M= ,6000, SE=,11239) que después del mismo (M=1,0500, SE=,05000, $t(19) = -3,943$, $p < .05$, $r = 0.67$), el total de los resultados en el área motor fino adaptativo (M= ,0500, SE=,05000) que después del mismo (M=1,0500, SE=,08811, $t(19) = -9,747$, $p < .05$, $r = 0.91$), el resultado inicial del área de audición y lenguaje (M=,3500, SE=,10942) que después del mismo (M=,9500, SE=,08811, $t(19) = -5,339$, $p < .05$, $r = 0.77$), el resultado inicial del área personal social (M=,3500, SE=,10942) que después del mismo (M=1,1500, SE=,10942, $t(19) = -6,839$, $p < .05$, $r = 0.84$).

COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

H1: La Estimulación Temprana influirá en el desarrollo psicomotriz de los niños de 2 a 3 años con anemia.

H0: La Estimulación Temprana no influirá en el desarrollo psicomotriz de los niños de 2 a 3 años con anemia.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la prueba T de student entre la aplicación de actividades de estimulación temprana y el desarrollo psicomotor de los niños de 2-3 años con anemia; se acepta la hipótesis planteada debido a la significancia de 0,000 y al ser un valor menor a 0,005 se comprueba que la estimulación temprana influye en el desarrollo psicomotor de los niños con anemia.

4.4. DISCUSIÓN.

(Abril, 2012) Esta investigación que trata sobre efecto de la anemia ferropénica en el desarrollo psicomotor y perímetro cefálico en niños de 6 a 24 meses en el que se menciona que esta condición nutricional limita el desarrollo adecuado en cuanto produce fatiga,

enfermedades frecuentes y baja resistencia a la actividad física, asociando a estos causales como los principales motivos por los cuales no se alcanza un desarrollo adecuado para la edad, a estos resultados se puede relacionar al presente trabajo investigativo ya que los resultados indican que los avances en el desarrollo psicomotor es notable no solo en el resultado global, sino también en las diferentes áreas del desarrollo, al inicio se evidencian los retrasos psicomotores que presentaban los niños con anemia, indicando que el factor nutricional influye en el desarrollo normal, sin embargo entre los resultados obtenidos se demostró la importancia de las técnicas de estimulación temprana para lograr equiparar los déficits, mediante esta investigación se logró comprobar que la estimulación temprana incide en el desarrollo psicomotor de los niños de 2-3 con anemia.

A través de esta investigación se ha logrado resaltar la importancia de la estimulación temprana para contribuir al desarrollo adecuado de los niños, con la finalidad que los hitos sean alcanzados en la edad que le corresponde, considerando que estas intervenciones han logrado resultados positivos en niños con un estado nutricional no adecuado, tal como lo menciona Toasa (Toasa, 2015) en su investigación titulada la importancia de la estimulación temprana en el desarrollo psicomotriz en la cual comprobó los efectos positivos en niños que si acuden a sesiones de estimulación temprana, frente a los que no.

La investigación de Ojeda (Ojeda, 2017) sobre la anemia y el desarrollo psicomotriz concuerda con los resultados de la presente investigación en los que se mencionan que los niños con anemia presentan un desarrollo psicomotor anormal en comparación de los niños con buen estado nutricional, se considera la estimulación temprana como un elemento fundamental para potencializar el desarrollo, aún más cuando las condiciones son desfavorables tal como menciona Ramírez y Parra (Ramírez & Parra, 2017) en su investigación.

Conclusiones

- Con respecto al primer objetivo planteado se logra determinar que la estimulación temprana influye en el desarrollo psicomotriz de los niños de 2-3 años que presentan anemia, se lograron avances significativos en relación al test inicial y el post test, en el que se lograron resultados positivos en cuanto al desarrollo psicomotriz, resaltando

que ninguno de ellos presentaban un desarrollo dentro de los parámetros establecidos.

- En la evaluación inicial se evidenció niños en alerta y nivel medio, correspondientes a los valores más bajo del Test Nelson Ortiz, lo que nos permite constatar que efectivamente la anemia es una condición que repercute en el desarrollo psicomotriz.
- Las actividades de estimulación temprana permiten el desarrollo de las habilidades y capacidades de los infantes, siempre que estas se diseñen en base a las necesidades específicas que presenten los niños, la creación de un plan de intervención con actividades en las diferentes áreas han permitido la intervención dirigida, con la cual fue posible desarrollar aquellos hitos no adquiridos.
- En el post test se logró constatar la importancia de la estimulación temprana en el desarrollo psicomotriz de los niños con anemia, considerando que prevalecieron el nivel medio alto y medio siendo estas, rangos intermedios del test aplicado, se logró reducir significativamente el nivel de alerta.

Recomendaciones

- Se deben crear intervenciones dirigidas tanto a los padres como a los cuidadores en las cuales se manifiesten la importancia de una alimentación balanceada, equilibrada, la atención en los servicios de salud y la aplicación de actividades de estimulación temprana para la adquisición de los hitos psicomotores correspondientes a su edad de desarrollo.

- Se deben realizar evaluaciones periódicas en la institución la finalidad de determinar oportunamente problemas en el desarrollo y se creen planes de intervención dirigidos a los hitos que no son cumplidos.
- Los planes de intervención deben crearse en base a las necesidades específicas de los niños; es decir estos deben ser individuales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Bibliografía

1. Achotegui, J., Camino, A., Celis, C., Cristóbal, C., Giné, C., Leonhard, M., . . . Planella, J. (2015). La atención temprana un compromiso con la infancia y sus familias. Barcelona: Editorial Luoc.
2. Alcocer, A. (2016). Psicología del Desarrollo Infancia y Adolescencia. Madrid - España: Editorial Médica Panamericana S.A.
3. Amar, J. (2013). Desarrollo Infantil y construcción del mundo social (Primera Edición ed.). Bogotá - Colombia: Editorial Unirte.
4. Andalucía, M. (11 de 2011). La estimulación temprana y su importancia. Revista digital para profesionales de la enseñanza(17).
5. Andreu, T. (2012). Los nuevos cauces de investigación en el ámbito de la Atención Temprana. Revista de Educación Especial, 22, 55-64.
6. Arango, M., Infante, E., & López, M. (2012). Manual de estimulación Temprana. Bogotá - Colombia: Editorial Gamma S. A. .
7. Atención temprana un eje fundamental. (2003). Revista Minusval(3), 1-100.
8. Ballesteros, S. (2014). El esquema Corporal. Madrid: Editorial TEA.
9. Batalla, A. (2012). Habilidades motrices. España: Editorial INO Reproducciones, S.A.
10. Campo, L. (12 de 2011). Importancia del desarrollo motor en relación con los procesos evolutivos del lenguaje y la cognición en niños de 3 a 7 años de la ciudad de Barranquilla (Colombia). Revista Científica Salud Uninorte, 26(1).
11. Catalan, P. (2017). Psicomotricidad, conceptos básicos, actividades y aprendizaje. España.
12. Delgado, V., & Contreras, S. (2014). Desarrollo Psicomotor en el primer año de vida. Chile: Editoria Mediterraneo Limitada.

13. Días, M. (2008). La Atención y el desarrollo infantil. (M. Rodríguez, Ed.) España: Procompal Publicaciones.
14. Díaz, M. (2013). La Atención Temprana y el desarrollo infantil. (ISBN 13: 978-84-9881-0721 ed.). Madrid: Editorial Procompal.
15. Diosdado, A., Medrano, R., Ballesteros, M., Bernal, M., & Carranza, L. (Enero de 2016). Convivencia escolar. Reflexión sobre la formación del estudiante. Revista CoPaLa Constituyendo Paz Latinoamericana, 1(1).
16. Echague, G., Sosa, L., Díaz, V., Funes, P., & Ruíz, I. (Abril de 2013). Anemia en niños indígenas y no indígenas menores de 5 años de comunidades rurales del Departamento de Caazapá. Revista de Pediatría, 40(1).
17. Elizalde, M. (2012). La Atención Infantil Temprana en Asturias (Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Vivienda y Bienestar Social ed.). Asturias: Editorial Eujoa, S.A.
18. Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana [GAT]. (2015). Libro Blanco de la Atención Temprana (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales ed.). (S. Gómez, Ed.) Madrid - España: Real Patronato Sobre Discapacidad.
19. García, L. (2016). Educación en fisioterapia: diálogos académicos. Bogotá - Colombia: Universidad de Rosario.
20. García, M. (2016). Desarrollo psicomotor y signos de alarma (Lua Ediciones ed.). Madrid: Curso de Actualización Pediatría.
21. García, M., & Martínez, M. (2016). Desarrollo Psicomotor y Signos de alarma. Curso de Actualización Pediatría, 81-93.
22. Gil, P., Contreras, O., & Gómez, I. (8 de 2013). Habilidades motrices en la infancia y su desarrollo desde una educación física animada. Revista iberoamericana de Educación(47).
23. Gómez, S. (Ed.). (2012). Libro Blanco de la Atención Temprana. Madrid: ARTEGRAF, S.A.

24. Gutierrez, P., & Ruiz, E. (2012). Orígenes y Evolución de la Atención Temprana. Una Perspectiva Histórica de la Génesis de la Atención Temprana en Nuestro País. Agentes Contextos y Procesos. *Revista de Psicología Educativa*, 18(2), 107-122.
25. Herrera, E., Delgado, L., Fonseca, H. S., & Vargas, P. (Enero de 2012). Factores psico afectivos relacionando con las dificultades escolares en niñas y niños. *Revista de Ciencias del Movimiento Humano y Salud*, 9(1).
26. Ibáñez, J. (2017). *Actas del VIII Congreso Internacional de Filosofía de la Educación*. Madrid: Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir.
27. Ibáñez, P., & Mudarra, J. (2014). *Atención Temprana Diagnóstico e Intervención Psicopedagógica*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia de Madrid.
28. Ibáñez, P., Mudarra, M. J., & Alfonso, C. (2014). La estimulación psicomotriz en la infancia a través del método estitsológico multisensorial de atención temprana. *Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*(7), 111-133.
29. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]. (2017). *Salud Ecuador 2017*. Quito: Ministerio de Salud .
30. Jiménez, F., & López, F. (2016). *Administración Pública y Atención Sanitaria (Asociación cultural y científica iberoamericana ed.)*. Almería: Editorial ACCI.
31. Kluwer, W., & Aranda, R. (2012). *Atención Temprana en educación infantil (Primera ed.)*. Madrid: Wolters Kluwer España, S. A. .
32. *La comprensión del cerebro. El nacimiento de una ciencia del aprendizaje (LOM Ediciones ed.)*. (2013). París: Universidad Católica Silva Henríquez.
33. *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud integral de Salud [MAIS]*. (2012). Ecuador: Ministerio de Salud Pública.
34. Martins, J., & Ramallo, M. (2015). Desarrollo infantil: análisis de un nuevo concepto. 23(6), 1097-1104. doi:10.1590/0104-1169.0462.2654
35. Martins, M. (Diciembre de 2015). Desarrollo infantil: análisis de un nuevo concepto. *Revista Latina Am. Enfermagem*, 23(6), 1097-1104.

36. Medina, A. (2012). La estimulación temprana. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 14(24).
37. Ministerio de Salud Pública. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS*. Quito - Ecuador.
38. Ministerio de Salud Pública. (2016). *Normas, Protocolos y Consejería para la Suplementación con Micronutrientes*. Quito - Ecuador: Programa Mundial de Alimentos.
39. Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP]. (2016). *Normas, Protocolos y consejería para la suplementación con micronutrientes*. Quito - Ecuador: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
40. Montenegro, A., Largueta, F., Guzmán, P., & Veltran, U. (2013). *La atención temprana en infantes* (Universidad Nacional de Alicante ed.). (P. Judith, Ed.) Alicante: Pelarta, S. A.
41. Muniáin, R. (2013). *La psicomotricidad como disciplina educativa*. México: Paraninfo S. A.
42. Muntaner, J. (2017). *La Educación Psicomotriz: Concepto y Concepciones de la Psicomotricidad*. Madrid: Editorial Index.
43. Narvarte, M., & Espiño, M. (2014). *Estimulación y Aprendizaje Estimulación Temprana Prevención y Rehabilitación*. Argentina: Ediciones Landeira.
44. Navarro, M. (2012). *Procesos cognitivos y aprendizaje significativo*. Madrid - España: Editorial BOCM.
45. Nuñez, G., & Fernández, V. (2014). *La Psicomotricidad técnica*. Santiago de Chile: La Loma S. A.
46. Ordóñez Legarda, M. D., & Tinajero Miketa, A. (2014). *Estimulación Temprana Guía para padres y maestros*. Madrid: Cultural, S.A.
47. Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2015). *Enfoque del desarrollo Infantil*. (A. Nacional, Ed.) Quito: Ministerio de Desarrollo.

48. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2017). América Latina y el Caribe Panorama de la Seguridad alimentaria y Nutricional . (E. Bermúdez, Ed.) Santiago de Chile: FAO.
49. Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2015). Desarrollo integral de los niños. Santiago de Chile: OPS.
50. Ortiz, N., & Unicef. (1999). Escala Abreviada del Desarrollo. En N. Ortiz. España: Ministerio de Salud.
51. Pérez, R. (2014). Teoría y Praxis del Desarrollo Psicomotor en la Infancia. España: Editorial Ideas Propias.
52. Perpiñan, S. (2009). Atención temprana y familia. (G. Fenando, Ed.) Madrid: Narcea, S. A.
53. Ramírez, J., & Parra, M. (2017). Estimulación temprana en niños menores de 2 años en la ciudad de Durango. *Revista Conamed*, 15(4).
54. Regidor, R. (2012). Las capacidades del niño, Guía de Estimulación temprana de 0 a 8 años. Madrid - España: Editorial Palabra S. A. .
55. Rice, J. (2012). Desarrollo humano. Estudio del ciclo vital. México: Prentice Hall Hispanoamericana.
56. Rodríguez, P. (2013). La Atención Integral y Centrada en la Persona. (M. Carlos, Ed.) Santiago de Chile: Fundación Pilares para la autonomía personal.
57. Rosada, S. (2017). Desarrollo de habilidades de motricidad gruesa a través de la clase de educación física, para niños de preprimaria. Guatemala: Universidad Rafael Landívar.
58. Ruiz, L., Linaza, L., & Peñaloza, R. (2013). El estudio del desarrollo motor: entre la tradición y el futuro. *Revista Fuentes*, 8(1), 243-258.
59. Ruiz, L., Linaza, L., & Peñaloza, R. (2013). El estudio del desarrollo motor: entre la tradición y el futuro. *Revista Fuentes*, 8(1), 243-258.
60. Saduní, M., Rostán, C., & Serrat, E. (2014). El desarrollo de los niños, paso a paso. Barcelona - España: Editorila UOC.

61. Schiller, P., & Rossano, J. (2013). *Actividades para el currículo de educación infantil*. Madrid: Editorial Narcea, S.A.
62. Subsecretaría de Gestión y Eficiencia Institucional. (2015). *Proyecto emblemático acción nutrición 2015-2018*. Quito - Ecuador: Ministerio Coordinador de Desarrollo Social.
63. Vergara, P. (2016). Los programas o planes de Atención Temprana. *Revista de atención a la niñez*, 23(4), 153-162.
64. Viloria, C., & Aranda, R. (2014). La organización de la atención temprana en la educación infantil. *Revista Tendencias Pedagógicas*, 9, 217-246.
65. Werner, L., Palma, S., Echeverría, G., & Rosales, P. (2012). *Modelo de atención integral en salud*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
66. Zavaleta, N., & Astete, L. (2017). Efecto de la anemia en el desarrollo infantil: consecuencias a largo plazo. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 2-5.

Linkcografía

67. (2013). *Código de la niñez y adolescencia*. Quito - Ecuador: Asamblea Nacional.
68. Flores, J. (2016). Efectividad del programa de estimulación temprana en el desarrollo psicomotor de niños de 0 a 3 años. *Revista "Ciencia y Tecnología"*, Escuela de Postgrado – UNT, 9(4), 101-117.
69. Freire, W. B., Ramirez, M. J., Belmont, P., Medieta, M. J., Silva, K. M., Romero, N., . . . Monge, R. (2013). Recuperado el 2013, de paho.org: http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-2014&alias=452-encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion&Itemid=599
70. García Fiestas , E. I., & Herrera Neciosup, G. E. (2012). Recuperado el 2012, de <http://tesis.usat.edu.pe>: <http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/397>
71. Jerez, F. (2017). *Valoración del desarrollo psicomotriz de los niños/niñas de 4 a 5 años de la parroquia Salasaca*. Ambato: Universidad Técnica de Ambato.

72. La Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2016). Recuperado el 19 de FEBRERO de 2016, de La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la salud (OMS): http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11679%3Airon-deficiency-anemia-research-on-iron-fortification-for-efficient-feasible-solutions&catid=6601%3Acase-studies&Itemid=40275&lang=es
73. Linares, A. R. (07 de 2008). paidopsiquiatria.cat. Obtenido de http://www.paidopsiquiatria.cat/files/teorias_desarrollo_cognitivo_0.pdf
74. López, Á. (2005). Elmundo.es/salud. Obtenido de <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2005/11/18/pediatrica/1132311126.html>
75. Monge Alvarado, M. d., & Meneses Montero, M. (26 de 01 de 2002). redalyc.org. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44026113>.
76. Pietro, R. M. (03 de 2009). archivos.csif.es. Obtenido de https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero_16/REMEDIOS_MOLINA_1.pdf
77. Tello, R. M. (07 de 03 de 2013). /psicologiainfantilaragoza.wordpress.com. Obtenido de <https://psicologiainfantilaragoza.wordpress.com/2013/03/07/el-desarrollo-evolutivo-caracteristicas-generales/>
78. Toasa, J. (2015). La importancia de la estimulación temprana en el desarrollo psicomotriz de los niños y niñas de 0 a 5 años que acuden a la consulta pediátrica en el Hospital General Puyo. Recuperado el 10 de abril de 2018, de <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/12205/1/%E2%80%99CLA%20IMPORTANCIA%20DE%20LA%20ESTIMULACI%C3%93N%20TEMPRANA%20EN%20EL%20DESARROLLO%20PSICOMOTRIZ%20DE%20LOS%20NI%C3%91OS%20Y%20NI%C3%91AS%20DE%200%20A%205%20A%C3%91OS%20QUE%20ACUDEN%20A%20~1.pdf>
79. UNICEF . (2011). Ejercicios de Estimulación Temprana (1 ed.). Mexico D. F.: Talleres Gráficos de México.
80. UNICEF , & UNESCO. (2010). El Desarrollo del niño en la primera infancia (18 ed.). Paris.

81. UNICEF. (2018). Recuperado el 2018, de UNICEF EN ECUADOR:
<https://www.unicef.org/ecuador/overview.html>

Citas bibliográficas – base de datos UTA

PROQUEST

82. Godoy, C., & Gonzáles Zúñiga, I. (15 de 07 de 2007). search.proquest.com. Obtenido de <https://search.proquest.com/docview/1950315152?accountid=36765>
83. Ibáñez Lopez, P., Mudarra Sánchez, M. J., & Alfonso Ibáñez, C. (01 de 03 de 2013). search.proquest.com. Obtenido de <https://search.proquest.com/docview/1111644714/fulltextPDF/786C1101D0774295PQ/4?accountid=36765>
84. Vericat, A., & Orden, A. (10 de 2013). search.proquest.com. Obtenido de <https://search.proquest.com/docview/1679177225/fulltextPDF/A7DF4203FF4743A8PQ/22?accountid=36765>

EBRARY

85. Peralta, I., & Aguilar, E. (2013). ebookcentral.proquest.com. Obtenido de <https://ebookcentral.proquest.com/lib/uta-ebooks/reader.action?docID=3218963&ppg=249&query=desarrollo+infantil>

ANEXOS

Anexo 1



Universidad Técnica de Ambato
Facultad Ciencias de la Salud
Carrera de Estimulación Temprana
Plan de Estimulación Temprana



Lugar: Centros de Desarrollo Infantil de la Parroquia Salasaka

Responsable: Maribel Jerez

Beneficiarios: Niños y niñas de 2 a 3 años con anemia

Áreas de Estimulación: Motricidad Gruesa, Motricidad Fina, Lenguaje y Social

Objetivo: Estimular el desarrollo psicomotriz

Fecha: Febrero a Mayo del 2018

Actividades para la Motricidad Gruesa				
Área	Objetivo	Actividad	Material	Aplicación
Motor grueso	Lograr que el niño se levante sin usar las manos	<ul style="list-style-type: none">• Mediante el juego incentivamos al niño sentado en el piso a que se levante sin usar las manos, iniciamos primero con una pequeña ayuda a levantarse utilizando las manos, después que lo haga sosteniéndose de una mano.• Con la utilización de un globo intentamos desde la posición de sentado a que sostenga el globo e intente levantarse.	Espacio amplio Globos Tiza 2 palos pequeños	2 a 3 veces a la semana

		<ul style="list-style-type: none"> • Realizamos un círculo en el piso con tiza, ayudamos al niño sentarse en él cruzando los pies, pedimos que extienda los brazos y que trate de levantarse. • Sentado el niño con los pies cruzados, le entregamos dos palos pequeños y con nuestra ayuda tratamos que se levante sosteniéndose de los palos. 		
Motor grueso	Desarrollar el equilibrio estático y dinámico	<ul style="list-style-type: none"> • De pie demostrarle para alcanzar la pelota, después pedimos que él o la niña alcance poniendo los objetos a una altura considerable para que trate de alcanzarlos manteniendo el equilibrio estático. • Pedimos que nos imita en ponerse en puntas de pie frente al espejo. • Utilizando cinta masqui realizamos una línea recta pedimos que pase sobre ella con las manos extendidas sin desestabilizarse. Una variante que podemos hacer es realiza líneas en zigzag. • Con el niño formamos un paso con tablas, primero mostraremos como pasar sobre la tabla. Después invitamos al niño que lo haga, intentamos que camine de lado, y después hacia atrás. • Al ritmo de la canción enseñamos el caminado hacia atrás, utilizamos la canción de Alejo el cangrejo “Alejo el cangrejo salió a caminar, un paso adelante y dos hacia atrás, con roca y coraza protege su casa, un paso adelante y dos hacia atrás, dos pinzas tenaces se mueven audaces, un paso adelante y dos hacia atrás, sus ojos de acero miran el terreno, un paso adelante y dos hacia atrás, alejo el cangrejo vuelve a su lugar, un paso adelante y dos hacia atrás”. manteniendo el equilibrio dinámico. 	Tablas Espejo Cinta masqui Tablas Canción de Alejo el cangrejo.	2 a 3 veces a la semana

		<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar con la explicación del juego del baile de la estatua, cuando suena la música bailamos con el niño, detenemos la música y el niño tendrá que quedarse en la posición en la que estaba, aplicamos una regla en el juego, el niño tendrá que quedarse en un solo pie por segundo al parar la música. Manteniendo el equilibrio estático. 		
Motor grueso	Desarrollar que el niño lance y agarre una pelota.	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar mediante el juego a lanzar la pelota en diferentes direcciones. Pedimos que recojan las pelotas y que las guarden dentro de un cesto. • Frente al niño, con una distancia de 1 metro, pedimos que nos lance la pelota, y a la vez que agarre la pelota que lancemos. Aumentamos la distancia a 1.50 metro, considerando si alcanza a realizar la actividad anterior. • Colocamos baldes en el suelo a una distancia considerable. A una distancia de 1 metro realizamos un trazo para que no pase de la raya, indicamos para que lance la pelota en el balde. Para esto utilizaremos diferentes tamaños de pelotas. • En un juego grupal iniciamos con las indicaciones del juego. Los niños deberán lanzar las pelotas dentro de un cesto, deberán respetar el turno de cada niño. Colocamos a los niños uno frente al otro y pedimos que lancen la pelota al niño que está a su frente. En esta actividad los niños lanzaran y atraparan la pelota. 	Pelota grande, mediana, pequeña. 3 Baldes. Globos	2 a 3 veces a la semana

Actividades para la Motricidad Fina

Área	Objetivo	Actividad	Material	Aplicación
Motricidad Fina	Estimular la pinza digital y su coordinación motriz fina	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar al niño mullos de dos tamaños diferentes con hilos o cordones respectivos. Incentivamos para que pueda pasarlas por el cordón, después utilizamos un sorbete previamente cortados para que pueda pasar por el hilo y formar un collar con los mismos. • Utilizamos para la actividad un tablero u otro material con orificios pequeños para pasar un cordón. Pedimos al niño a que pase por cada orificio, logrando a que utilice su pinza y su coordinación viso motriz. • Para esta actividad utilizaremos una caja con tres orificios deferentes en las que serán ensartados los mullos o cuentas de diferente tamaño. Al niño le indicamos la actividad con un previo ejemplo, proporcionamos al niño los materiales. Pedimos que guarde primero los grande, luego los medianos y al último los pequeños. Variamos la actividad al entregarle diferentes cuentas. • Utilizamos para la actividad un tarro con un orificio en la tapa en la que se pueda introducir palos de helado. El niño tendrá que introducir una a una los palos de helado. También le proporcionamos una botella con un orificio pequeño en la tapa para poder introducir granos secos, con el objetivo de coordinación viso motriz, y su utilización de pinza digital. 	<p>Mullos o cuentas de tres tamaños</p> <p>Sorbetes cortados</p> <p>Cordones o hilos</p> <p>Caja con diferentes orificios</p> <p>Tarro con orificio</p> <p>Palos de helado</p>	2 a 3 veces a la semana
Motricidad Fina	Lograr que el niño copie línea horizontal, vertical y círculo.	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciamos con la estimulación de los dedos de la mano. Poner la hoja sobre la mesa y mezclar la pintura. Con el dedo índice dibujar líneas con color rojo y amarillo. Seguir variando con los otros dedos hasta que utilice todos los dedos. 	<p>Pintura de agua</p> <p>Hoja inen</p> <p>Agua</p> <p>Mesa</p> <p>Silla.</p>	2 a 3 veces a la semana

		<ul style="list-style-type: none"> • Con el niño sentado en la mesa procedemos a entregarle una hoja y crayones. A la iniciativa del niño pedimos que lo pinte con los crayones. Le proporcionamos otra hoja en esta pedimos que raye sobre ella en una sola dirección (vertical), pedimos que voltee la hoja y que raye en otra dirección. (horizontal). • Con el niño sentado en una mesa enseñamos a realizar trazos horizontales, con la utilización de una lámina, primero lo realizamos nosotros y después le entregamos otra lámina para que copie el trazo de la línea horizontal. El mismo proceso realizamos con el trazo de la línea vertical. Para esto utilizaremos láminas. • Presentamos la lámina de caracol y observamos con el niño. Socializamos con él, ¿alguna vezas visto un caracol? ¿Sabes en donde viven? ¿Qué comen? ¿Cómo se mueven? Incentivamos al niño que siga con el dedo índice sobre el espiral del caracol, empezando desde el centro hacia afuera, y luego que los haga con los ojos cerrados. Pedimos que en la hoja de papel boom dibuje un caracol con colores que se les proporcione. 	<p>Crayones Hojas de papel bon Lamina de un caracol Lápiz</p>	
Motricidad Fina	Lograr que el niño reconozca y dibuje una figura humana	<ul style="list-style-type: none"> • Entregamos al niño rompecabezas de tres y cuatro partes del cuerpo humano, incentivamos a que arme el primer rompecabezas y después le proporcionamos el otro. Al terminar la actividad repetimos las partes del cuerpo humano. • Proporcionar al niño una figura humana sueltas en partes. Esta actividad consiste en que el niño una las partes del cuerpo humano imitando al dibujo similar. Al realizar la actividad pedimos que nos siga nombrando las partes de cuerpo. 	<p>Rompecabezas de 3 y 4 partes del cuerpo humano. Figura humana sueltas en partes. Plantilla de cara con sus partes sueltas. Lamina de dibujo del cuerpo humano</p>	2 a 3 veces a la semana

		<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar al niño una plantilla de la cara humana con sus partes, esta actividad consiste en ubicar las partes de la cara en su lugar nombrando cada una de ellas. • Con el niño sentado en la mesa, proporcionar una dibujo del cuerpo humano y un lápiz, indicamos a que pase sobre ella el lápiz las veces que sea necesaria. • Entregar al niño una hoja con un lápiz pedimos que nos dibuje a su mama, papa o a sí mismo, dejamos a la iniciativa de él. 	Lápiz Hojas de papel bon	
--	--	--	-----------------------------	--

Actividades de Audición y Lenguaje				
Área	Objetivo	Actividad	Material	Aplicación
Lenguaje	Lograr que el niño diga su nombre completo	<ul style="list-style-type: none"> • En un juego grupal. Los niños sentados en un círculo, empezar a lanzar la pelota a un niño, al niño que le toque la pelota tendrá que decir su nombre. • El niño frente al espejo preguntar su nombre si no lo dice pronunciar cuidadosamente su nombre y mover la boca exagerando los movimientos para favorecer la articulación de los sonidos. • Mediante un dibujo de un niño/a solicitar al niño que pinte y durante la actividad decir al niño que se llama como el, repetir continuamente el nombre y preguntarle su nombre las veces que sea necesaria durante la actividad. • Después de las actividades anteriores para reforzar el objetivo repetir la actividad inicial. 	Espacio amplio Pelota. Espejo. Lamina de dibujo de niño/a Lápices de colores	2 a 3 veces a la semana
Lenguaje	Ampliar el vocabulario y su	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar al niño sentado cómodamente y presentarle un cuento. Narrar el cuento con diferentes tonalidades de 	Cuento corto.	

	uso de frase u oraciones completas	<p>voz dependiendo del guion. En cada página preguntar al niño que cosas ven en el cuento, si no lo hacen nombramos cada una de las cosas y pedir que las repita.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar un tablero con imágenes de diferentes elementos con sus respectivas tarjetas para formar una pareja (bingo de elementos familiares). Mostrar y pronunciar el elemento de la tarjeta y pedir al niño que observe la lámina e identifique en la ilustración. A medida que identifica una tarjeta, ponga esta sobre ella. • Solicitar al niño que tome los objetos proporcionados uno por uno, diciendo su nombre y para qué sirve y organizarlos de acuerdo con su uso. • Ubicar frente al niño y tomar las dos manos. Decir en voz alta la siguiente consigna: “juguemos a....., yo digo una frase y tú la continuas”. Realizamos esta actividad con otros juegos tradicionales como el aserrín, aserrán. 	<p>Bingo de diferentes elementos. Objetos diferentes (objetos de la cocina y objetos de construcción). Canastas. Talento humano.</p>	
Lenguaje	Lograr que el niño conozca conceptos como alto, bajo, grande, pequeño.	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar al niño tarjetas de conceptos de alto, bajo y grande, pequeño. El niño sentado cómodo en la mesa, enseñamos una por una las tarjetas p. e. j. (el niño alto y el niño bajo). De la misma forma con grande y pequeño. • Al niño sentado en la mesa proporcionar una lámina con dibujo de un árbol alto y uno bajo, le entregamos trozos de papel de dos colores diferentes. Pedimos que el árbol alto pique trozos de papel de color rojo y en el otro árbol trozos de color amarillo, cuando termine pedimos que nos identifique cual es alto y cual es bajo. • Proporcionar al niño una lámina de pelota grande y pequeño. Continuando con la actividad anterior indicar al niño que pinte a su gusto la pelota grande y peque trozos de papel en la pelota pequeña. 	<p>Tarjetas de concepto (ato-bajo y grande-pequeño). Lamina con dibujos (ato-bajo y grande-pequeño) Medio ambiente. Aula de trabajo.</p>	2 a 3 veces a la semana

		<ul style="list-style-type: none"> • En el medio ambiente pedir al niño que nos señale objetos altos y bajos. En el aula de trabajo pedimos que nos entregue objetos grandes y pequeños, estos serán separados en una canasta para luego diferenciarlos. 		
--	--	---	--	--

Actividades del Área Socio-afectiva				
Área	Objetivo	Actividad	Material	Aplicación
Social	Lograr que el niño diferencie entre niño y niña	<ul style="list-style-type: none"> • Le entregamos dos tableros con fichas de ropas, incentivamos para que el niño o niña ponga las prendas de vestir en su respectivo lugar, las ropas que correspondan a un niño y a la de una niña. • Esta actividad se realizara en grupo. En un papelote dibujar una niña y un niño, entregar papel crepe y hacer que las arrugue formando bolitas de papel. Hacer pasar uno por uno a los niños y que pequen en el dibujo que corresponda, si es niña pegara en el dibujo de la niña, para esto preguntar primero él o ella es niño o niña. • En grupo, hablar sobre diferentes partes del cuerpo y las diferencias entre niñas y niños, partiendo de láminas o dibujos alusivos al tema. Señalar las diferentes partes del cuerpo y comentar que se puede hacer con cada una de ellas. Observar en que son diferentes niños y niñas de la clase y realizar diferencias entre sexo, pelo ropa. • En grupo. Dibujar la silueta de un compañero compañera, proporcionamos tarjetas grandes de 	<p>Tableros con fichas de ropas. 4 Papelote. Láminas de dibujo de niño/a Tarjetas grandes de ropas y partes del cuerpo.</p>	2 a 3 veces a la semana

		ropas y detalles de niño y niña. Pedimos que pase un niño/a para poner lo correspondiente a su parte.		
Social	Lograr que el niño se pueda desvestirse y vestirse solo	<ul style="list-style-type: none"> • Con el niño parado pedir que se saque su saco o suéter, colocar en los colgaderos luego pedir que se coloque su mandil para empezar a trabajar. Esta actividad se realizara al inicio de las otras actividades. • En grupo. Los niños sentados en un círculo pedir que se saquen sus sacos o su suéter y poner en una canasta que estará situada en el medio del círculo, mesclar las ropas y pedir que pase uno a uno para que coja su ropa y que se ponga. Si no avanza, le ayudamos. • Proporcionar al niño un muñeco con ropas, incentivar para que el niño pueda desvestir al muñeco y luego pedir que lo vista con diferentes ropas que se facilite. Si no alcanza a realizar, le animamos y si es posible con ayuda para que lo logre. El muñeco debe tener un gorro, chompa, pantalones, faldas, medias. • Entregar al niño diferentes materiales como: tela con botones, cierres y pasadores. Practicar junto con el niño a abotonar y desabotonar, a cerrar y abrir un cierre, colocar por agujeros los cordones. 	Ropas. Mandiles Espacio amplio Muñeco con ropas.	2 a 3 veces a la semana
Social	Iniciar el aprendizaje de normas sociales y de convivencia	<ul style="list-style-type: none"> • Entregar un juguete al niño y describir alguna de sus cualidades. Dejar que juegue con él. Tomar otro juguete y mostrarle. Si él lo pide, demorar unos segundos en entregárselo, y antes de hacerlo llegar a un acuerdo: intercambiamos momentáneamente. • En grupo. Los niños se sientan en un círculo, en grupos de 3 hasta 5 grupos. Decir “este juguete es 	Juguetes favoritos. Espacio amplio Juguetes de la tienda. Canción: “te quiero a ti y tu a mí”.	2 a 3 veces a la semana

		<p>para David, por favor; pásenlo (a través del círculo) hasta que llegue a él.” Para recibirlo, cada niño deberá decir “dame el juguete para David”, y una vez recibido, deberá decir “Gracias”. Una vez que el juguete llega a su destino todos los niños podrán aplaudir.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Invitamos al niño a jugar a la tienda. Pedimos que organice las cosas de acuerdo a su categoría. Promovemos a que el niño aporte ideas e iniciativas para arreglar como una tienda. Para utilizar dinero utilizaremos pedazos de papel como billetes y monedas. En el juego intercambiaremos roles de comprador y vendedor. • Invitamos al niño a cantar una canción: “te quiero a ti y tu a mí”. Cogemos un muñeco y junto a él empezamos a cantar la canción, y después la cantamos frente a frente y mirándolo a los ojos y acompañamos la letra con mímica y un abrazo final. 		
--	--	---	--	--

Anexos 2 Autorización del Ministerio de Inclusión Económica y Social

Pelileo, 22 de diciembre del 2017

Doctor.

José Gómez

COORDINADOR DE LA OFICINA DISTRITAL PATATE- PELILEO MIES

Presente.-

De mi consideracion.

Yo **Maribel Ernestina Jerez Moreta**, con C.I. 1804600979, estudiante de la **Universidad Técnica de Ambato**, Facultad de Ciencias de la Salud, carrera de Estimulación Temprana, comparezco en debida forma ante su autoridad, debo manifestarle que mi persona se encuentra realizando el Proyecto de Investigación Titulado **“La Estimulación Temprana en el Desarrollo Psicomotriz de los niños de 2 a 3 años con Anemia de la Parroquia Salasaka”**, el mismo que requiere de su autorización para que proceda a vincularme con los niños de los CIBV de la parroquia Salasaka, y por ende requiero que se me extienda la nómina de niños con anemia, debo indicar que esa información proporcionada por usted será muy útil para la elaboración de mi Proyecto de Investigación.

Adjunto al presente solicitud el perfil del proyecto de investigación.

Por la favorable atención, mis más sincero agradecimientos.

Atentamente:



Maribel Ernestina Jerez Moreta
C.I. 1804600979



Recibido
Pd
22-12-2017
8:00h

Anexo 3 Consentimiento Informado

Código 2017-061E



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito
El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación:

" APLICACIÓN DE UN PROGRAMA NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS DE LA COMUNIDAD DE SALASAKA Y SU EVOLUCIÓN EN EL ÁREA PSICOMOTRIZ."

Organización del investigador *Universidad Técnica de Ambato*

Nombre del investigador principal *Lcda. Kattyta Patricia Hidalgo Morales Mg.*

Datos de localización del investigador principal *032823069 – 0998918928 –*

kattypatricia1@hotmail.com

Co-investigadores *Lcda. Rosario Celeste Barrazueta Gómez Mg.*

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Introducción

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no.

Usted ha sido invitado a participar en un investigación sobre la " APLICACIÓN DE UN PROGRAMA NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS DE LA COMUNIDAD DE SALASAKA Y SU EVOLUCIÓN EN EL ÁREA PSICOMOTRIZ." en el cual usted recibirá educación Nutricional encaminado a mejorar la alimentación y la salud de su niño y se realizará la evaluación del estado nutricional y desarrollo de su hijo/a antes y después del programa educativo.

Usted es considerada dentro del grupo participante en la investigación por ser la madre de un niño/a de 2 a 5 años de la Comunidad de Salasaka.

Propósito del estudio

Implementar un programa de educación nutricional a las madres y determinar la relación del estado nutricional y el desarrollo psicomotriz de los niños/as de 2 a 5 años.

Descripción de los procedimientos

A su hijo le tomaremos el peso, talla, edad, contornos de cabeza y brazo para evaluar su crecimiento. Además se observará el progreso de su hijo/a, mediante una serie de preguntas y ejercicios que tendrá una duración de 1 hora y media.

Además para revisión de la salud de su hijo le tomaremos la muestra de deposición y de sangre con una duración de media hora.

Usted recibirá talleres, charlas, demostraciones con una duración de 10 meses para enseñarle como debe ser la alimentación de su hijo.

Para finalizar se repetirán la toma de información de los mismos datos tomados inicialmente con la misma

duración.

Riesgos y beneficios

Tomando en cuenta que todo método investigativo lleva algún riesgo en este caso será mínimo, al momento de tomar las muestras de sangre para el estudio tales como moretones, ronchas en el área de la inyección que será manejado por los responsables del equipo médico, al igual que al momento de la valoración de su niño/a podría existir el riesgo de golpes o caídas para lo cual se usará colchonetas como apoyo.

Tomando en cuenta que durante los 5 primeros años de vida se permite acumular las habilidades y actitudes de manera eficaz. Podremos mejorar el estado nutricional de su niño/a y aplicar un Plan de alimentación que cubra los requerimientos nutricionales de su hijo/a pero usando la producción agrícola y animal de su sector de vivienda.

Confidencialidad de los datos

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador tendrán acceso.
- 2) Si se toman muestras de su hijo estas muestras serán utilizadas solo para esta investigación y destruidas tan pronto termine el estudio
- 3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuanto a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decirselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono -009018928 que pertenece a la Lcda. Kattyta Hidalgo Mg. Investigadora principal o envíe un correo electrónico a kp.hidalgo@uta.edu.ec

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Consentimiento informado	
Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.	
Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Firma del investigador Lcda. Mg. Kattyta Patricia Hidalgo Morales	Fecha

Anexo 4 Escala Abreviada de Nelson Ortiz

FORMULARIO DE DESARROLLO INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS (0 A 5 AÑOS)
(Instrumento de medida psico-socio-afectivo: EAD-Nelson Ortiz)

Niño, Niña o Adolescente

Nombres y Apellidos: _____
 Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad en meses: _____
 Día mes año _____ Peso (kg) _____

Persona que llenó el formulario

Nombre: _____ Fecha: _____
 Cargo Función: _____
 Firma: _____

Edad Meses	Item	A Motricidad Gruesa	Puntaje	B Motricidad Fina Adaptativa	Puntaje	C Audición y Lenguaje	Puntaje	D Personal Social	Puntaje
0-1	0	Palatea vigorosamente		Con la vista sigue el movimiento horizontal y vertical del objeto.		Se sobresalta cuando oye ruidos		Sigue con la mirada los movimientos de la cara	
1 a 3	1	Cuando está en posición boca abajo, levanta la cabeza		Abre las manos y las mira.		Bucea los sonidos con la mirada		Reconoce a la madre	
	2	Cuando está boca abajo, levanta la cabeza y el pecho		Sostiene un objeto con la mano.		Pronuncia dos sonidos guturales diferentes		Sonríe al acariciarlo	
	3	Sostiene la cabeza cuando se le toma de los brazos y se lo levanta.		Se lleva un objeto a la boca		Balbucea con las personas		Se voltea cuando se le habla	
4 a 6	4	Cuando está sentado, mantiene el control de la cabeza.		Agarra objetos voluntariamente.		Pronuncia 4 o más sonidos diferentes.		Agarra las manos del examinador	
	5	Se voltea de un lado a otro.		Sostiene un objeto en cada mano		Ríe a carcajadas		Acepta y juega con juguetes	
7 a 9	6	Intenta sentarse solo.		Pasa un objeto de una mano a otra		Reconoce cuándo es lo llaman		Pone atención a la conversación	
	7	Se sostiene sentado con ayuda.		Manipula varios objetos a la vez		Pronuncia 3 o más sílabas		Ayuda a sostener la taza para beber	
	8	Se arrasa en posición boca abajo.		Agarra un objeto pequeño con los dedos		Hace sonar el chineco		Reacciona frente a su imagen en el espejo	
10 a 12	9	Se sienta por sí solo		Agarra un cubo los dedos pulgar e índice		Pronuncia claramente una palabra		Imita los aplausos	
	10	Gata		Meta y saca objetos de una caja		Niega con la cabeza		Entrega un objeto al examinador	
	11	Se agarra y se pone de pie.		Agarra un tercer objeto sin soltar otros		Llama a la madre o acompañante		Pide un objeto u objeto	
	12	Se para solo sin ayuda.		Bucea objetos secundarios		Entiende una orden sencilla		Bebe en taza solo	
13 a 18	13	Da pisitos solo		Hace una torre de tres cubos		Reconoce 3 objetos		Señala una prenda de vestir	
	14	Camina solito.		Pasa hojas de un libro		Combina 3 palabras		Señala 2 partes del cuerpo	
	15	Corre		Espera que salga la pelota		Reconoce 8 objetos		Avisa para ir al baño	
19 a 24	16	Paltea la pelota.		Tapa una caja de manera correcta		Nombra 5 objetos		Señala 5 partes del cuerpo	
	17	Lanza la pelota con las manos.		Hace garabatos		Una frase de 3 palabras		Trata de contar experiencias	
	18	Salta en dos pies.		Hace torres de 5 o más cubos		Dice más de 20 palabras claras		Durante el día tiene control de la orina	
25 a 36	19	Se para de punta en ambos pies.		Encierte 6 o más cuantas		Dice su nombre completo		Diferencia hombre y mujer	
	20	Se levanta sin usar las manos.		Copia línea horizontal y vertical		Conoce alto, bajo, grande, pequeño		Dice el nombre de su mamá y de su papá	
37 a 46	21	Camina hacia atrás.		Separa objetos grandes y pequeños		Usa oraciones completas		Se lava solito las manos y la cara	
	22	Camina en puntas de pies.		Dibuja figura humana de 3 partes		Conoce para que sirven 5 objetos		Puede desvestirse solo	
	23	Se para solo en un solo pie.		Corta el papel con las tijeras		Repite 3 números		Comparte juegos con otros niños	
	24	Lanza y agarra la pelota.		Copia cuadrado y círculo		Describe bien un dibujo		Tiene amigo(s) especial(es)	
49 a 60	25	Camina en línea recta.		Dibuja figura humana de 5 partes o más		Cuenta los dedos de la mano		Puede vestirse y desvestirse solo	
	26	Salta tres o más pasos en un pie.		Agrupar objetos por color y forma		Distingue adelante, atrás, arriba, abajo		Sabe cuantos años tiene	
	27	Hace rebotar la pelota y la agarra.		Dibuja imitando una escalera		Reconoce o nombra 4 o 5 colores		Organiza juegos	
61 a 72	28	Con los pies juntos salta una cuerda de 25cm. de altura.		Agrupar objetos por color, forma y tamaño		Expresa opiniones		Hace mandados	
	29	Camina saltando y alternando los pies.		Reconstruye torres de 10 cubos		Conoce izquierda y derecha		Conoce el nombre de la calle, barrio, pueblo de residencia	
	30	Salta desde 60cm de altura.		Dibuja una casa		Conoce en orden los días de la semana		Habla de su familia	
Puntaje		Sumatoria "A" MOTRICIDAD GRUESA		Sumatoria "B" MOTRICIDAD FINA ADAPTIVA		Sumatoria "C" AUDICIÓN Y LENGUAJE		Sumatoria "D" PERSONAL SOCIAL	

**Anexo 5: Fotos
Evaluaciones**

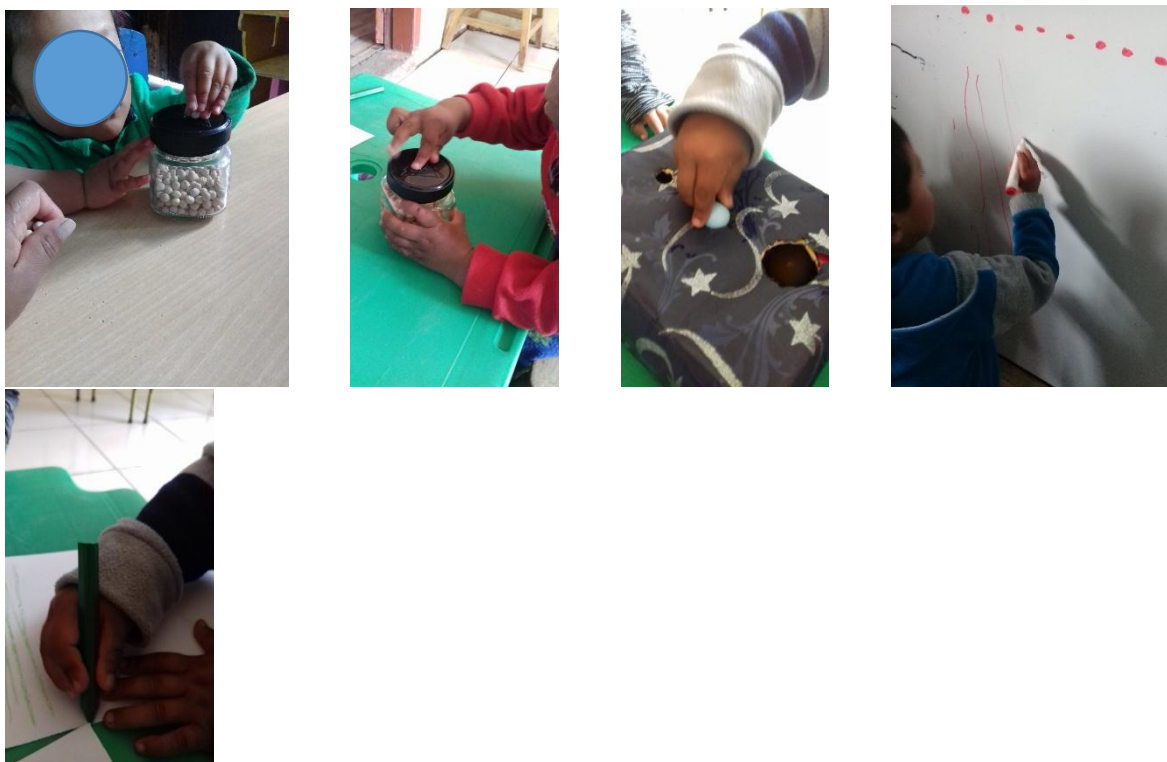


Intervención con el plan de estimulación temprana

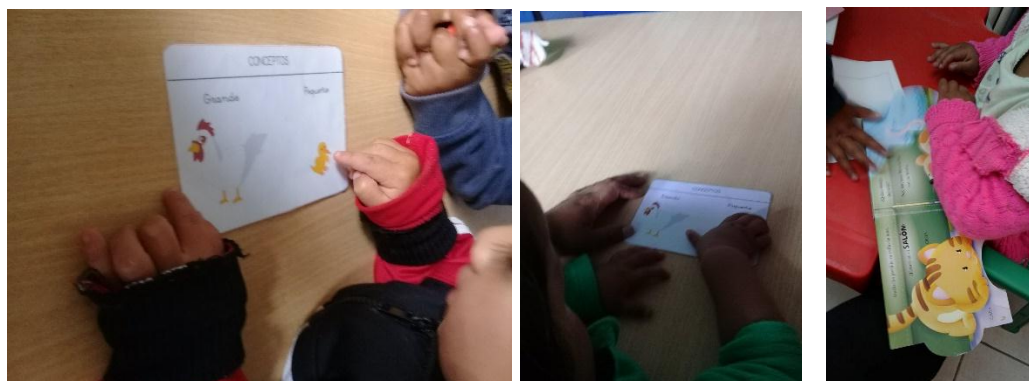
Motricidad gruesa



Motricidad fina



Lenguaje



Personal Social

