



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

**INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:**

**“LOS TIPOS DE PARTO Y SU RELACIÓN EN EL DESARROLLO MOTOR GRUESO DE NIÑOS DE 0-1 AÑO DE EDAD EN EL HOSPITAL DOCENTE REGIONAL AMBATO”**

Requisito previo para optar por el Título de Licenciada en Estimulación Temprana

Autora: Velástegui Parra, Andrea Carolina

Tutora: Lic. Mg. Troya Ortiz, Elsa Verónica

Ambato – Ecuador

Febrero 2016

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En calidad de Tutora del Proyecto de Investigación sobre el Tema: **“LOS TIPOS DE PARTO Y SU RELACIÓN EN EL DESARROLLO MOTOR GRUESO DE NIÑOS DE 0-1 AÑO DE EDAD EN EL HOSPITAL DOCENTE REGIONAL AMBATO”**, de Andrea Carolina Velástegui Parra, estudiante de la Carrera de Estimulación Temprana considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para que sea sometida a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Noviembre 2015.

LA TUTORA

---

Lic. Mg. Troya Ortiz, Elsa Verónica

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en este Proyecto de Investigación **“LOS TIPOS DE PARTO Y SU RELACIÓN EN EL DESARROLLO MOTOR GRUESO DE NIÑOS DE 0-1 AÑO DE EDAD EN EL HOSPITAL DOCENTE REGIONAL AMBATO”**, así como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y plan de intervención son de exclusiva responsabilidad de mi persona como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Noviembre 2015.

LA AUTORA

---

Velástegui Parra, Andrea Carolina

## **DERECHOS DE AUTOR**

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

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Proyecto, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este Proyecto, 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, Noviembre 2015.

LA AUTORA

---

Velástegui Parra, Andrea Carolina

## **APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR**

Los Miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación sobre el Tema **“LOS TIPOS DE PARTO Y SU RELACIÓN EN EL DESARROLLO MOTOR GRUESO DE NIÑOS DE 0-1 AÑO DE EDAD EN EL HOSPITAL DOCENTE REGIONAL AMBATO”**, de Andrea Carolina Velástegui Parra estudiante de la Carrera de Estimulación Temprana.

Ambato, Febrero 2016.

Para constancia firman

---

PRESIDENTE / A

---

1er VOCAL

---

2da VOCAL

## DEDICATORIA

*EL presente trabajo de investigación se lo dedico en primero lugar a Dios, por haberme permitido realizarlo, por darme sabiduría para poder culminar esta etapa de mi vida y poder seguir cumpliendo con mis sueños propuestos.*

*A mis padres Zoila y Marco, quienes han sido un pilar fundamental ya que me han apoyado incondicionalmente con su amor y dedicación para poder culminar con mis estudios y seguir guiándome en todo momento de mi vida*

*A mi hermano Mauricio por su apoyo y cariño que me brinda; por que ha sido un ejemplo a seguir a pesar de los obstáculos que se le han presentado ha podido cumplir con sus sueños.*

Andrea Velástegui.

## AGRADECIMIENTO

*Agradezco primeramente a Dios por haberme dado la vida, por darme la bendición de haber culminado con mi carrera y por permitirme compartir este momento con las personas que más quiero.*

*A mi familia por guiarme, comprenderme y estar siempre apoyándome en todas las decisiones que tomo en mi vida y así me han impulsado para seguir adelante.*

*A mi Tutora Licenciada Mg. Verónica Troya quien dedicó su tiempo, conocimientos además de paciencia y guiarme en el proceso de mi trabajo de investigación y lograr culminar con éxito.*

*A mis maestros por brindarme todos los conocimientos aprendidos durante mis años de estudio.*

Andrea Velástegui.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

### PÁGINAS PRELIMINARES

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO .....	iii
DERECHOS DE AUTOR .....	iv
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR .....	v
DEDICATORIA .....	vi
AGRADECIMIENTO .....	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	viii
RESUMEN.....	xiii
SUMMARY .....	xiv
INTRODUCCIÓN .....	1

### CAPÍTULO I

EL PROBLEMA.....	2
1.1 TEMA:.....	2
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	2
1.2.1 Contexto.....	2
1.2.2 Formulación del problema.....	4
1.3 JUSTIFICACIÓN .....	4
1.4 OBJETIVOS .....	5
1.4.1 Objetivo General.....	5
1.4.2 Objetivos Específicos .....	5



## **CAPÍTULO II**

MARCO TEÓRICO.....	6
2.1 ESTADO DEL ARTE.....	6
2.2 FUNDAMENTO TEÓRICO .....	8
2.2.1. PARTO .....	8
2.2.1.1 TIPOS DE PARTO.....	9
2.2.2. DESARROLLO MOTOR.....	14
2.2.2.1 DESARROLLO MOTOR GRUESO.....	19
2.3 HIPÓTESIS Ó SUPUESTOS .....	21

## **CAPÍTULO III**

MARCO METODOLÓGICO.....	22
3.1. NIVEL Y TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	22
3.2 SELECCIÓN DEL ÁREA O ÁMBITO DE ESTUDIO.....	22
3.3 POBLACIÓN.....	22
3.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN .....	23
3.3.2. Diseño Muestral.....	23
3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	24
3.4.1 Variable Independiente:.....	24
3.4.2 Variable Dependiente .....	25
3.5. DESCRIPCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	26
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	27

## **CAPÍTULO IV**

RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	28
4.1 EVALUACIÓN A LOS NIÑOS POR MEDIO DE LA ESCALA NELSON ÓRTIZ .....	28
4.1.1 EVALUACIÓN A LOS NIÑOS QUE NACIERON POR PARTO NORMAL .....	28
4.1.2 EVALUACIÓN A LOS NIÑOS QUE NACIERON POR PARTO CESÁREA .....	30
4.2 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LAS MADRES DE FAMILIA .....	32
4.3 COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS .....	37
4.4 CONCLUSIONES .....	39
4.5 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	41
<b>ANEXOS .....</b>	<b>45</b>
ANEXO NO. 1 .....	46
AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN .....	46
ANEXO NO.2 .....	47
CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	47
ANEXO NO.3 .....	48
ENCUESTA DIRIGIDA A MADRES DE FAMILIA .....	48
ANEXO NO. 4 .....	50
ESCALA DE EVALUACIÓN DE NELSON ORTIZ .....	50
ANEXO NO. 5 .....	52
FOTOS DE LA ENCUESTA A LAS MADRES DE FAMILIA .....	52
ANEXO NO.6 .....	53
FOTOS DE LAS EVALUACIONES A LOS NIÑOS .....	53

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1:</b> Diseño Muestral.....	23
<b>Tabla 2:</b> Variable Independiente .....	24
<b>Tabla 3:</b> Variable Independiente .....	25
<b>Tabla 4:</b> Resultados Generales (Parto Normal).....	28
<b>Tabla 5:</b> Resultado Generales (Cesárea) .....	30
<b>Tabla 6:</b> Comparación del desarrollo motor grueso.....	38
<b>Tabla 7:</b> Resultado según la t-sudent .....	38

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1:</b> Resumen General Parto Normal .....	28
<b>Gráfico 2:</b> Resumen General Parto por Cesárea .....	30
<b>Gráfico 3:</b> ¿Es madre por primera vez? .....	32
<b>Gráfico 4:</b> ¿El parto que se realizó fue?.....	33
<b>Gráfico 5:</b> ¿Dónde fue asistida? .....	34
<b>Gráfico 6:</b> ¿Por qué motivo se realizó la cesárea? .....	35
<b>Gráfico 7:</b> ¿Considera usted que es mejor tener un parto normal o parto por cesárea?..	36

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

**“LOS TIPOS DE PARTO Y SU RELACIÓN EN EL DESARROLLO MOTOR GRUESO DE NIÑOS DE 0-1 AÑO EN EL HOSPITAL DOCENTE REGIONAL AMBATO”**

**Autora:** Velástegui, Parra Andrea Carolina

**Tutora:** Lic. Mg. Troya Ortiz, Elsa Verónica

**Fecha:** Ambato, Noviembre 2015

**RESUMEN**

El presente Proyecto de Investigación se desarrolla sobre el tema “Los tipos de parto y su relación en el desarrollo motor grueso de niños de 0-1 año de edad en el Hospital Docente Regional Ambato”; el mismo que tuvo como objetivo general determinar la relación entre los tipos de parto y el desarrollo motor grueso de niños de 0-1 año, y como objetivos específicos: analizar qué tipos de parto se dan con mayor frecuencia en el Hospital Docente Regional Ambato, evaluar el desarrollo motor grueso de niños de 0-1 año y relacionar el tipo de parto con el desarrollo motor grueso en niños de 0-1 año. Para verificar la hipótesis se utilizó la herramienta: encuesta (la misma que fue aplicada a las madres de familia que asisten a la institución), la escala de Nelson Ortiz (aplicados a los niños para observar el desarrollo motor grueso con el propósito de cumplir con el objetivo planteado); además se tuvo en cuenta las técnicas de: observación y escucha empática. Se concluyó que la hipótesis no se cumple puesto que se evidencia rangos obtenidos mayores de 0.05 según los datos estadísticos de la t-student. Permitiendo comprobar que sin importar el tipo de parto no incide en el desarrollo de la motricidad gruesa del niño.

**PALABRAS CLAVES:**

PARTO, MOTOR\_GRUESO, NIÑOS, MADRES, ENCUESTA

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO  
FACULTY OF HEALTH SCIENCES  
PACING EARLY CAREER

**"BIRTH RATE AND ITS RELATIONSHIP IN GROSS MOTOR  
DEVELOPMENT OF CHILDREN 0-1 YEAR IN TEACHING HOSPITAL  
REGIONAL AMBATO"**

**Author:** Velástegui, Andrea Parra Carolina

**Tutor:** Mr. Mg. Troy Ortiz, Elsa Veronica

**Date:** Ambato, November 2015

**SUMMARY**

This research project is developed on "The types of labor and its relationship to the gross motor development of children 0-1 years of age in Ambato Regional Teaching Hospital"; the same overall objective was to determine the relationship between birth rates and large motor development children 0-1 years, and as specific objectives: to analyze what types of delivery occur more frequently in Ambato Regional Teaching Hospital, evaluate the gross motor development of children 0-1 years and relate the type of delivery with gross motor development in children aged 0-1 years.

Survey (same as was applied to the mothers attending the institution), the scale of Nelson Ortiz (applied to children to observe gross motor development in order to comply with: the tool was used to test the hypothesis the goal set); also it took into account techniques: observation and empathic listening. It was concluded that the hypothesis is not met since higher ranges of 0.05 was obtained evidence according to the statistics of the t-student. Allowing sure that no matter what kind of birth does not affect the development of gross motor skills of the child.

**KEYWORDS:**

CHILDBIRTH, GROSS \_ MOTOR, CHILDREN, MOTHERS, QUIZ

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación hace referencia al tema: “Los tipos de parto y su relación en el desarrollo motor grueso de niños de 0-1 año de edad en el Hospital Docente Regional Ambato”, pretendo conocer si el tipo de parto influye en el desarrollo de la motricidad gruesa en niños de 0-1 año de edad y así prevenir futuras alteración en el desarrollo del infante.

El presente trabajo se encuentra estructurado de la siguiente manera:

En el capítulo I, se da a conocer el tema, se plantea el problema en su contexto macro, meso y micro, se detalla también la justificación y los objetivos.

En capítulo II, se detalla el marco teórico, se fundamenta el estado del arte, así como el fundamento teórico de las variables de este estudio estructurado con los siguientes temas: parto, tipos de parto, desarrollo motor, desarrollo motor grueso y por último se detalla la hipótesis.

En capítulo III, se estructura el marco metodológico utilizada en el proceso investigativo, en el cual se señala, el nivel y tipo de investigación, el ámbito de estudio; además se detalla la población, que está constituida por los criterios de inclusión, exclusión y el diseño muestral, se detalla también la operacionalización de variables y métodos de recolección de la información.

Por último en el capítulo IV, se indica los resultados y discusión, en el cual se plantea los métodos de recolección, mediante el test de Nelson Ortiz y se detalla las conclusiones que se consiguió con este proyecto de investigación.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1 TEMA:**

Los Tipos de Parto y su Relación en el Desarrollo Motor Grueso de niños de 0-1 año de edad en el Hospital Docente Regional Ambato.

### **1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.2.1 Contexto**

En 1985, la Organización Mundial de la Salud declaró que no había justificación para que las tasas de cesáreas (porcentaje de partos por cesáreas entre el número total de nacidos vivos) fueran mayores de 10–15%, independientemente de la región. Dos décadas después, sin embargo, el valor óptimo de la tasa de cesáreas continúa siendo controversial, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. La tasa estimada de cesáreas en el mundo fue de 15%. La tasa promedio en África fue de 3,5%, con valores máximos en Sudáfrica (15,4%), Egipto (11,4%) y Túnez (8,0%). El promedio en Asia fue de 15,9%, con las mayores tasas nacionales en China (40,5%), Hong Kong (27,4%) y Líbano (23,3%). Nepal y Camboya presentaron las menores tasas (1,0%). En Europa, la tasa promedio de cesáreas fue de 19,0% y los valores máximos se observaron en Italia (36,0%) y Portugal (30,2%), mientras que los más bajos fueron en Serbia y Montenegro (8,0%) y Moldova (6,2%).<sup>(1)</sup>

Según Betran (2007) manifiesta que las tasas de cesáreas en América Latina y el Caribe fueron superiores a las de otros países en desarrollo, pero menores que la de los países desarrollados en conjunto. La tasa media fue de 29,2%, con los valores menores en Haití



(1,7%) y Honduras (7,9%) y los mayores en México (39,1%), Brasil (36,7%), República Dominicana (31,3%) y Chile (30,7%).<sup>(2)</sup>

En Ecuador según estudios realizados por la encuesta Nacional de Salud y Nutrición en el 2012 la cesárea ha ido aumentando de un 25,8% a 41,2%. La ENDEMAIN (2004) es una encuesta periódica que realiza el CEPAR, (Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social), ésta manifiesta que, la proporción de partos por cesárea en establecimientos de salud es del 34,5 %, es casi 10 puntos porcentuales mayores al promedio total de esa intervención (25,8 %). Las tasas más altas se encuentran en los establecimientos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) (50,0 %), en las clínicas, hospitales y médicos privados (49, %), en el Patronato San José (40,2 %) y en la Junta de Beneficencia (35,5 %).<sup>(3)</sup>

En el Ecuador, la tasa general de cesáreas informada es de 17,1 % (periodo 1989 a 1994), del 19,9 % (periodo 1994 a 1999) y se eleva al 25.8 % (en el periodo 1999 a 2004). Las cesáreas son más frecuentes en el área urbana (34,0 %), el caso de la Maternidad Isidro Ayora (Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora) es representativo de los servicios públicos, aquí la tasa de cesáreas actualmente es del 33 %, mientras en las zonas rurales es del 16,1%.<sup>(3)</sup>

Según Cubero las tasas más altas se encuentran en las provincias de Manabí en un 38,3%, Los Ríos en 35,6%, Guayas 34,4% y El Oro en 38,4 respectivamente, mientras que las más bajas están en las provincias de Bolívar y Esmeraldas. Por lo anteriormente expuesto, es necesario recalcar el aumento de intervenciones quirúrgicas y obstétricas y la necesidad de estudiar e investigar, si la ansiedad materna ya que es un factor importante que influye de forma marcada en el desarrollo del parto de madres primigestas, ya que puede este repercutir de formas diferentes a la hora de parto.<sup>(4)</sup>

Las intervenciones quirúrgicas han aumentado en la última década en Ecuador y Latinoamérica y hoy las cesáreas desplazan al parto por vía vaginal. En la maternidad Enrique C. Sotomayor, la más grande de Guayaquil y donde llegan gestantes del país, el 59% de los partos que se atienden se hacen por cirugía. Así lo reflejan sus estadísticas

del primer semestre del 2005, que registran 6.790 partos normales y 10.080 cirugías. La situación fue similar el 2004 en esta casa asistencial. De los 32.486 partos registrados, 13.780 se dieron por vía vaginal y 18.706 por cesárea, 4.000 más que en el 2003. Ese año se asistieron 14.587 cesáreas y 16.603 partos naturales. <sup>(4)</sup>

En la ciudad de Ambato en el Hospital Regional Docente Ambato según datos estadísticos realizados en el 2014, se pudo observar que el total de partos realizados en la institución es de 3243 partos en todos el año, de los cuales se los divide en partos normales a 1662, partos complicados 77 y partos por cesárea 1504, la mayoría de partos realizados son los partos normales con el 51,2%., después se encuentra los partos por cesárea con el 46,4% y por último tenemos los partos complicados con el 2.4%. <sup>(5)</sup>

### **1.2.2 Formulación del problema**

¿Cuál es la relación entre los tipos de parto y el desarrollo motor grueso de niños de 0-1 año?

### **1.3 JUSTIFICACIÓN**

Es importante el tema de investigación porque ayudará a identificar si los tipos de parto se relacionan con el desarrollo motor grueso de los niños de 0 a 1 año de edad, logrando optar por prevenir alteraciones en el desarrollo psicomotor de los infantes, además de ser una investigación factible ya que se cuenta con los pacientes, el material bibliográfico e instrumentos necesarios para desarrollar el proyecto, brindando la confiabilidad suficiente en las evaluaciones realizadas a los niños.

Esta investigación es muy original porque no se han realizados estudios sobre los tipos de parto y su relación en el desarrollo motor grueso de niños de 0 a 1 año de edad además de ser de carácter científico y práctico.

Los beneficiarios con este proyecto de investigación serán principalmente los niños, para prevenir futuras alteraciones en su desarrollo motor grueso y así alcanzar un óptimo progreso acorde a la edad del infante.

## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1 Objetivo General**

Determinar cuál es la relación entre los tipos de parto y el desarrollo motor grueso de niños de 0-1 año

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- Analizar qué tipos de parto se dan con mayor frecuencia en el Hospital Regional Ambato.
- Evaluar el desarrollo motor grueso de niños de 0-1 año.
- Relacionar el tipo de parto con el desarrollo motor grueso en niños de 0-1 año del Hospital Docente Regional Ambato.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 ESTADO DEL ARTE**

En el artículo científico llamado Desarrollo psicomotor al año de edad en niños con antecedentes de asfixia al nacer se han realizado estudios a neonatos nacidos por medio de cesárea los cuales han sufrido asfixia durante el parto, se determinó que los niños presentaron alteración en el desarrollo psicomotor el cual 55,6 % de los pacientes evidenciaron algún tipo de alteración, distribuidas de la siguiente manera: 16,7 % presentaban retardo psicomotor ligero, el 27,8 %, retardo moderado y el 11,1 %, severo lo que se observa un alto índice de un retraso moderado en la mayoría de los niños además de estas alteraciones fueran presentadas en niños del sexo masculino. Según Little a mediados del siglo XIX, los autores que han señalado la asfixia como la causa que, al actuar en el cerebro del feto y el recién nacido, puede originar lesiones orgánicas que condicionarán posteriormente la aparición de retraso psicomotor. <sup>(6)</sup>

Otras investigaciones afirman que madres cuyo parto ha sido por cesárea puede producir depresión post-parto y está ocasionará en el niño un leve retraso motor ya que algunos estudios señalan que la falta de apego o patrones de interacción negativos madre-hijo, durante la etapa temprana de formación de vínculos, impactan el desarrollo futuro del niño, aun cuando la depresión de la madre haya finalizado esto se da porque se separa al infante durante una hora después del parto, es aquí donde se puede tener una relación madre e hijo. Además, a los 18 meses estos niños presentan peor desempeño en la escala de evaluación de desarrollo psicomotor de Bayley. <sup>(7)</sup>

Según Olza, señaló que las madres que daban a luz por cesárea urgente presentaban niveles más bajos de oxitócica y prolactina en el las primeras 48 horas del postparto. Otros autores también han concluido que las madres que dan a luz por cesárea presentan un riesgo tres veces mayor de abandonar la lactancia en el primer mes. Sin embargo las diferencias en la duración de la lactancia entre las madres que han dado a luz vaginalmente y las que lo han hecho por cesárea desaparecen después del primer mes, por este motivo los niños que no reciben lactancia materna desde su nacimiento presentaban problemas psicomotores por la falta de alimentación adecuada al niño. <sup>(8)</sup>

Corominas indica que el bebé que nace mediante un parto natural o también conocido como parto vaginal recorre el canal de parto siendo sometido a un intenso masaje que tiene varios efectos: Ayuda a vaciar el líquido amniótico de los pulmones y vías respiratorias del bebé con lo que se previenen problemas respiratorios futuros (asma, bronquitis, entre otros). Evita la necesidad de aspirar secreciones cuando el bebé nace, práctica que es muy agresiva para el niño y estresante, por éste motivo es un efecto secundario más de la cesárea, debido a que los bebés no se contaminan de la bacterias de su madre, lo que si sucede en un parto vaginal; por lo tanto los niños que nacen por parto cesárea se contaminan de otras bacterias del entorno por este motivo el riesgo de padecer alergias futuras es mayor. Además los niños que tiene un parto normal tiene mejores riesgo de sufrir algún retraso en el desarrollo motor de los niños. <sup>(9)</sup>

Gary Huffnagle señala en sus investigaciones que los nacidos naturalmente además de tener un bajos porcentaje de retraso psicomotor poseen mayoritariamente Lactobacilos, provenientes de la vagina de la madre, que ayudan en la digestión de la leche, además de toda una mezcla de bacterias muy específica de cada madre. Los nacidos por cesárea, por el contrario, son colonizados inicialmente por un conjunto de bacterias genéricas y potencialmente perjudiciales, como Staphylococcus y Acinetobacter, típicas de la piel de la madre y también corrientes en los hospitales. <sup>(10)</sup>

Para Guantes se han realizado investigaciones afirmando que durante la cesárea se puede presentar asfixia del recién nacido que es la dificultad para la llegada de oxígeno al organismo del mismo ya sea durante o después del nacimiento presentando cianosis en

el niño lo que provoca que el cerebro se vea alterado por la carencia de oxígeno provocando así alteraciones en el desarrollo psicomotor del niño. <sup>(11)</sup>

Según Aguilar <sup>(12)</sup> observo que del 100% corresponde a 30 niños de 4 años que su nacimiento fue por cesárea, el 63.3% poseen un desarrollo psicomotor normal, el 30% en riesgo y el 6.7% en retraso. De la misma manera con 30 infantes de 4 años que nacieron por parto normal, el 56.7% presenta desarrollo psicomotor normal, 33.3% en riesgo y 10% en retraso. Según estas investigaciones realizadas a niños de 4 años se puede observar que no se evidencia diferencias estadísticas significativas en el desarrollo psicomotor de los niños nacidos por parto cesárea y parto normal.

Según Olza en su trabajo sobre las secuelas cerebrales nos dice que en los tipos de parto, el más común que se está realizando es la cesárea, en el cual sucede que procedimiento del parto probablemente sea crítico para todo el desarrollo cerebral, y así evitar el trabajo de parto normal mediante la cesárea programada, por ende se puede observar secuelas en la atención, memoria y estrés de por vida , además de todas las otras secuelas inmediatas que son bastante conocidas como también un retraso moderado en el desarrollo psicomotor del niño. <sup>(13)</sup>

## **2.2 FUNDAMENTO TEÓRICO**

### **2.2.1. PARTO**

Para Cabero y Saldivar <sup>(14)</sup> considera al parto como la culminación de la gestación, es un proceso que consiste en anunciar el nacimiento del bebé hacia el exterior en donde el feto debe atravesar el canal pélvico, la madre ayudará al mismo mediante las contracciones que presenta, lo que provoca que tenga ganas de pujar y así se dará la expulsión del feto hacia el mundo exterior. El parto termina cuando sale la placenta. Si la madre es primeriza, el parto generalmente dura de 10 a 20 horas, o más. Los partos posteriores generalmente duran de 7 a 10 horas. <sup>(14)</sup>

Para Benítez <sup>(15)</sup> el parto se clasifica en:

Edad gestacional donde se presentan los siguientes partos:

- PARTO INMADURO.- se considera cuando la madre embarazada se encuentra entre las 20 a las 28 semanas de gestación.
- PARTO PRETÉRMINO: conocido también como parto prematuro y es cuando la gesta empieza su labor de parto cuando ha cumplido entre las 28 y las 36 semanas de gestación.
- PARTO DE TÉRMINO: considerado como el parto estándar en donde la madre se encuentra entre las 37 y 40 semanas de gestación.
- PARTO POSTÉRMINO.- Es cuando la futura madre ha cumplido las 42 semanas en adelante.

Por su forma de inicio:

- ESPONTÁNEO.- Cuando se desencadena el trabajo de parto en forma normal acorde con los mecanismos fisiológicos materno-gestación.
- INDUCIDO.- Cuando se utiliza alguna técnica médica como sería la Maduración Cervical usando Prostaglandinas PG2alfa, o inducción con medicamentos oxitócicos. <sup>(15)</sup>

La clasificación de los tipos de parto depende de las semanas de gestación que tiene la madre, se considera normal al parto que corresponde a las 37 a 40 semanas si el parto se adelanta sería un parto prematuro el cual se considera que es entre las 28 y 36 semanas de gestación en donde el niño necesitara obligatoriamente termo cuna ya que aún no se a terminado de madurar completamente los órganos internos del bebé. <sup>(15)</sup>

### **2.2.1.1 TIPOS DE PARTO**

Para Smolen uno de los tipos de parto son los siguientes:

## **Parto Natural o Eutócico**

Es el tipo de parto más común que presentan la mayoría de mujeres, que consiste en no haber tomado ninguna medicación y la madre se encuentra despierta y consiente, a pesar que para algunas mujer sienten mucho dolor este tipo de parto, e incluso lo pueden realizar en su casa y sin asistir a ningún hospital. <sup>(16)</sup>

Según Llusía y Clavero considera que el parto natural o eutócico implica que el feto está ubicado en una posición adecuada para salir al exterior mediante las contracciones de la madre, sin dificultad y sin complicaciones. En este parto el médico asistirá y guiará a la gestante sin necesidad de utilizar ninguna herramienta. Es la madre la que lleva el parto hasta el final. En el momento de empezar a empujar, es cuando el cuello del útero ha dilatado los 10 centímetros. Cuando la cabeza del bebé se asoma por completo, el médico limpiará las mucosidades y el líquido amniótico de las fosas nasales mientras que la madre volver a empujar para expulsar por completo el bebé. <sup>(17)</sup>

## **Fases del Parto Eutócico**

Según Benítez <sup>(15)</sup> nos dice que el parto tiene tres periodos o fases importantes que son:

### ***Fase de dilatación y borramiento:***

El cuello del útero, es la sección que conecta el útero con tu canal vaginal. Durante el embarazo se mantiene cerrado y firme para proteger al bebé, pero en la primera etapa de la labor de parto realiza dos acciones importantísimas: la dilatación y el borramiento.

Dilatación significa que tu cuello uterino empieza a abrirse lentamente. La apertura se mide en centímetros del uno al diez.

El borramiento sucede cuando el cuello uterino se adelgaza o retrae, y se expresa en porcentajes: al inicio mide dos pulgadas (0% de borramiento) y se retrae por completo para facilitar el nacimiento de tu bebé (100%).



Para Benítez <sup>(15)</sup> La dilatación que son las contracciones regulares que presenta la gestante y cada vez son más constantes y termina cuando el cuello del útero se ha dilatado por completo alrededor de 10 centímetros aproximadamente. Al inicio las primeras contracciones que siente la madre embarazada son cortas, no muy intensas y alejadas una de otra pueden ser de 2-3 contracciones en 10 minutos, luego puede ir aumentando. Ésta es la etapa más larga y dolorosa del parto, además se puede considerar como la más pesada para la futura madre. Tienen como finalidad ablandar y acortar el cuello hasta hacerlo desaparecer. En este periodo existen dos fases:

- **Fase latente o temprana:** la fase latente empieza con la llegada de las contracciones, hasta alcanzar una dilatación de 4 centímetros. Para algunas mujeres son muy dolorosas, mientras otras afortunadas sienten tan solo una incomodidad. La fase latente puede durar unas horas o hasta días.
- **Fase activa:** la fase activa consiste en contracciones dolorosas, largas y seguidas. El cérvix alcanza a los 10 centímetros de dilatación.

### ***Fase de Expulsión***

El segundo periodo es la expulsión que consiste en el trayecto del feto por el canal vaginal hasta la expulsión. La duración de esta fase de una hora en primerizas y 30 minutos en mujeres que ya han tenido otros partos. Pero este período se puede prolongar, considerándose normal. Las contracciones son ahora más largas e intensas pero efectivas y la madre tendrá deseos de pujar. Con estas últimas contracciones el bebé desciende poco a poco a través del canal del parto realizando giros de rotación interna sobre sí mismo para facilitarse el paso; primero saldrá la cabeza y de inmediatamente el resto del cuerpo y por último se cortara el cordón umbilical. <sup>(15)</sup>

### ***Fase de Alumbramiento***

Finalmente la última fase que es el alumbramiento considerado como la salida completa del feto y posteriormente se termina con la expulsión de la placenta. Después de la salida del feto las contracciones regresan, aunque ahora son suaves y poco dolorosas.

Por lo general la placenta se desprende de las paredes del útero y sale espontáneamente, aunque hay madres a las cuales no les ocurre esto y toca realizar una ligera presión sobre el vientre de la madre para que permita la salida de la placenta. Hay ocasiones en que se realiza una episiotomía que es un corte en el periné de la mujer, que ayuda a la salida del feto, si ésta se ha realizado se procede a coser.<sup>(15)</sup>

### **Parto con Fórceps:**

Este es un tipo de parto que se utiliza en aquellos casos cuando:

- La cabeza del niño tiene dificultad para salir por el canal del parto
- La madre no puede pujar por falta de fuerza
- El bebé está mal colocado
- El parto es demasiado lento.

Es un instrumento con forma de pinza que ayuda a manipular la cabeza del bebé y tirar de ella poco a poco para salir fuera. Debido a la presión que ejerce sobre la cabeza del bebé, a veces deja marcas que desaparecen a las pocas horas de nacer.

Su utilización no agrava el dolor a la madre, tampoco aumenta el peligro a la madre y al niño, que el propio parto conlleva.<sup>(9)</sup>

### **Parto Inducido**

Según Lewis<sup>(18)</sup> el parto inducido es provocar artificialmente la labor de parto suministrándole a la madre medicamentos para que la gestante sienta contracciones y tenga necesidad de pujar, este tipo de parto se lo practica cuando la dilatación del útero es muy débil o no presenta dilatación alguna; si el feto es macrosómico puesto que el tamaño es excesivo y podría dificultar el parto vaginal, otra razón es cuando la madre tiene un enfermedad grave o es una madre desnutrida, por este motivo puede estar en peligro la salud de la madre como la del bebé. Además por incompatibilidad sanguínea tanto de la madre como del padre; estas son las causas más comunes que presenta la madre para realizarse un parto inducido.

## La Cesárea

Para Corominas <sup>(9)</sup> la cesárea es considerada cuando el parto vaginal no es accesible, por posibles riesgos para la madre o para el niño, el médico puede realizar una cesárea. Esta operación facilita el nacimiento del bebé a través de una incisión en el abdomen. El médico hace un corte transversal en la parte baja del abdomen y seguido otra incisión en la matriz para sacar al bebé. En este tipo de partos por cesárea, la madre necesita permanecer en el hospital alrededor de 3 a 5 días después de dar a luz, donde recibirá atención y cuidados para asegurar a una buena recuperación.

El parto por cesárea es una intervención quirúrgica que se la realiza cuando no es posible realizarse el parto natural; este consiste en realizar una incisión en la parte inferior del abdomen, para poder realizar este tipo de intervención se le aplica a la madre anestesia en la parte baja de la espalda para que la madre no sienta dolor alguno. La operación dura alrededor de una hora o una hora y media.

La cesárea tiene sus desventajas entre una de ellas es que la recuperación de la madre es mucho más lenta por la incisión en el abdomen que se la práctica a la gestante, además en este tipo de operación la madre tiene mayor pérdida de sangre que en un parto normal. <sup>(19)</sup>

Según la Guía práctica para padres <sup>(19)</sup> el motivo por el que se realiza una cesárea es porque el niño no está en una posición adecuada, cuando el feto es macrosómico, cuando son más de dos bebés o cuando existe sufrimiento fetal entre otros. Además nos dice que:

“El nacimiento vía cesárea es una experiencia traumática para el bebé, por eso es recomendable que se compense la carencia con muchas caricias y miradas. Los bebés recién nacidos se comunican con el exterior a través del nivel sensorial. Los sentidos de un niño que nace por cesárea están como adormilados, por eso hay que estimularlo con ternura y mimos”.

## **Procedimiento de la Cesárea**

Para Cabero, Saldivar y Cabrillo <sup>(26)</sup> el procedimiento de la cesárea consiste en que la madre deberá colocarse en decúbito supino e inclinada ligeramente hacia la izquierda en un ángulo de 10-15 grados. Seguidamente se realiza la incisión en el abdomen de la madre, la más utilizada es la incisión transversa de Pfannenstiel, la técnica consiste en una incisión cutánea transversa que se realiza a unos 2-3 cm sobre la sínfisis del pubis y debe medir unos 12-15 cm de longitud. Seguidamente se realiza la extracción fetal se suele realizar con la mano, introduciendo los dedos extendidos entre la cabeza fetal y la cara posterior del segmento inferior y extrayéndola mediante una suave presión en el fundus.

En caso de dificultad es preferible la utilización de un fórceps. Tras la extracción fetal se inicia el periodo del alumbramiento sin olvidar que se debe pinzar el cordón umbilical; se puede esperar el desprendimiento espontáneo de la placenta, presionando suavemente el fondo uterino y realizando una ligera tracción del cordón umbilical o realizar una extracción manual. Seguidamente el alumbramiento se inicia el cierre de la incisión uterina <sup>(26)</sup>.

### **2.2.2. DESARROLLO MOTOR**

Para Ruiz <sup>(20)</sup> el desarrollo motor son los movimientos que se realiza según las leyes céfalo-caudal y próximo-distal, y que se va desarrollándose según la edad del niño.

- La ley céfalo-caudal es cuando el niño o niña va a controlando en primer lugar los músculos que se encuentran más cerca de la cabeza para, sucesivamente ir controlando los músculos más alejado de la cabeza que serían los miembros inferiores.
- La ley próximo-distal ocurre cuando el niño controla primeramente las partes que se encuentran cerca al eje corporal y posteriormente las partes más alejadas.

La motricidad en el niño o niña aparece en este orden:

1. No refleja: movimientos espontáneos, no controlables.

2. Refleja: acciones involuntarias desencadenadas por estímulos externos de distintos tipos. Algunos de los reflejos más característicos son:

Reflejo de Moro

Reflejo de enderezamiento y marcha

Reflejo de búsqueda

3. Voluntaria: la adquisición de movimientos voluntarios, así como la pérdida gradual de los reflejos constituyen un proceso complejo que se desarrolla lentamente.

Según Pico y Vayer <sup>(21)</sup> establece que el desarrollo motor grueso hasta los 12 años comprendería las siguientes etapas:

De 0 a 2 años: en este periodo el niño pasa de los primeros reflejos a la marcha.

De 2 a 5 años: es un periodo global de aprendizaje y uso de sí.

A los 5 años el infante posee todas las coordinaciones motrices: es capaz de sentarse con el tronco recto. Reconocimiento de la lateralidad derecha-izquierda. No puede mantener mucho tiempo de atención ni las posturas.

De 5 a 7 años: del estado global al de diferenciación

A los 7 años posee control postural y respiratorio, capacidad de mantener la atención varias horas al día. Derecha e izquierdas integradas. Independencia segmentaria. Conciencia de su cuerpo.

De los 7 a los 12 años: elaboración definitiva del Esquema Corporal

A los 12 años posee el esquema corporal elaborado e integrado, conocimiento de su cuerpo. Posibilidades y limitaciones. Control del cuerpo y del movimiento global y de cada una de sus partes.

Para Cabezuelo y Frontera <sup>(22)</sup> la motricidad cumple dos importantes funciones en la relación del niño con su entorno: la primera, es a través de los movimientos expresivos que realiza el niño hace posible la comunicación entre su entorno, como pueden ser las

posturas y gestos además se los acompañan con el lenguaje verbal, la segunda permite al niño desplazarse en el espacio y ayuda a la manipulación de los objetos. La adquisición de movimientos, ayuda al infante a tener una nueva relación con el mundo que lo rodea. Un ejemplo puede ser cuando el niño es capaz de tomar un objeto por sí mismo y poderse desplazarse hasta lugares a los que antes sólo llegaba con la ayuda de un adulto.

Durante la adquisición de los movimientos autónomos es fundamental la manera como los adultos son capaces de tolerar o aceptar la autonomía del niño. Por este motivo depende de la persona adulta con la que el niño pase la mayoría del tiempo el comportamiento futuro del infante.

El aparato locomotor ayuda al niño a interactuar con el mundo que lo rodea convirtiéndose en una estructura asimiladora y transformadora del orden espacial. La relación del niño con el espacio le permite experimentar las posibilidades concretas de su cuerpo y además le ayuda al conocimiento corporal de las dimensiones espaciales, fundamental para su ubicación y desplazamiento en el mundo de los objetos. Las dimensiones espaciales como tenemos la profundidad, la distancia, la altura, el arriba y el abajo, el adelante, el atrás y su lateralidad (derecha e izquierda), le proporcionan al niño el conocimiento de la ubicación de los objetos en relación con su cuerpo. El conocimiento que el niño adquiere de su propio cuerpo en el espacio, actuando por sí mismo sobre los objetos e interactuando con las personas que lo rodean, resulta un elemento primordial para la personalidad del niño. <sup>(22)</sup>

Según Rubio <sup>(23)</sup> el desarrollo motor hace referencia a la evolución en la capacidad de movimiento que realiza el niño. El desarrollo de las habilidades motrices del infante depende de la maduración neurológica y pasa por las siguientes fases:

- La primera es la fase de automatismo, esta corresponde a los primeros meses del niño en donde la mayoría de las acciones que realiza son reflejas.
- La segunda es la fase receptiva esta empieza desde el segundo trimestre de vida; esta fase coincide con el perfeccionamiento de los sentidos en donde las

acciones del niño son ya voluntarias tomando encuentra que el infante es muy observador y utiliza sus cinco sentidos para ir explorando el mundo que rodea al niño.

- Por ultimo tenemos la fase de experimentación y adquisición de conocimientos, esta comienza en los primeros meses de edad y se desarrolla a lo largo de toda la vida del niño en donde las habilidades motrices que realiza se utilizan como medio para adquirir nuevos conocimiento. <sup>(23)</sup>

Según Rubio afirma que la Motricidad puede clasificarse en: Motricidad Gruesa y Motricidad Fina.

- El **desarrollo motor grueso** se determina como la habilidad que el niño va adquiriendo, para mover armoniosamente los músculos de su cuerpo y poco a poco mantener el equilibrio de la cabeza, tronco, extremidades, gatear, ponerse de pie, y desplazarse con facilidad para caminar y correr; además de adquirir agilidad, fuerza y velocidad en sus movimientos y así poder explorar su entorno. Dicho factor es el primero en hacer su aparición en el desarrollo del niño, desde el momento en que empieza a sostener su cabeza, sentarse sin apoyo, reptar, gatear, caminar, saltar, subir escaleras, entre otros; son otros logros de motricidad gruesa que, con el paso de los años, irá adquiriendo y aprendiendo. . <sup>(23)</sup>
- El **desarrollo motor fino** se hace evidente un poco más tarde, este se refiere a los movimientos voluntarios mucho más precisos, que implican pequeños grupos de músculos y que requieren una mayor coordinación. Se observa cuando el niño empieza a descubrir sus manos, las mueve, intenta coger objetos y manipular su entorno. De esta manera se va adquiriendo los diferentes tipos de pinza, como es la pinza inferior, la pinza superior entre otros.

La motricidad fina incluye habilidades que el niño realiza como son; juntar las manos, aplaudir, realizar torres de cubos, utilización de los diferentes tipos de

piezas, tapar o destapar cajas, meter y sacar objetos de una caja, cortar con tijeras, hasta alcanzar la manipulación fluida de la mano según la edad del niño.

Es importante recordar que depende del desarrollo muscular y la madurez del sistema nervioso central ayuda a los movimientos controlados y deliberados que el niño realiza. Los recién nacidos no pueden controlar conscientemente sus movimientos aunque pueden mover sus manos y brazos pero estos movimientos son el reflejo que su cuerpo y lo realizan inconscientemente.

El desarrollo de la motricidad fina es fundamental para el aprendizaje y para poder experimentar sobre su ambiente que lo rodea, además juega un papel importante en el aumento de la inteligencia. Debemos tener en cuenta que las habilidades de motricidad fina se van desarrollando en un orden progresivo. En primer lugar se desarrolla la coordinación fina para luego empezar con el aprendizaje de la lecto-escritura, porque para la escritura se requiere en conjunto de un entrenamiento motriz de las manos y una coordinación manual, para lograr el dominio y destreza de los músculos finos de la mano del niño. <sup>(23)</sup>

### **Hitos del desarrollo motriz por edades**

Según Cratty <sup>(24)</sup> el desarrollo motriz en los niños es el siguiente:

**0-3 meses:** en este periodo el niño sostiene la cabeza cuando se encuentra en posición boca abajo, el reflejo de agarre va desapareciendo poco a poco y mantiene las manos más abiertas por más tiempo, también apoya el peso sobre los codos cuando está en posición prono.

**4 meses:** en esta etapa de su desarrollo el infante empieza a utilizar sus manos ya que empieza a sostener un sonajero y logra sacudirlo, además ya logra sostener y levantar la cabeza por un momento cuando está en posición boca abajo.

**5 meses:** en este periodo el niño ya logra mantenerse sentado con ayuda además de poderse dar la vuelta de un lado a otro.



**6 meses:** en esta edad el niño puede mantenerse sentado sin apoyo, a veces inclinado hacia delante y apoyado en las manos. Además tiene fuerza suficiente para poder sostener su peso si se lo sostiene de pie un momento. En esta edad el niño usa preferentemente una mano realizando movimientos para agarrar un objeto. El reflejo de agarre ha desaparecido y ya logra abrir la mano y suelta un objeto cuando se le ofrece otro. <sup>(24)</sup>

**8 meses:** en esta etapa el niño ya empieza a sostenerse de pie por poco tiempo, realiza movimiento de pinza con los dedos y así ya logra coger objetos pequeños con la punta de los dedos. Además empieza a ponerse en cuatro puntos e inicia a gatear.

**10 meses:** en esta edad el niño ya gatea, lo hace con eficacia. Realiza la posición de caballero para luego ponerse de pie y así poder ejecutar algunos pasos laterales sosteniéndose de algo e intenta dar algunos pasos si se lo lleva de las manos

**12 meses:** cuando el niño ha cumplido un año ya puede caminar si se lo lleva de una sola mano. Además logra sentarse solo en el suelo y puede volver a pararse sin ayuda de un adulto. Logra repetir series de sonidos idénticos. <sup>(24)</sup>

### **2.2.2.1 DESARROLLO MOTOR GRUESO**

Según León <sup>(25)</sup> el desarrollo motor grueso implica mejorar las habilidades utilizando los músculos más grandes del cuerpo humano. El niño cuando corre, salta, arroja y brinca ayuda al desarrollo motor grueso.

El infante a medida que va creciendo mejora la coordinación, equilibrio y el control corporal, para que, el desarrollo motor grueso se vaya adquiriendo adecuadamente; depende también del ambiente donde el niño se desarrolla y el organismo del mismo; por ende existen procesos motores como:

- a.** Gruesos: no locomotores (estáticos), y locomotores (dinámicos). Para cada uno de ellos el control postural (cabeza, tronco y extremidades), la coordinación (equilibrio estático o dinámico, el tono muscular, precisión y fuerza) y la lateralidad.

Los procesos del desarrollo motor grueso empieza cuando el niño esta boca abajo y levanta la cabeza y así puede tener un control cefálico adecuado que normalmente se obtiene alrededor de los 3 o 4 meses de edad, luego el niño comienza a realizar los giros que empieza entre el 4 y 5 meses, se preparara para ir adquiriendo la sedestación entre el 7 y 8 meses, además si le colocamos en posición boca abajo empezar el proceso de reptación donde el niño poco a poco iniciara a desplazarse hacia adelante y así el infante se colocará en posición de cuatro puntos distribuyendo el peso adecuadamente y así lograr gatear esto ocurrirá alrededor de los 9 y 10 meses. Seguidamente el niño se colocará en posición de caballero para intentar estar de pie y finalmente el niño caminará a los 12 meses de edad. <sup>(25)</sup>

## **LOGROS MOTRICES**

Según Rubio los logros motrices de un niño son:

- El control voluntario de los movimientos: en la primera semana de vida del bebé los movimientos están controlados principalmente por reflejos, que son acciones voluntarias que realiza el niño.
- El control cefálico: empieza por los músculos del cuello y la cabeza, al mes de edad la cabeza todavía estará inestable cuando se le sostiene en brazos. A partir de los dos meses comienza a levantar la cabeza estando boca abajo y sosteniéndose de los brazos. Alrededor de los cuatro meses sostiene la cabeza sin balancearse. De este modo el bebé empieza a ver las cosas desde otro ángulo. A los seis meses adquieren un control estable en todas las direcciones. En este momento es fundamental proporcionar al niño una estimulación suficiente, cambiando su entorno con frecuencia. <sup>(23)</sup>
- Giros: hasta los tres o cuatro meses podemos considerar que esta es la primera forma de desplazamiento autónomo que tiene el niño. En este periodo debemos tener la precaución de no dejarlos ni un momento sólo, sobre la cama, el sofá, el cambiador, entre otros.

- Sentarse: empieza alrededor del quinto mes en que el bebé puede mantenerse sentado con apoyo. A los seis meses ya puede sentarse sin apoyo durante poco segundos y a los ocho meses puede sentarse sin ayuda, y voltearse cuando está sentado. A partir de los nueve meses puede sentarse bien erguido durante mucho tiempo y así manipular fácilmente los objetos que se encuentre a su alrededor ya que adquirido una adecuada sedestación.
- El gateo. El niño empieza arrastrándose sobre el estómago impulsándose con las manos o las piernas .La etapa del gateo dura aproximadamente unos tres meses. Mediante el gateo, el niño descubre el mundo, gracias a la exploración que está la permite, se familiariza con su propio cuerpo, aprende a coordinar los movimiento y a afianzar el equilibrio. El gateo también reporta beneficios ya que favorece a los músculos y articulaciones, además ayuda a la interacción entre el hemisferio izquierdo y derecho, favorece la disociación de movimientos del tronco, lo que prepara el camino para empezar caminar. <sup>(23)</sup>

### **2.3 HIPÓTESIS Ó SUPUESTOS**

Los tipos de parto influirán en el desarrollo motor grueso de los niños de 0-1 año del Hospital Docente Regional Ambato.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. NIVEL Y TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Es descriptivo porque se trataba de identificar si la Variable Independiente tiene influencia en la Variable Dependiente.

Además tendrá un enfoque cuantitativo porque va a medir las características en el desarrollo motor grueso.

#### **3.2 SELECCIÓN DEL ÁREA O ÁMBITO DE ESTUDIO**

La presente investigación se llevó a cabo en el Hospital Docente Regional Ambato ubicado en las calles Unidad Nacional y Avenida Pasteur.

##### **Campo del Conocimiento**

**Campo:** Salud

**Área:** Estimulación Temprana

**Aspecto:** Desarrollo Psicomotor

**Espacio:** Hospital Docente Regional Ambato

**Tiempo:** Abril – Noviembre 2015

#### **3.3 POBLACIÓN**

En esta investigación se trabajara con 100 madres y 100 niños de 0-1 año que asisten al Hospital Docente Regional Ambato.

### 3.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

➤ **3.3.1.1. Criterio de inclusión:**

En este proyecto se incluirá a los niños y niñas que cumplieron los siguientes criterios:

Niños (as) de 0 a 1 año de edad con características aparentemente normales.

Niños (as) nacidos en el Hospital Regional Ambato.

➤ **3.3.1.2 Criterio de exclusión:**

En este proyecto fueron excluidos los niños que cumplen los siguientes criterios:

Niños (as) mayores de un año,

Niños (as) con daño neurológico

Niños con alteraciones sindrómicas

### 3.3.2. Diseño Muestral

<b>DISEÑO MUESTRAL</b>	
<b>NIÑOS</b>	100 NIÑOS
<b>MADRES DE FAMILIA</b>	100 MADRES
<b>TOTAL</b>	200

**Tabla 1:** Diseño Muestral

Elaborado por: **Andrea Velástegui**

### 3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

#### 3.4.1 Variable Independiente: Los Tipos de Parto

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Técnicas	Instrumentos
Los tipos de parto son las diferentes maneras en que la mujer embarazada culmina su proceso de gestación, entre las 37 a 40 semanas, el mismo se puede dar de forma natural o cuando a petición u orden del médico se realiza la cesárea	Tipos de parto  Parto Natural  Cesárea	-Parto Eutócico -Parto Distócico  -Posición adecuada del feto. -Adecuada dilatación del cuello del útero -Presencia de contracciones  -Sufrimiento Fetal -Feto macrosómico -Circular de cordón -Dilatación uterina	¿En qué consiste el parto eutócico?  ¿Influye la posición adecuada del feto al momento del parto?  ¿Influye el sufrimiento fetal en el desarrollo motor grueso del niño?	Encuesta	Cuestionario dirigido a madres de familia.

**Tabla 2:** Variable Independiente

**Elaborado por:** Andrea Velástegui

### 3.4.2 Variable Dependiente: El Desarrollo Motor Grueso

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Técnicas	Instrumentos
El desarrollo motor grueso son las habilidades que el niño va adquiriendo con el tiempo y permite la movilidad del mismo.	Habilidades motrices  Movilidad	-Control Cefálico  -Sedestación  -Gateo  -Bipedestación  -Locomoción	¿A qué edad normalmente el niño tiene un control cefálico?  ¿Todos los niños adquieren la sedestación a la misma edad?  ¿Conoce a qué edad se adquiere la bipedestación en el niño?  ¿Para qué sirve la locomoción en el niño?	Observación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala de Nelson Ortiz</li> </ul>

**Tabla 3:** Variable Independiente  
**Elaborado por:** Andrea Velástegui

### **3.5. DESCRIPCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Para el cumplimiento de los objetivos se realizó lo siguiente:

#### Primer Objetivo

- Se elaboró y se solicitó el permiso para la toma de información a las madres de familia.
- Realización de una encuesta como instrumento, dirigido a las madres que asistían al Hospital Docente Regional Ambato sobre el tipo de parto que se han realizado.
- Se aplicó el instrumento a 100 madres de familia (10 minutos por madre de familia).
- Organización de la información
- Tabulación de los datos.

#### Segundo Objetivo

- La escala de Nelson Ortiz se utilizó en niños de 0-12 meses
- Se aplicó el instrumento en donde se exploran las siguientes áreas de su desarrollo:  
Motricidad gruesa, motricidad fina adaptiva, audición y lenguaje y personal social; del cual solo evaluamos el área de motricidad gruesa  
Se evaluó con los siguientes puntajes dependiendo del rango de edad del niño:
  - Alerta
  - Medio
  - Medio Alto
  - Alto
- Recolección y procesamiento de la información, mediante programas estadísticos.

#### Tercer Objetivo

- Se comparó los resultados de las evaluaciones por medio de la prueba estadística T- Student.



### **3.6 ASPECTOS ÉTICOS**

Para desarrollar este proyecto en primer lugar se solicitó el permiso para realizar la investigación en el Hospital Docente Regional Ambato, mediante una encuesta dirigida a las madres de familia de esta casa de salud, para conocer el tipo de parto que se realizaron.

Posteriormente se ejecutó un consentimiento informado, dirigido a los padres de familia, para poder realizar las evaluaciones a los niños.

Se guardó absoluta confidencialidad en los nombres de los infantes. Los resultados se informaron de forma verbal a los padres de familia.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1 EVALUACIÓN A LOS NIÑOS POR MEDIO DE LA ESCALA NELSON ÓRTIZ

Para manejar las estadísticas se dividió a la muestra: 50 niños que nacieron por parto normal y 50 niños que nacieron por parto cesárea.

##### 4.1.1 EVALUACIÓN A LOS NIÑOS QUE NACIERON POR PARTO NORMAL

PARTO NORMAL				
MOTRICIDAD GRUESA				
EDAD	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
1-3 MESES	2	10	0	0
4-6 MESES	1	8	4	0
7-9 MESES	2	10	0	0
10-12 MESES	4	8	1	0
TOTAL	9	36	5	0

Tabla 4: Resultados Generales (Parto Normal)

Elaborado por: Andrea Velástegui

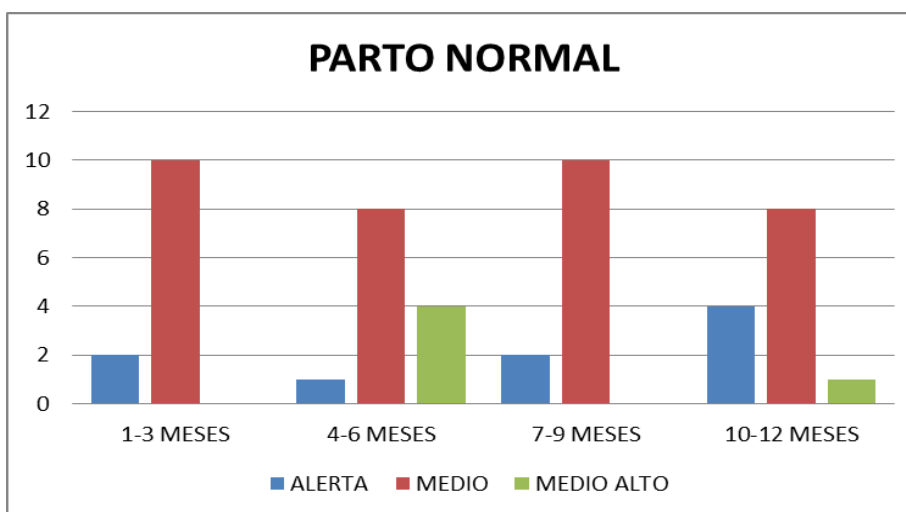


Gráfico 1: Resumen General Parto Normal

Elaborado por: Andrea Velástegui

**Discusión:** La evaluación del desarrollo motor grueso de una población de 50 niños de 0- 1 año edad que nacieron por parto normal arrojó los siguientes resultados: de un total de 12 niños entre 0-3 meses se obtuvo que 10 de estos estaban en un nivel medio de desarrollo y 2 presentaron alerta, lo cual indica que la mayoría de la población en este rango de edad estaban en proceso de control cefálico, sin embargo 2 de ellos no lograron sostener la cabeza cuando se los tomó de los brazos y se los levantó.

Al evaluar a 13 niños en el rango de edad de 4-6 meses se obtuvo los siguientes resultados: 8 infantes tuvieron un nivel medio de desarrollo motor, 4 presentaron un nivel medio alto y 1 en alerta por lo tanto se determinó que la mayoría han logrado la posición de sedestación, ya que tuvieron el control de la cabeza al estar sentados, lograron dar giros y se quedaron sentados solos sin ayuda.

Dentro del rango de 7-9 meses se evaluó a 12 niños dando como resultado que 10 estaban en un nivel medio de desarrollo, lo más relevante es que se encontraron en el desarrollo de arrastre y gateo, 2 de ellos estuvieron en alerta lo que indica que no poseen la madurez muscular para iniciar el arrastre ni el gateo.

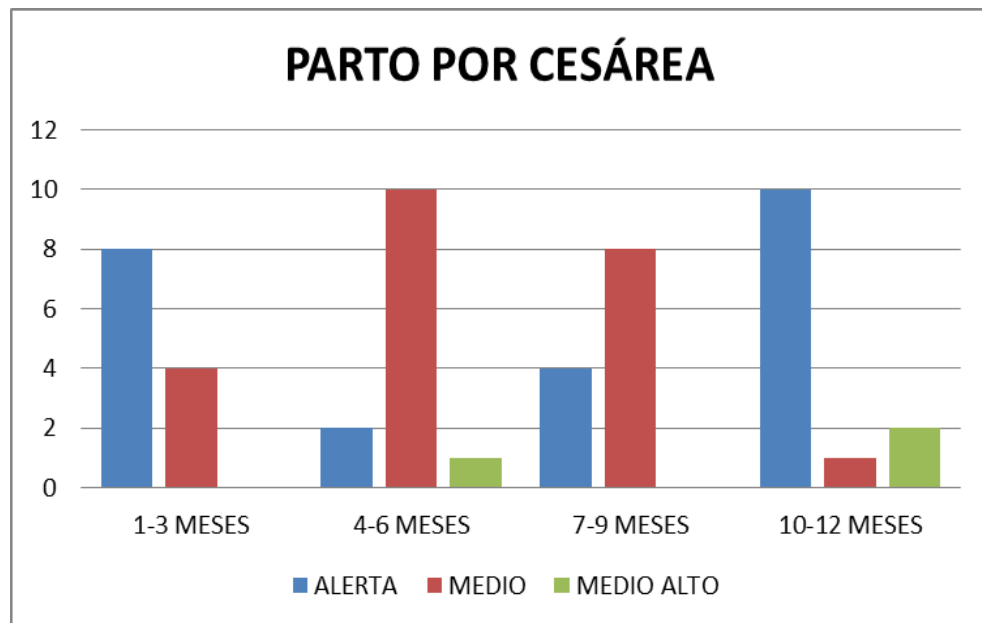
Con el último grupo de niños en las edades de 10-12 meses tenemos que 8 de los 13 están en un nivel medio, 4 en alerta y 1 en medio alto, la mayoría están en proceso de bipedestación y caminan de forma lateral, se paran sin ayuda; pero los niños que se encontraron en alerta pudieron ser consecuencia de sobreprotección y falta de estimulación.

#### 4.1.2 EVALUACIÓN A LOS NIÑOS QUE NACIERON POR PARTO CESÁREA

CESÁREA				
MOTRICIDAD GRUESA				
EDAD	ALERTA	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
1-3 MESES	8	4	0	0
4-6 MESES	2	10	1	0
7-9 MESES	4	8	0	0
10-12 MESES	10	1	2	0
<b>TOTAL</b>	24	23	3	0

**Tabla 5:** Resultado Generales (Cesárea)

**Elaborado por:** Andrea Velástegui



**Gráfico 2:** Resumen General Parto por Cesárea

**Elaborado por:** Andrea Velástegui

**Discusión:** Se estudió a una población de 50 niños nacidos por cesárea, a los cuales dividimos en diferentes rangos de edades.

En el rango de edad 0-3 meses, 8 de los 12 niños se encontraban en alerta, porque en la evaluación no lograron sostener la cabeza cuando se los tomo de los brazos lo que indica que no están en proceso de control cefálico sin embargo cabe mencionar que 4 presentaron un nivel medio de desarrollo motor, refiriéndose que están en un proceso de control cefálico.

Se evaluó a 13 niños entre 4-6 meses obteniéndose los siguientes resultados: 10 presentaron un nivel medio de desarrollo motor grueso, 2 bajo alerta y 1 en la categoría media alta, por lo tanto se establece que la mayoría han logrado la posición de sedestación, ya que lograron controlar la cabeza al momento de estar sentados, se quedan sentados solos sin intervención de terceras personas.

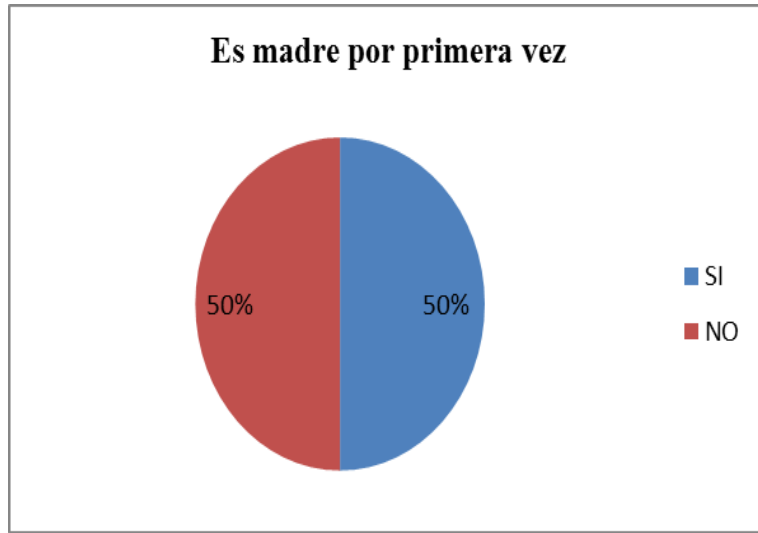
En el rango de 7-9 meses se evaluó a 12 infantes, de los cuales 8 estaban en un nivel medio de desarrollo ya que se encuentran en el proceso de arrastre y gateo, 4 estuvieron en alerta lo que demuestra que no lograron la madurez muscular para empezar los procesos de arrastre y gateo.

Por último en el grupo de 13 niños entre 10-12 meses los resultados fueron: 10 presentaban alerta en el desarrollo motor grueso, 2 estaban en medio alto y 1 en nivel medio, esto indica que la mayoría de niños presentaron un retraso en su desarrollo ya que no lograron estar en proceso de bipedestación, sin embargo se encontraron niños que estaban en la etapa de pararse solos y lograron movilizarse.

Se concluye que los niños que nacieron por cesárea presentaron una diferencia cuantitativa del nivel de alerta con respecto a los niños que nacieron por parto normal; esto puede deberse porque antes de realizar una cesárea se dieron diferentes factores como es el sufrimiento fetal, circular de cordón, entre otros, lo que ocasionaría una disminución de oxígeno para el feto, siendo un factor determinante para el desarrollo del niño.

## 4.2 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LAS MADRES DE FAMILIA

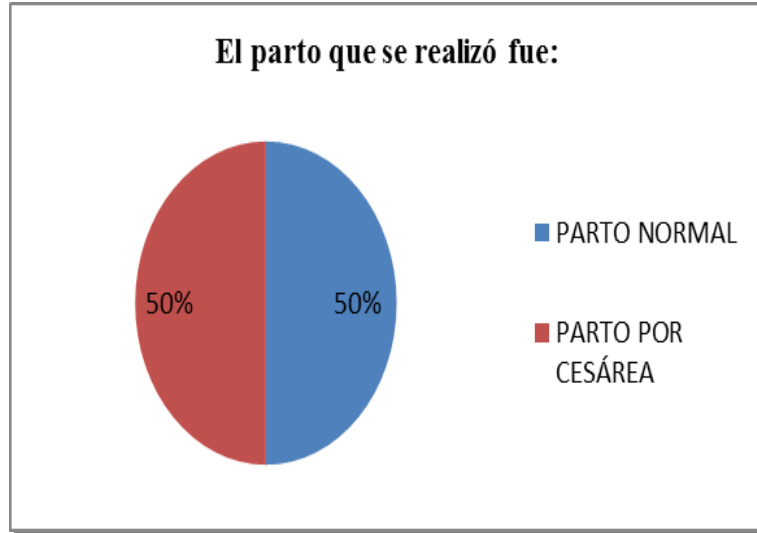
### P1. Es madre por primera vez



**Gráfico 3:** ¿Es madre por primera vez?  
**Elaborado por:** Andrea Velástegui

**Discusión:** Los datos obtenidos en las encuestas aplicadas a las madres de familia en el Hospital Docente Regional Ambato, evidencia que del 100%, el 50% corresponde a primigestas, y el 50% restantes pertenece a multíparas. Esto quiere decir que existe una igualdad entre las madres primigestas y multíparas.

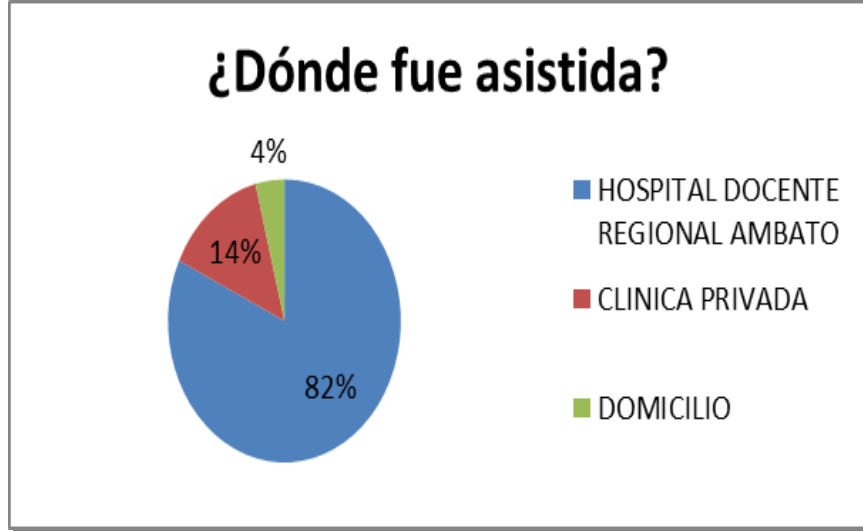
**P2. ¿El parto que se realizó usted fue?:**



**Gráfico 4:** ¿El parto que se realizó fue?  
**Elaborado por:** Andrea Velástegui

**Discusión:** El estudio realizado a las madres de familia que asistieron al Hospital Docente Regional Ambato se pudo comprobar que del 100%, el 50% tuvieron un parto normal porque tuvieron una adecuada presentación fetal (cefálica), y una buena actividad uterina (Contracciones) y 50% tuvieron una cesárea ya sea por factores como sufrimiento fetal, circular de cordón, preeclampsia, desproporción céfalo pélvica, feto macrosómico o por presentar cesáreas anteriores. Esto nos indicó que existe una igualdad entre los tipos de parto que se dan con mayor frecuencia en la institución.

**P2. ¿Dónde fue asistida?**



**Gráfico 5:** ¿Dónde fue asistida?  
**Elaborado por:** Andrea Velástegui

**Discusión:** En la encuesta aplicada a 100 madres que corresponde al 100%, se determinó en un 82 % fueron asistidas en el Hospital Docente Regional Ambato, 14% asistieron a una clínica privada y por último el 4% su parto lo han realizado en el domicilio, esto se dio porque dichas madres desconocían de estar en proceso de gestación. Esto quiere decir que la mayoría de las madres de familia asistieron al hospital en el momento del parto.



### P3. ¿Por qué motivo se realizó la cesárea?

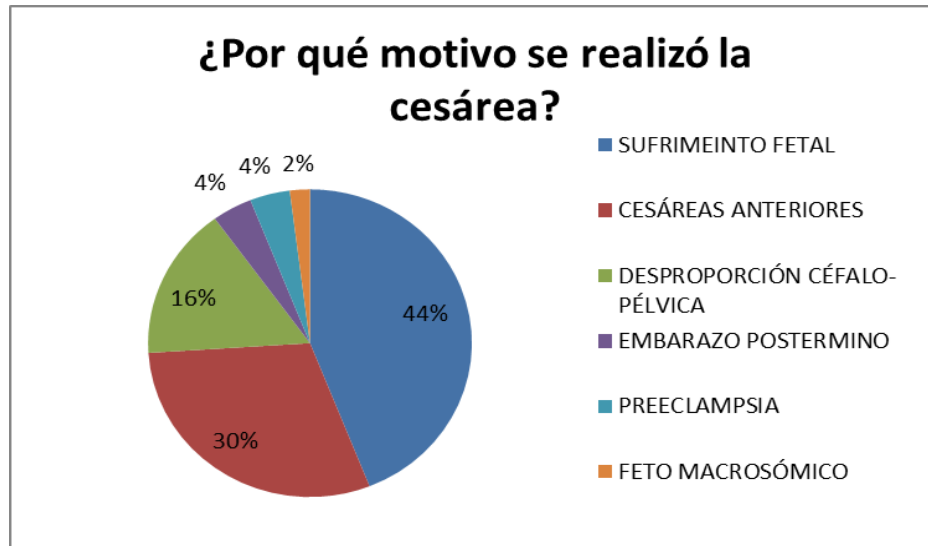


Gráfico 6: ¿Por qué motivo se realizó la cesárea?

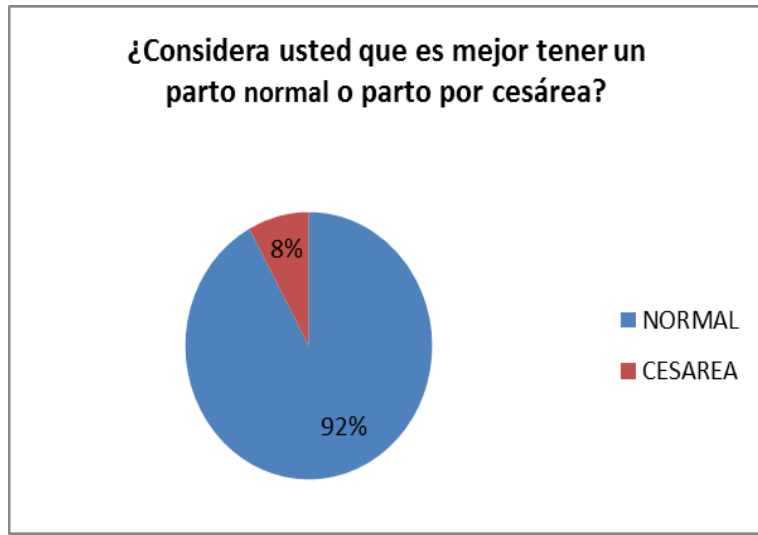
Elaborado por: Andrea Velástegui

**Discusión:** Esta pregunta se la aplicó solo a las madres que se realizaron la cesárea siendo una población de 50 mujeres, dando como resultados que el 44% de ellas presentaron sufrimiento fetal esto ocurre porque se produce una alteración en el intercambio de oxígeno entre la madre y el feto a través de la placenta.

Mientras que el 30% la causa fue por cesáreas anteriores, el 16% fue porque presentaban desproporción céfalo-pélvica lo que quiere decir que la cabeza del bebé es demasiado grande para pasar a través del canal del parto; seguido del 4% que presentaron un embarazo post término ya que han sobrepasado las 40 semanas de gestación y no presentaron indicios de parto.

Sin embargo el 4% de las madres que se han realizado la intervención quirúrgica por presentar preeclampsia esto ocurre cuando demuestran hipertensión arterial, proteinuria y edema. Por último el 2% de cesáreas se dieron por macrosomía fetal ya que el peso del feto superaba los 4000gramos. Quiere decir que el mayor motivo que tuvieron las madres para realizarse la cesárea fue, por haber presentado sufrimiento fetal.

**P4. ¿Considera usted que es mejor tener un parto normal o parto por cesárea?**



**Gráfico 7:** ¿Considera usted que es mejor tener un parto normal o parto por cesárea?  
**Elaborado por:** Andrea Velástegui

**Discusión:** En la encuesta aplicada a las madres de familia que asisten al Hospital Docente Regional Ambato, se obtuvo que del 100%, el 92% considera mejor tener un parto normal porque la recuperación es mucho más rápida que la de una cesárea.

Mientras que el 8% prefieren tener un parto por cesárea ya sea por miedo y dolor al parto normal o por temor a que pueda ocurrir algún incidente con la salud de la madre como de su hijo en el momento del parto.

Esto quiere decir que la mayoría de las madres prefieren tener un parto normal a una cesárea.

### 4.3 COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Para la comprobación de la hipótesis se utiliza el Test de la T de Student que permite evaluar si es razonable mantener la Hipótesis nula. Se utiliza para dos muestras suponiendo variables iguales. Obteniendo los siguientes resultados:

EDAD	DESARROLLO MOTOR GRUESO	
	P.NORMAL	P. CESÁREA
1 Mes	1	0
2 Meses	3	0
2 Meses	3	0
2 Meses	2	0
2 Meses	1	1
2 Meses	2	1
2 Meses	2	1
3 Meses	3	1
3 Meses	3	1
3 Meses	3	2
3 Meses	3	2
3 Meses	3	1
4 Meses	2	4
4 Meses	5	5
4 Meses	5	4
5 Meses	5	5
5 Meses	5	5
5 Meses	6	6
5 Meses	7	5
6 Meses	6	5
6 Meses	7	5
6 Meses	8	8
6 Meses	8	5
6 Meses	9	6
5 Meses	3	6
7 Meses	7	8
7 Meses	8	7
7 Meses	7	8

7 Meses	8	8
8 Meses	8	7
8 Meses	8	7
8 Meses	8	9
8 Meses	9	8
8 Meses	9	9
9 Meses	8	7
9 Meses	10	10
9 Meses	8	10
10 Meses	8	7
10 Meses	11	10
10 Meses	11	10
11 Meses	13	13
11 Meses	11	13
11 Meses	12	10
12 Meses	14	10
12 Meses	13	12
12 Meses	12	12
12 Meses	12	14
12 Meses	13	12
12 Meses	12	15
12 Meses	13	13

**Tabla 6:** Comparación del desarrollo motor grueso  
**Elaborado por:** Andrea Velástegui

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales

	<i>P.NORMAL</i>	<i>P. CESÁREA</i>
Media	7.16	6.56
Varianza	14.0555102	17.6391837
Observaciones	50	50
Varianza agrupada	15.8473469	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	98	
Estadístico t	0.75360361	
P(T<=t) una cola	0.22644703	
Valor crítico de t (una cola)	1.66055122	
P(T<=t) dos colas	0.45289405	
Valor crítico de t (dos colas)	1.98446745	

**Tabla 7:** Resultado según la t-student  
**Elaborado por:** Andrea Velástegui

**Discusión:** Se aplicó la t-student para dos muestras suponiendo varianzas iguales y se obtuvo como resultado que el tipo de parto no se relacionó con el desarrollo motor grueso de los niños de 0-1 año de edad, porque los análisis estadísticos según la tabla es mayor de 0.05, lo que quiere decir que no se encuentra una diferencia significativa entre las dos variables, rechazando así la hipótesis aplicada en este proyecto de investigación.

#### 4.4 CONCLUSIONES

Después de haber realizado la investigación se puede concluir que:

- Mediante la aplicación de las encuestas realizadas a las madres de familia que asisten al Hospital Docente Regional Ambato se ha podido evidenciar, que una población de 100 madres (100%), los tipos de parto que se han realizado corresponden al 50% parto normal y el otro 50% pertenecen a cesárea observando que existe una equidad entre los dos tipos de parto que se dan con mayor frecuencia en la institución.
- De una población de 50 madres que corresponden al 100% que su parto fue por cesárea, el mayor motivo por el cual se ejecutó la cesárea es porque el 44% presentaron sufrimiento fetal y el 30% corresponde a antecedentes de cesáreas anteriores Mientras que las madres que su parto fue normal o eutócico la razón por la cual prefieren este tipo de parto es porque el feto se encontraba en la posición adecuada, ya han culminado con las 40 semanas de gestación y además que la recuperación es mucho más rápida.
- Se evaluó el desarrollo motor grueso de 100 niños en las edades de 0-1 año con la Escala de Nelson Ortiz que asisten al Hospital Docente Regional Ambato y se obtuvo como resultado que 24% de los infantes nacidos por cesárea se encontraron en alerta en el desarrollo del área motora gruesa, mientras que el 9% de niños que nacieron por parto normal se encuentra igualmente en alerta como los mencionados anteriormente, donde se puede observar una diferencia

cuantitativa que recalca que los niños nacidos por cesárea presentaron retraso en el desarrollo motor grueso ya sea a varios factores perinatales como es el sufrimiento fetal lo que provoca una disminución de oxígeno, siendo un factor determinante para el desarrollo del niño. Y el 67% se encuentra en un desarrollo normal.

- Según los datos aplicados en la t-student para observar si el tipo de parto está relacionado con el desarrollo motor grueso en los niños de 0-1 año de edad, se pudo presenciar que no se evidencia diferencias estadísticas significativas en el desarrollo de la motricidad gruesa de los niños nacidos por cesárea y parto normal, concluyendo que el tipo de parto no está relacionado con el desarrollo motor grueso del niño rechazando la hipótesis aplicada en este proyecto de investigación.

## 4.5 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### BIBLIOGRAFÍA

- Cabero L, Saldívar D, Cabrillo E. Obstetricia y medicina materno-fetal. 1a ed. Madrid: Panamericana Editores; 2007 <sup>(26)</sup>.
- Cabero. L, Saldívar D. Operatoria obstétrica. 1a ed. México: Médica Panamericana Editores; 2009 <sup>(14)</sup>.
- Cabezuelo G, Frontera P. El desarrollo psicomotor. 1a ed. Madrid: NARCEA Editores; 2010 <sup>(22)</sup>.
- Cratty B. Desarrollo perceptual y motor en los niños. 2a ed. Barcelona: Paidós Ibérica Editores; 1982 <sup>(24)</sup>.
- Corominas. C. Embarazo y primer año de vida. 1a ed. Madrid: ISBN Editores; 2005<sup>(9)</sup>.
- León C. Secuencias de desarrollo integral. 1a ed. Caracas: Texto Editores;2007 <sup>(25)</sup>.
- Lewis M. Vas a ser mamá. 1a ed. Barcelona: Robinbook Editores; 2009 <sup>(18)</sup>.
- Lusiá. J, Clavero. J. Tratado de ginecología. 14a ed. Madrid: Diaz de santos Editores; 1993<sup>(17)</sup>.
- Marguerite S. La agenda para el embarazo. 1a ed. Barcelona: Amat Editores; 2010<sup>(16)</sup>.
- Nazear. J, Ramirez R. Neonatología. 1a ed. Santiago de Chile: Universitaria, S.A Editores; 2013 <sup>(10)</sup>.
- Ruiz L. Desarrollo motor y actividades físicas. 1a ed. Madrid: Gymnos Editores; 1987<sup>(20)</sup>.
- Saldano M, Celso A, Gazulla G. Guía práctica para padres. 1a ed. Buenos Aires: Albatros Editores; 2004 <sup>(19)</sup>.
- Picq L, Vayer P. Educación psicomotriz y retraso mental. 1a ed, Barcelona: Científico Médica Editores; 1985 <sup>(21)</sup>.

## LINKOGRAFÍA

- Aguilar H. Nacimiento por cesárea y su influencia en el desarrollo psicomotor de niños de 4 años del Distrito de Huanta, Ayaucho. RIUNSCH [en línea] 2007 [fecha de acceso 1 de Julio del 2015]; 15(74). URL disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812014000300008&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812014000300008&script=sci_arttext)

- Anónimo. Cesáreas crecen y mortalidad materna sigue a tasas altas. El Universo.[en línea]. 2015 Mayo 10 [fecha de acceso 10 de Junio del 2015];[ 1 p.]. URL disponible en:

<http://www.eluniverso.com/noticias/2015/05/10/nota/4853516/cesareas-crecen-mortalidad-materna-sigue-tasas-altas><sup>(3)</sup>

- Benítez F. Embarazo, parto y puerperio. [en línea]; 2006 [fecha de acceso 3 Julio del 2015 ].URL disponible en:

[http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c\\_3\\_c\\_1\\_vida\\_sana/embarazo\\_y\\_salud/lactancia\\_materna/embarazo\\_parto\\_puerperio.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/embarazo_y_salud/lactancia_materna/embarazo_parto_puerperio.pdf)<sup>(15)</sup>

- Betran. Tasas de cesáreas: análisis de los estimados regionales y nacionales RPSP. [en línea] 2007 [fecha de acceso 9 de Junio del 2015]; 21(4): [aprox. 2 p.].URL disponible en:.

[http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892007000300008&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892007000300008&script=sci_arttext)<sup>(2)</sup>

- Cubero T. La Ansiedad Materna y sus efectos previa a la labor de parto de madres primigestas del área de ginecología del Hospital IESS de la ciudad de Ambato en periodo Enero-Junio 2011. [en línea] 2011 [fecha de acceso 15 de Junio del 2015]. URL disponible en:

<http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/930/1/3151-Cubero%20Tamara.pdf><sup>(4)</sup>

- Gantes R. Asfixia del recién nacido. RCHP [en línea] 2005 [fecha de acceso 1 de Julio del 2015] 1(716). URL disponible en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062005000300006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062005000300006)<sup>(11)</sup>



- Hernández Velázquez N, Landrove Borjas I, Matos Andrés A. Desarrollo psicomotor al año de edad en niños con antecedentes de asfixia al nacer. [en línea].; 2014 [fecha de acceso 18 de Junio del 2015]; 18 (3): URL Disponible en:  
  
"http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812014000300008&script=sci\_arttext" <sup>(6)</sup>
- Olza I. Secuelas psicopatológicas de las cesáreas. [en línea]; 1998 [fecha de acceso 22 de Junio del 2015].URL disponible en:  
  
[http://www.aesmatronas.com/descargas/CONFERENCIAS\\_AESMATRONAS/07\\_PARTO/26\\_SECUELAS.pdf](http://www.aesmatronas.com/descargas/CONFERENCIAS_AESMATRONAS/07_PARTO/26_SECUELAS.pdf) <sup>(8)</sup>
- Olza I. Las secuelas cerebrales de la cesárea programada. [en línea] 2012 [fecha de acceso 28 de Julio del 2015]. URL disponible en:  
  
<https://iboneolza.wordpress.com/2012/08/27/las-secuelas-cerebrales-de-las-cesareas-programadas/> <sup>(13)</sup>
- Pedestal L, Alarcón AM, Muñoz S, Legue M, Barría M. Alteraciones del desarrollo Psicomotor en hijos de mujeres con depresión posparto de la ciudad de Valdivia-Chile. RMCH. [en línea] 2013 Abril [fecha de acceso 18 de Junio del 2015]; 141(4). URL disponible en:  
  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872013000400007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000400007) <sup>(7)</sup>
- Rubio C. Desarrollo motor en la infancia. RDIEE. . [en línea] 2009 Enero [fecha de acceso 1 de Agosto del 2015]; 18(2). URL disponible en:  
  
[http://www.csi-csif.es/andalucia/mod\\_ense-csifrevistad\\_18.html](http://www.csi-csif.es/andalucia/mod_ense-csifrevistad_18.html) <sup>(23)</sup>
- Salud OMdl. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. [en línea]; 1985 [fecha de acceso 15 de Mayo del 2015]. Disponible en:  
  
"http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO\_RHR\_15.02\_spa.pdf"  
<sup>(1)</sup>

## CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASE DE DATOS UTA

- **EBRARY:** Garrido F. Velásquez Y. (2009). Morbi-mortalidad perinatal en pacientes con preeclampsia. [citado 8 de junio del 2015]. Disponible en : <http://site.ebrary.com/lib/utasp/detail.action?docID=10327304&p00=morbimortalidad+neonatal>.
- **PROQUEST:** Obstetric and Gynecologic Care in Physical Therapy. [citado 10 de julio del 2015]. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/223119372/13D318E811677DF88E3/3?accountid=36765>.
- **EBRARY:** Pradillo P, José L (2009). Motricidad, ámbitos y técnicas de intervención. [citado 15 de julio del 2015]. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10272196&p00=motricidad>.
- **EBRARY:** Ovejero H. (S.A). Desarrollo cognitivo y motor, Macmillan Iberia. . [citado 29 de julio del 2015]. Disponible en: <http://site.ebrary.com/id/10820374?ppg=157>
- **EBRARY:** Castañer L, Martha O (2006). Manifestaciones básicas de la motricidad. [citado 1 de agosto del 2015]. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10692471&p00=motricidad>.

# ANEXOS

**ANEXO NO. 1**

**AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN**



**ESTIMULACIÓN  
TEMPRANA**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

Calles Salvador y México – Ingahurco Telefax: 2521134 Ext. 107 E-mail: estimulacionfcs@uta.edu.ec  
Ambato - Ecuador

Ambato, 25 de mayo de 2015  
FCS-ET-C-302

Médico  
Galo Vinueza Aguay  
**DIRECTOR**  
Hospital Docente Regional Ambato  
Presente

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE	
<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>	
Nº. TRAMITE	0721
FECHA:	28.05.2015
HORA:	08:40
RESPONSABLE	CWO

De mi consideración:

Reciba un cordial y atento saludo de la Facultad de Ciencias de la Salud a través de la Carrera de Estimulación Temprana.

El presente es para solicitarle de la manera más comedida autorice recibir a la Señorita **CAROLINA VELASTEGUI PARRA** estudiante de la Carrera de Estimulación Temprana de la Universidad Técnica de Ambato, para realizar en su Institución el Proyecto de Investigación **“LOS TIPOS DE PARTO Y SU RELACIÓN EL DESARROLLO MOTOR GRUESO DE NIÑOS DE 0 -1 AÑO DE EDAD EN EL HOSPITAL DOCENTE REGIONAL AMBATO”**

Con la seguridad de contar con su autorización, agradezco por su atención.

Atentamente,



Lcda. Mg. Mónica Aguirre León  
COORDINADORA, encargada

**ANEXO NO.2**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**



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

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo..... portador/a de la cédula número ..... en calidad de representante legal del niño/a ..... autorizo a mi representado a participar en el Proyecto de Investigación “**LOS TIPOS DE PARTO Y SU RELACIÓN EN EL DESARROLLO MOTOR GRUESO DE NIÑOS DE 0-1 AÑO EN EL HOSPITAL DOCENTE REGIONAL AMBATO**”. El mismo que se llevará a cabo por parte de la señorita Andrea Carolina Velástegui Parra, estudiante de la Universidad Técnica de Ambato.

### **ANEXO NO.3**

#### **ENCUESTA DIRIGIDA A MADRES DE FAMILIA**

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

#### **ENCUESTA DIRIGIDO A MADRES QUE ASISTEN AL HOSPITAL DOCENTE REGIONAL AMBATO**

##### **Objetivo General:**

Determinar la relación entre los tipos de parto y el desarrollo motor grueso de niños de 0-1 año

##### **INSTRUCCIONES GENERALES:**

- Lea detenidamente cada una de las preguntas y proceda a contestarlas.

**Edad de la Madre:** .....

**Semanas de Gestación:** .....

#### **ENCUESTA**

**1. Es madre por primera vez**

Si ( ) No ( )

**2. El parto que se realizó usted fue:**

Normal ( ) Cesárea ( )

**3. ¿Por qué motivo se realizó la cesárea?**

Sufrimiento Fetal ( )

Desproporción céfalo pélvica ( )

Embarazo Pos termino ( )

Preeclampsia ( )

Cesáreas Anteriores ( )

Bebé Macrosómico ( )

**4. ¿Dónde fue asistida?**

Hospital Regional ( )

Domicilio ( )

Clínica Privada ( )

**5. Considera usted que es mejor un parto por cesarea o normal**

Normal ( ) Cesarea ( )

ANEXO NO. 4.

ESCALA DE EVALUACIÓN DE NELSON ORTIZ



FORMULARIO DE DESARROLLO INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS (0 a 5 años)  
(Instrumento de medida sicosocioafectivo: EAD-Nelson Ortiz)

Nombre, niño o adolescente

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_  
 primer apellido \_\_\_\_\_ segundo apellido \_\_\_\_\_ nombre(s) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad en meses \_\_\_\_\_ Peso (kg) \_\_\_\_\_  
 día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

Persona que llenó el formulario

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Cargo/Función: \_\_\_\_\_  
 Firma: \_\_\_\_\_

Etiad Meses	Item	A Motricidad Gruesa	Puntaje	B Motricidad Fina Adaptiva	Puntaje	C Audición y Lenguaje	Puntaje	D Personal Social	Puntaje
11	0	Patea 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		Busca los sonidos con la mirada		Reconoce a la madre	
	2	Cuando está en posición boca abajo levanta la cabeza y el pecho		Sostiene un objeto en la mano		Pronuncia dos sonidos guturales diferentes		Sonríe al acariciarlo	
	3	Sostiene la cabeza cuando se lo toma de los brazos y se lo levanta		Se lleva un objeto a la boca		Balbucea con las personas		Se volteo 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 volta de un lado a otro		Sostiene un objeto en cada mano		Ríe a carcajadas		Acepta y coje juguetes	
	6	Intenta sentarse solo		Pasa un objeto de una mano a otra		Reconoce cuando se lo llamo		Pone atención a la conversación	
7 a 9	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 arrastra en posición boca abajo		Agarra un objeto pequeño con los dedos		Hace sonar el chinesco		Reacciona frente a su imagen en el espejo	
	9	Se sienta por sí solo		Agarra un cubo con dedos pulgar e índice		Pronuncia claramente una palabra		Imita los aplausos	
	10	Gata		Mete y saca objetos de una caja		Niegra con la cabeza		Entrega un objeto al examinador	
10 a 12	11	Se agarra y se pone de pie		Agarra un tercer objeto sin soltar otros		Llama a la madre o adampillanta		Pide un juguete u objeto	
	12	Se para solo sin ayudo		Busca objetos escondidos		Entiende una orden sencilla		Bebe en taza solo	
	13	Da pasitos solo		Hace una torre de 3 cubos		Reconoce 3 objetos		Señala una prenda de vestir	
13 a 16	14	Camina solito		Pasa hojas de un libro		Combina 2 palabras		Señala 2 partes del cuerpo	
	15	Corre		Espera que salga la pelota		Reconoce 6 objetos		Avisa para ir al baño	
	16	Patea la pelota		Tapa una caja de manera correcta		Memora 5 objetos		Señala 5 partes del cuerpo	
16 a 24	17	Lanza la pelota con las manos		Hace garabatos		Usa frases de 3 palabras		Trata de contar experiencias	
	18	Salta en dos pies		Hace torre de 5 0 más cubos		Dice más de 20 palabras claras		Durante el día tiene control de la orina	
	19	Se para de puntas en ambos pies		Ensarta 6 o más cuentas		Dice su nombre completo		Diferencia y mujer	
25 a 36	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 papa	
	21	Camina hacia atrás		Separa objetos grande y pequeños		Una 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 sirve 5 objetos		Puede desvestirse solo	
37 a 48	23	Se para 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)	
	25	Camina en línea recta		Dibuja figura humana de 5 partes o más		Cuenta los dedos de la mano		Puede vestirse y desvestirse solo	
49 a 60	26	Salta tres o más pasos en un pie		Agrupa 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 0 5 colores		Organiza juegos	
	28	Con los pies juntos salta una cuerda de 25 cm de altura		Agrupa objetos por color, forma y tamaño		Expresa opiniones		Hace mandados	
61 a 72	29	Corre 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 50 cm 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 NO. 5**

**FOTOS DE LA ENCUESTA A LAS MADRES DE FAMILIA**



**ANEXO NO.6.**

**FOTOS DE LAS EVALUACIONES A LOS NIÑOS**



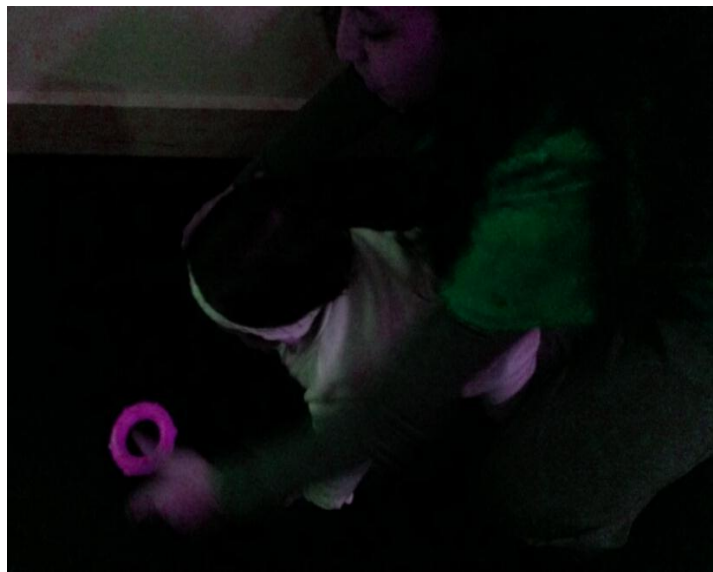
**Evaluando el control cefálico**



**Evaluando la posición de cuatro puntos**



**Evaluando la sedestación**



**Evaluando el gateo**