

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

FACULTAD DE TECNOLOGÍA MÉDICA



“DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS CON DISPLASIA DE CADERA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS DE LIMA”

TESIS PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN TECNOLOGÍA MÉDICA EN LA CARRERA PROFESIONAL DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

PRESENTADO POR LA:

Bach. Cahuana Cadagán, Lissete Luzmila
Bach. Condori Moreno, Estephany Grace

ASESOR:

Mg. Soto Manrique, Jesús Alberto

Lima-Perú

AÑO 2020

DEDICATORIA

Esta investigación va dedicada a:

A Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por siempre tomarme de la mano y nunca soltarme.

A mi dulce madre, Vilma Moreno Vega porque gracias a su sacrificio y esfuerzo son todos mis logros. Eres el pilar de mi vida y me siento muy orgullosa de tenerte. Te amo y no habrá manera de devolverte todo lo que hiciste por mí.

A mi padre, Sebastián Condori Quispe porque nos brindaste lo poco que tenías y a pesar de todo estuviste en el transcurso de todo este tiempo. Te quiero viejo.

A mis hermanos Christian y Elizabeth Condori, sin ellos mi vida no tendría sentido. Son los mejores hermanos y gracias a ustedes y a su apoyo incondicional soy una mejor persona, los amo infinitamente.

Estephany, Condori Moreno

DEDICATORIA

Esta investigación va dedicada a:

A Dios principalmente por haberme
permitido culminar mi carrera y
bendecirme siempre en cada paso que
doy sin él nada sería posible.

A mis padres Raúl Cahuana y Luzmila
Cadagán quienes me aconsejaron y
guiaron para ser la persona que soy,
también por todo el apoyo incondicional
que siempre me han dado para poder
cumplir mis sueños y metas anheladas,
gran parte de mis logros se los debo a
ellos ya que siempre me han motivado
a nunca rendirme y ser cada vez mejor
en todo lo que me proponga a lo largo
de mi vida.

A mis hermanos Raúl y Alberto
Cahuana por siempre estar conmigo
apoyándome en todo momento,
dándome consejos que me han
ayudado mucho en mi vida personal y
profesional.

Lisete, Cahuana Cadagán

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestro padre celestial
por bendecirnos y siempre guiarnos.

A nuestros padres: Vilma y Sebastián;
Luzmila y Raúl, por ser nuestros guías
y alentarnos en todo este largo camino.

Gracias por sus esfuerzos y lucha
constante.

Agradecemos a nuestros docentes de
la Carrera de Terapia Física y
Rehabilitación, por habernos guiado y
brindado sus conocimientos en lo largo
de nuestra etapa universitaria. De una
manera muy especial, al magister
Jesús Soto Manrique asesor de nuestro
proyecto de investigación, el cual nos
guio con sabiduría y paciencia.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el perfil de Desarrollo Psicomotor en niños de 2 a 5 años con Displasia de Cadera en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios de Lima. **Material y Métodos:** Se realizó el estudio observacional, descriptivo de corte transversal durante el mes de febrero del 2020. La muestra consta de 80 niños que presentaban el diagnóstico de displasia de cadera. El instrumento utilizado es el Test de Desarrollo Psicomotor (TEPSI). **Resultados:** Se evaluó a 80 niños, según la muestra por desarrollo psicomotor el 56,3% presenta un desarrollo normal, el 31,3% obtuvo un desarrollo de riesgo y un 12,5 % desarrollo en retraso. Según la evaluación realizada con el test de Tepsi, se observó que si existe significancia en relación al desarrollo motor grueso en los niños con displasia de cadera, teniendo como valor mayor con presencia de retraso motor al 32,5% perteneciente al sexo femenino. **Conclusiones:** En esta investigación concluimos que si existe una relación significativa entre el desarrollo motor grueso en los niños con displasia de cadera, a través de la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson.

Palabras Clave: Terapia Física y Rehabilitación, Desarrollo Psicomotor, Displasia de Cadera, Test de desarrollo Psicomotor.

ABSTRACT

Objective: To determine the profile of Psychomotor Development in children from 2 to 5 years with Hip Dysplasia in the Physical Therapy and Rehabilitation Service of the San Juan de Dios Clinic in Lima. **Material and Methods:** The observational, descriptive cross-sectional study was carried out during the month of February 2020. The sample consists of 80 children who presented the diagnosis of hip dysplasia. The instrument used is the Psychomotor Development Test (TEPSI). **Results:** 80 children were evaluated, according to the sample for psychomotor development, 56.3% had normal development, 31.3% had risky development and 12.5% had delayed development. According to the evaluation carried out with the Tepsi test, it was observed that if there is significance in relation to gross motor development in children with hip dysplasia, the highest value with the presence of motor delay was 32.5% belonging to the female sex. **Conclusions:** In this investigation we conclude that there is a significant relationship between gross motor development in children with hip dysplasia, through the Pearson's Chi-square statistical test.

Key Words: Physical Therapy and Rehabilitation, Psychomotor Development, Hip Dysplasia, Psychomotor Development Test.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	3
DEDICATORIA.....	4
AGRADECIMIENTOS	5
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	10
1.1. Base Teórica.....	10
1.2. Planteamiento del Problema	17
1.3. Antecedentes.....	18
1.3.1. Antecedentes Internacionales	18
1.3.2. Antecedentes Nacionales.....	20
1.4. Justificación	21
1.5. Formulación del Problema	22
1.5.1. Problema General	22
1.5.2. Problemas Específicos.....	22
1.6. Objetivos.....	23
1.6.1. Objetivo General	23
1.6.2. Objetivos Específicos	23
CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODOS	25
2.1. Diseño del Estudio	25
2.2. Población	25
2.2.1. Criterios de Inclusión	25
2.2.2. Criterios de Exclusión.....	25
2.3. Muestra.....	26
2.4. Operacionalización de Variables.....	26
2.5. Procedimientos y Técnicas	28
2.6. Aspectos Éticos	30
2.7. Plan de Análisis de Datos	31
CAPÍTULO III: RESULTADOS	32
CAPITULO IV: DISCUSIÓN.....	44
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES	46
CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES	47

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
ANEXOS	51
MATRIZ DE CONSISTENCIA	63

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. Base Teórica

1.1.1. Desarrollo Psicomotor

1.1.1.1 Concepto

El desarrollo se define como la maduración de los órganos que conforman la estructura del ser humano, las cuales se organizan, diferencian y perfeccionan mientras se van desarrollando (1).

El desarrollo psicomotor (DSM) procedimiento de evolución, multidimensional y global donde se comienza a dominar ciertas habilidades y respuestas, que son con el tiempo un poco más difíciles para el niño (2), las cuales lo adquiere desde su nacimiento y durante los dos años. Se compone por el sistema sensorial, mental, motor y la influencia del lenguaje con el área social, proceso de continua evolución donde empieza a controlar niveles tan complejos del movimiento, pensamiento, interacción con su alrededor, los objetos y el medio ambiente (3). Este desarrollo abarca de manera general a un recién nacido en crecimiento y totalmente incapaz de sobrevivir y avanzar sin el cuidado de un adulto (1).

De acuerdo con la escuela francesa de psicomotricidad, el desarrollo psicomotor según Koupnik & Dailly (1976) proponen tres características: Desarrollo motor: abarca la progresión del tono muscular del niño con respecto a las nuevas posturas y movimientos que el niño va adaptando, como son el gateo, el arrastre, el andar, el correr. Desarrollo de la actividad práxica: abarca la teoría

sensoriomotor. Desarrollo del esquema corporal: comprende el “esquema” que empieza a construir el niño con su cuerpo, la idea del cuerpo como un instrumento de acción (4).

1.1.1.2 Teorías del Desarrollo Psicomotor

Lo estadios de Piaget presentan un periodo inicial y el periodo final del logro de la función (1). En un principio Piaget clasifica al desarrollo de la inteligencia en 4 etapas (Etapa Sensoriomotor, Etapa Preoperacional, Etapa Operaciones concretas y Etapa Operaciones formales).

El niño crea acciones directas sobre la realidad, alcanzando a cambiar esa realidad gracias a la adquisición de las operaciones concretas. Donde Piaget e Insheider (1966) definen tres niveles (sensoriomotor, operaciones concretas y operaciones formales) (4).

1.1.1.2.1 Periodo sensoriomotor

A partir del nacimiento hasta los 2 años. Se comienza a observar la construcción de la realidad que rodea al niño utiliza los reflejos como medio de respuesta (4), se caracteriza por las Habilidades cognitivas, principalmente la práctica en la exploración sensorial basado en los avances motores y desarrollo fisiológico de los sentidos (1).

1.1.1.2.2 Periodo operaciones concretas

A partir de los 2 hasta los 12 años. Empieza a emplear un sistema de representaciones y comienza a utilizar símbolos para representar lugares, personas y acontecimientos (1). Comienzan a razonar en forma lógica acerca del aquí y ahora (4).

1.1.1.2.3 Periodo operaciones formales

Aborda desde la adolescencia y en la edad adulta, alrededor de 12 años hacia adelante. Aquí el individuo consigue pensar en términos abstractos y frecuentar alguna situación hipotética. Estas operaciones le ayudan a manejar ideas generales y diseñar construcciones abstractas (1).

1.1.1.3 Áreas del Desarrollo Infantil

1.1.1.3.1 Sensorial

Mediante el uso de los sentidos, él niño inicia conociendo el mundo que lo rodea. Al margen que va utilizándolos se va favoreciendo el desarrollo de la memoria, lenguaje y pensamiento lógico (5).

1.1.1.3.2 Emocional

Empieza a conocer las emociones y como tener control de ellas, ya que el dominio, ejercicio de las emociones, autocontrol y la identificación de estados de ánimo en él y lo demás, hace al niño emocionalmente estable (5).

1.1.1.3.3 Social

El niño conoce nuevos elementos de socialización y empieza a demostrar actitudes de interacción. Aquí abarcan experiencias afectivas y la socialización del niño, las cuales permitirán relacionarse con otros. Para su desarrollo apropiado es fundamental la intervención de los padres como primeros vínculos afectivos (5).

1.1.1.3.4 Intelectual

El desarrollo de la inteligencia está relacionado con momentos de aprendizaje que tenga el niño a través de estímulos recibidos de diversas vías sensoriales (5).

1.1.1.3.5 Físico

Cuando el niño explora y se relaciona con su medio comienza a desarrollar su potencial físico y se van desarrollando otras funciones del cerebro las cuales le permitirán adquirir nuevas competencias y habilidades (5).

1.1.1.4 Características del niño de 2 a 5 años

1.1.1.4.1 Dos años

El niño empieza a caminar mejor, corre sin tener muchas caídas, se levanta sin apoyar las manos, capaz de saltar y trepar. Sigue manipulando objetos con más precisión y desarrolla aún más su destreza con la cuchara, come solo casi correctamente y ahora colabora al momento de vestirse y desvestirse con mayor facilidad. En el lenguaje comienza a repetir el nombre de algunas cosas y comienza a construir frases. De manera social tiene dependencia total de su madre (1).

1.1.1.4.2 Tres años

Continúa mejorando su desarrollo motor y su equilibrio, sube escaleras usando de manera alternante las dos piernas. Al andar lo hace de manera más fluida y grácil, alterna el movimiento de sus brazos, esquivo obstáculos y cambia con más precisión de dirección. En el lenguaje comienza hablar mucho mejor dice su

nombre y de muchos objetos. En lo social, interactúa más, ayuda en diversas actividades y acata órdenes sencillas (1).

1.1.1.4.3 Cuatro años

Aumentó su capacidad en subir y bajar las escaleras, usando de manera alternante las dos piernas. Tiene más seguridad en su marcha y carrera ya que puede esquivar obstáculos. En el lenguaje ha mejorado paulatinamente su habla y ahora se le entiende por completo. Constantemente suele preguntar el porqué de las cosas. En lo social es más independiente (1).

1.1.1.4.4 Cinco años

Sus habilidades motoras alcanzan el nivel máximo de su desarrollo, es más activo y presenta fuerza, equilibrio y control. Su lenguaje mejoró mucho más y en lo social le encanta participar en actividades familiares (1).

1.1.2 Displasia del Desarrollo De La Cadera (DDC)

1.1.2.3 Concepto

La DDC, se define como una formación inadecuada en la articulación coxofemoral (6), la cual a mediano plazo hay un incorrecto desarrollo de la articulación y a largo plazo existe presencia de cojera, desgaste de la articulación (7) e inestabilidad articular (8).

1.1.2.4 Incidencia

La DDC tiene como incidencia un 0,8 al 3% de todos los recién nacidos, afecta a la cadera izquierda en un 60% de los casos encontrados, 20% a la cadera derecha, y el 20% restante se da bilateralmente (6).

1.1.2.5 Factores de Riesgo

Factores para padecer DDC son: sexo (mayor incidencia en mujeres que hombres), antecedentes familiares, tipo de embarazo (primeriza, gemelar y presencia de diabetes gestacional), tipo de parto (cesárea y pelviano), presencia de hiperlaxitud articular y alteraciones ortopédicas (metatarso aducto, pie zambo, etc.) (6).

1.1.3 Instrumento de Evaluación

1.1.3.3 “TEPSI”

1.1.3.3.1 Descripción

El test de desarrollo psicomotor en niños de 2 a 5 años, realiza la evaluación del proceso psíquico infantil. Se conoce como el test de “tamizaje”, se refiere a la evaluación gruesa el cual nos permite conocer el nivel de DSM, se encuentra dividido en 3 áreas: Subtest Coordinación, Subtest Lenguaje y Subtest Motricidad (9).

1.1.3.3.2 Tipo de Administración

Se realiza en forma individual (9).

1.1.3.3.3 Edades de Aplicación

Todos los niños que se encuentren en el rango de 2 a 5 años (9).

1.1.3.3.4 Subtest del Instrumento

Compuesto por 52 ítems las cuales se dividen en 3 subtests: Coordinación, Lenguaje y Motricidad (9).

1.1.3.3.4.1 Subtest Coordinación

Conformado por 16 ítems por las cuales conoceremos la habilidad del niño, mediante actividades para construir, dibujar la mayor parte de una figura humana, copiar figuras de una lámina, ordenar barras por tamaño, etc. (9).

1.1.3.3.4.2 Subtest Lenguaje

Conformado por 24 ítems representados en aspectos como verbalizar, nombrar objetos y animales, discriminar pesado y liviano, definir palabras, etc. (9).

1.1.3.3.4.3 Subtest Motricidad

Conformado por 12 ítems por las cuales conoceremos la capacidad del niño al utilizar su cuerpo en conductas como caminar llevando un vaso de agua, mantenerse en un pie, lanzar una pelota con dirección, caminar en punta de pies, etc. (9).

1.1.3.3.5 Tiempo de Administración

Depende de la edad que presente el niño y en el evaluador dependerá de su destreza (9).

1.2. Planteamiento del Problema

Según la OMS, hallo que en años últimos, se ha dado a conocer el lazo entre el progreso físico, el crecimiento psicológico, la salud y la atención de los padres. Intercambiando detalles de las cuales se van a enfocar en el crecimiento y desarrollo para así poder ayudarlos a tener un comportamiento adecuado para promover el desenvolvimiento anímico y la progresión de los niños. El desarrollo hace semejanza a la maduración en los aspectos físicos, lingüísticos, socio afectivos y de temperamento como en el progreso de la motricidad fina y gruesa. Cada año a nivel mundial fallecen 10 millones de infantes menores de 5 años (10).

Mediante la OPS se manifestó en países como el Caribe y de América del sur cada año aflora alrededor de 12.000.000 de infantes; se cree que cerca de 400.000 fallecen antes de los 5 años, 270.000 fallecen antes de un año y de los últimos 180.000 fallecen en el primer mes. Estas pérdidas continuas se podrían evitar si se detectan a tiempo como la desnutrición y gran parte de enfermedades infecciosas y respiratorias. En medio de 1990 y 2003, la mortandad infantil bajo de 43 a 25 por 1.000 nacidos vivos pero a pesar de esta disminución, en otros países latinoamericanos y del Caribe la gran cantidad de tasa de mortalidad en los recién nacidos no habido cambios. En 1989 y 1998 el porcentaje de muerte infantil en Bolivia bajo 29% y la mortalidad neonatal bajo un 7% (11).

De acuerdo con el MINSA en el 2018, la patología de displasia de cadera se encuentra en un rango más común afectando así a un 0.1 a 3% de la población. La incidencia cambiara si se encuentra los factores de riesgo entre 1.5 a 20.7 por cada 1000 nacido vivo. Teniendo a conciencia que la displasia de cadera es

la patología mundialmente conocida, presente en todas las latitudes y etnias con una incidencia que puede variar entre países. Se detalla la incidencia por cada nacido vivo según los estudios; a nivel mundial la incidencia por nacido vivo; en países desarrollados es de 1-2 por 1000, en Alemania es de 4 por 1000, Cuba es de 3-4 por 100, Estados Unidos, indios americanos es de 30 por 1000 y a nivel de América Latina se encuentra Bolivia con una incidencia de 4 por 1000, Chile es de 3 por 1000 entre 7 por 10000 (12).

1.3. Antecedentes

1.3.1. Antecedentes Internacionales

En 2004 - 2005, Polonia es el país donde se hizo un análisis con el deseo de evaluar el dominio del tratamiento de la malformación de cadera (DDH) con la abrazadera de mejorar el desarrollo motor en el niño. 100 niños tratados por DDH sirvieron como grupo de estudio. En general, el seguimiento con el aparato ortopédico duró 91 días. La edad media en cual los pacientes se pudieron sentar fue en 7 meses. Ellos comenzaron a caminar a la edad de 1 año y 14 días, que por el contrario al grupo de control ($P=0,002$) empezó después de 21 días (13).

En 2005, Argentina donde se ejecutó una investigación en el Hospital Materno - Infantil "Ramón Sardá" de Buenos Aires con la finalidad de identificar el crecimiento motor y mental en niños de 4 y 5 años que nacieron desde la quincena de abril de 2003 al 2004 con $PN \leq 1.500$ g. Gracias al Tepsi la totalidad de infantes alcanzaron el rango de normalidad en un 80% (14).

"En 2006, Argentina donde se desarrolló una observación en la provincia de Mendoza con el objetivo de elaborar normas locales del test (tepsi) entre 3 y 5 años a 205 niños. El producto que se obtuvo gracias al test Shapiro Wilks se estableció entre la Coordinación, Motricidad y Lenguaje se obtuvo una puntuación del TEPSI una clasificación normal en la gran parte de los grupos de estudio (15).

En 2015, Colombia país donde se hizo una investigación en la institución educativa ubicada en el municipio de La Virginia (Risaralda) con un interés de diagnosticar la existencia de la interrelación del incremento motor y la productividad escolar de 87 niños en edades de 4 y 5. Total de la población fueron 150. Se hallaron similitudes entre la productividad escolar, el lenguaje y coordinación (16).

En 2015, España se desarrolló un análisis con la determinación de examinar los procesos de malformación de cadera con un mal resultado después de un conservador seguimiento y una complicación psicomotor en 293 casos. En 325 ocasiones evaluados de manera conservador, se pudo hallar que en 44 sucesos fueron inválidos. Dentro del 36% diagnosticado en 16 ocasiones, 10 pacientes se encontraron con un trastorno motor. La mayoría de los sucesos fue en mujeres (17).

1.3.2 Antecedentes Nacionales

En 2011 Perú es uno de los países donde se hizo una investigación en la Casa Hogar Villa El Salvador – Lima con una intención de analizar en los menores de 4 años el progreso del crecimiento motor, en 20 niños en el área de desarrollo psicomotor, se observó un 49,8% (9) tenían un normal desarrollo y 25% (5) tuvieron retraso. Terminando con el análisis el 61,1% (11) llegó a la conclusión de normalidad con un gran cambio (18).

"En 2017, Perú donde se desarrolló un análisis en la clínica San Juan de Dios – Lima para resolver la relación de la malformación de la cadera y crecimiento motor en niños de 2 a 5 años, conformada por 170 niños que presentaban el problema malformación de cadera. Según la evaluación del Desarrollo Psicomotor 79 niños tenían un desarrollo psicomotor normal, 66 se encontraban en riesgo y 25 se hallaban con retraso (19).

En 2018, Perú ejecutó un proyecto en la Institución Educativa Inicial N.º 130, Ventanilla con un propósito para investigar la normalidad del crecimiento motor en 76 niños de 4 años. La nivelación motora resultó normal con un 52.6%, el 34.2% se encontró en riesgo y el 13.2% con retraso (20).

En 2019, Perú hizo un análisis de la Institución Educativa Inicial 232 Virgen de las Mercedes en el distrito de Pocollay (Tacna) con el solo fin de estudiar en 48 niños de cinco años su desempeño psicomotriz. Los resultados dan a concluir la normalidad en el proceso motor en un 87,5%. Uno de los 48 niños alcanzó un

puntaje en la cual se ubica en un estado de retraso, representando el 2,1% de la totalidad y cinco niños (10,4%) se hallaron en el estado de riesgo (21).

"En 2019, Perú demostró con una investigación de la Institución Educativa N.º 390, Independencia con la determinación de analizar el desempeño motor de niños de 4 años. En 30 niños se hallaron un 37% que los niños tienen retraso, seguido de riesgo con 33% y normal con 30%, mientras que en la categoría de coordinación 50% niños presentan normal, seguido de Riesgo con 37% y retraso con 13%, en el lenguaje el que más predomina es riesgo con 47%, seguido de normal con 30% y retraso con 23%, y en la categoría de motricidad 83% normal, con 13% riesgo y retraso con 3% (22).

1.4. Justificación

A través de esta investigación se determinó el perfil del DSM en niños de 2 a 5 años que presentan diagnóstico de Displasia de cadera.

Se realizó esta investigación por qué se pretende saber cuál es el desarrollo psicomotor que tiene el niño, por medio de la aplicación del TEPSI la cual evalúa 3 áreas: Coordinación, Lenguaje y Motricidad. Por las cuales obtendremos un resultado total de cada área, para así conocer el perfil que presente el niño.

Esta investigación se realizó para innovar nuevos programas de prevención para la mejoría y aprendizaje de los niños y así disminuir la prevalencia y el riesgo, para llegar alcanzar un buen nivel de desarrollo de acuerdo a cada edad. También se le brindó a los padres recomendaciones y pautas necesarias para

sus hijos para seguir fortaleciendo el desarrollo de su aprendizaje, con el fin de lograr un mayor y mejor resultado en su desarrollo psicomotor y en el menor tiempo que sea posible.

1.5. Formulación del Problema

1.5.1. Problema General

¿Cuál es el perfil de Desarrollo Psicomotor en niños de 2 a 5 años con Displasia de Cadera en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios de Lima?

1.5.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es el perfil de Desarrollo Psicomotor según el sexo, en niños de 2 a 5 años con Displasia de Cadera en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios de Lima?
- ¿Cuál es el perfil de Desarrollo Psicomotor según la edad, en niños de 2 a 5 años con Displasia de Cadera en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios de Lima?
- ¿Cuál es el perfil de Desarrollo Psicomotor según el tipo de parto, en niños de 2 a 5 años con Displasia de Cadera en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios de Lima?

- ¿Cuál es el perfil de Desarrollo Psicomotor según el peso al nacer, en niños de 2 a 5 años con Displasia de Cadera en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios de Lima?
- ¿Cuál es el perfil de Desarrollo Psicomotor según la edad de la madre, en niños de 2 a 5 años con Displasia de Cadera en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios de Lima?

1.6. Objetivos

1.6.1. Objetivo General

Determinar el perfil de Desarrollo Psicomotor en niños de 2 a 5 años con Displasia de Cadera en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios de Lima.

1.6.2. Objetivos Específicos

- Conocer el perfil de Desarrollo Psicomotor según el sexo, en niños de 2 a 5 años con Displasia de Cadera en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios de Lima.
- Conocer el perfil de Desarrollo Psicomotor según la edad, en niños de 2 a 5 años con Displasia de Cadera en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios de Lima.
- Conocer el perfil de Desarrollo Psicomotor según el tipo de parto, en niños de 2 a 5 años con Displasia de Cadera en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios de Lima.

- Conocer el perfil de Desarrollo Psicomotor según el peso al nacer en niños de 2 a 5 años con Displasia de Cadera en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios de Lima.
- Conocer el perfil de Desarrollo Psicomotor según la edad de la madre, en niños de 2 a 5 años con Displasia de Cadera en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios de Lima.

CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Diseño del Estudio

Es un estudio observacional, descriptivo de corte transversal.

2.2. Población

Todos los niños en un rango de 2 a 5 años con diagnóstico de Displasia de Cadera atendidos en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios de Lima, durante el mes de febrero del 2020.

2.2.1. Criterios de Inclusión

- Padres que brinden su consentimiento, en la participación de su menor hijo para el desarrollo del Test. (Anexo 1).
- Niños con diagnóstico DDC.
- Niños en un rango de 2 a 5 años.
- Niños de ambos sexos.

2.2.2. Criterios de Exclusión

- Niños con alteraciones sensoriales.
- Niños con algún diagnóstico neurológico.

- Niños con alteraciones conductuales.
- Niños con déficit de atención.
- Niños post operados de cadera.
- Niños que no colaboren con el desarrollo del test.

2.3. Muestra

Se evaluó a 80 niños en un rango de 2 a 5 años con el diagnóstico de Displasia de Cadera, del Servicio de Terapia Física y Rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios de Lima, en el tiempo definido

2.4. Operacionalización de Variables

Variable	Definición Operacional	Instrumento de Medición	Escala de Medición	Forma de Registro
<u>Principal:</u> Desarrollo psicomotor	Proceso mediante el cual se adquiere habilidades y capacidades que nos permiten relacionarnos con nuestro entorno.	Test Desarrollo Psicomotor 2 – 5 años (TEPSI)	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Normal: Mayor o igual a 40 puntos. • Riesgo: Entre 30 y 39 puntos. • Retraso: Igual o menor a 29 puntos.
<u>Secundarias:</u> Sexo	Género sexual	Ficha de Recolección de Datos	Binaria	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino

Edad	Tiempo que ha transcurrido desde su nacimiento.	Ficha de Recolección de Datos	Discreta	2 - 5 años
Tipo de parto	Forma en la que la madre expulsa al niño	Ficha de Recolección de Datos	Binaria	<ul style="list-style-type: none"> • Normal • Cesárea
Peso al nacer	Peso que se toma inmediatamente después de nacer	Ficha de Recolección de Datos	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Macrosómico 4.000g o más • Peso adecuado 2.500g a 3.999g • Bajo peso al nacer 1.500 g a 2.499g • Muy bajo peso al nacer 1.000g a 1.499g Extremadamente bajo peso al nacer 500g a 999g
Edad de la madre	Tiempo de vida en años, que tuvo al momento del nacimiento del niño.	Ficha de Recolección de Datos	Discreta	<ul style="list-style-type: none"> • 16-23 años • 23-30 años • 30-37 años • 37-44 años

2.5. Procedimientos y Técnicas

Se solicitó permiso pertinente al Coordinador del Servicio de Terapia Física y Rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios de Lima, mediante el cual nos brindó las facilidades para la ejecución de esta investigación.

Se les brindó información del proyecto a los padres cuyos hijos tenían el diagnóstico de DDC, indicándoles que no existiría riesgo alguno al momento de la ejecución de este trabajo. La finalidad de este proyecto es conocer el DSM que presente el niño de 2 años a 5 años, según las diversas actividades que incluyen el test de TEPSI. Se adquirió la aprobación de los padres mediante el consentimiento informado.

Se adjuntó información a través de una ficha de recolección de datos, donde se incluyó diversos criterios de inclusión, exclusión, sexo, edad del niño, tipo de parto, el peso al nacer y edad de la madre, para la ejecución del proyecto (Anexo 3).

Para la evaluación del desarrollo psicomotor, se empleó el test “TEPSI”, el cual se desarrolló en 1980 por las psicólogas chilenas Margarita Haeussler y Teresa Marchant. Fue publicado en el año 1985 y desde ahí sigue siendo objeto de estudio (23,9). El propósito en nuestro país para la aplicación del TEPSI, es saber el nivel de desarrollo que demuestre el niño, por el cual podemos fomentar su desarrollo integral ayudándolo a lograr el mayor potencial. El test valora el desarrollo psíquico del niño en 3 áreas básicas:

Subtest Coordinación: Conformado por ítems (16) por las cuales conoceremos la habilidad del niño, en actividades como construir, dibujar la mayor parte de una figura humana, copiar figuras de una lámina, ordenar barras por tamaño, etc.

Subtest Lenguaje: Conformado por 24 ítems representados en aspectos como verbalizar, nombrar objetos y animales, discriminar pesado y liviano, definir palabras, etc.

Subtest Motricidad: Conformado por 12 ítems por las cuales conoceremos la capacidad del niño al utilizar su cuerpo en conductas como caminar llevando un vaso de agua, mantenerse en un pie, lanzar una pelota con dirección, caminar en punta de pies, etc.

Tipo de Administración: se realizará en forma individual cada evaluación.

Tiempo de Administración: Depende de la edad que presente el niño y en el evaluador dependerá de su destreza. Puede ser aproximadamente entre 30 a 40 min.

Materiales para la Administración: Compuesto por tres materiales:

La batería de prueba: Contiene materiales de poco costo. Un globo, lápiz de grafito, tabla de barras, bolsa de arena, una pelota, bolsa de algodón, etc.

Manual de Administración: Encontraremos instrucciones detalladas respectivamente para todos los ítems que conforman el test.

Protocolo y hoja de registro: Nos sirve para recaudar los resultados del niño. En una parte de la hoja contiene la información del niño y su padre, y en otra resume el resultado que obtiene en los subtests y test total. Segunda y tercera hoja se registra el resultado que obtiene en cada ítem (Anexo 4).

Puntajes T: Consta de un promedio de cincuenta y la desviación estándar de diez, conformados por:

Cálculo del Puntaje Bruto: Son puntajes que aún no se han cambiado en puntajes T, se calcula 4 puntajes brutos: Puntaje B. Subtest Coordinación, Lenguaje, Motricidad y Test total.

Conversión de Puntajes Brutos a Puntajes T: Para la transformación se utiliza tablas de conversión, el año de cada niño define que tabla se utilizará.

Determinación del Tipo de Rendimiento Logrado: Se ubica aquel rendimiento que alcanzó en cada Subtest y Test Total, se divide en 3 tipos:

Normalidad: Mayor o igual a 40 puntos.

Riesgo: Entre 30 y 39 puntos.

Retraso: Igual o menor a 29 puntos (8).

En base a lo recolectado, elaboraremos una base de datos en Microsoft Excel.

2.6. Aspectos Éticos

Este proyecto de tesis obtuvo la aceptación del Comité de Investigación, Facultad de Tecnología Médica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, así como la aceptación del Comité de Ética.

Asimismo, se contó con la autorización del coordinador general del Servicio de Terapia Física y Rehabilitación de la CSJD de Lima y la colaboración de los niños. Esta investigación es de manera voluntaria, por lo cual los padres de cada niño firmaron un consentimiento informado.

2.7. Plan de Análisis de Datos

Los datos se examinaron por medio del programa estadístico SPSS versión 25.0. Se determinó las medidas de tendencia central y dispersión. Se elaboraron tablas de frecuencia y contingencia. Se determinó asociación de variables por medio de la prueba chi cuadrado para las variables cualitativas y la prueba t de student, correlación de Pearson o correlación Spearman para variables cuantitativas, teniendo en consideración significativo los valores de $p < 0,05$.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de la muestra según el desarrollo psicomotor.

Desarrollo psicomotor	n	%
NORMAL	45	56,3
RIESGO	25	31,3
RETRASO	10	12,5
Total	80	100,0

Se evaluaron 80 niños con displasia de cadera en el servicio de terapia física y rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios de Lima, de los cuales 45(56,3%) tienen un desarrollo psicomotor normal, 25(31,3%) tienen un desarrollo psicomotor en riesgo y 10(12,5%) tienen un desarrollo psicomotor en retraso.

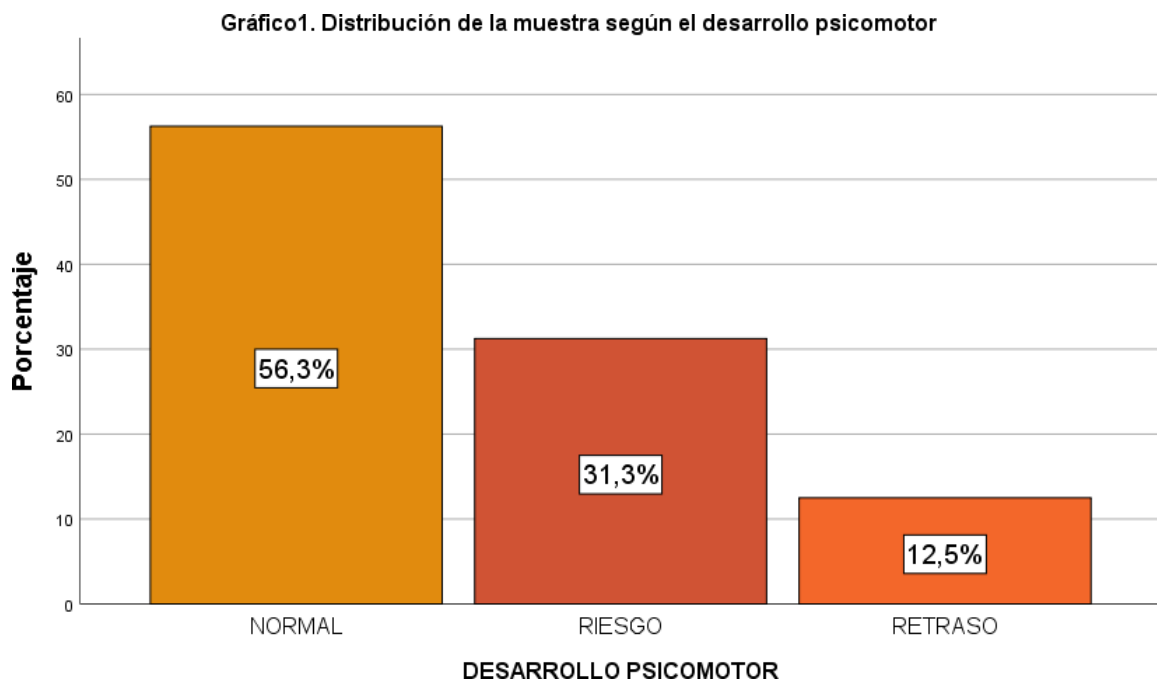


Tabla 2. Distribución de la muestra según el sexo

Sexo	n	%
MASCULINO	22	27,5
FEMENINO	58	72,5
Total	80	100,0

Se evaluaron 80 niños con displasia de cadera en el servicio de terapia física y rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios de Lima, de los cuales 22 (27,5%) fueron varones y 58 (72,5%) fueron mujeres.

Grafico 2 Distribución de la muestra según el sexo

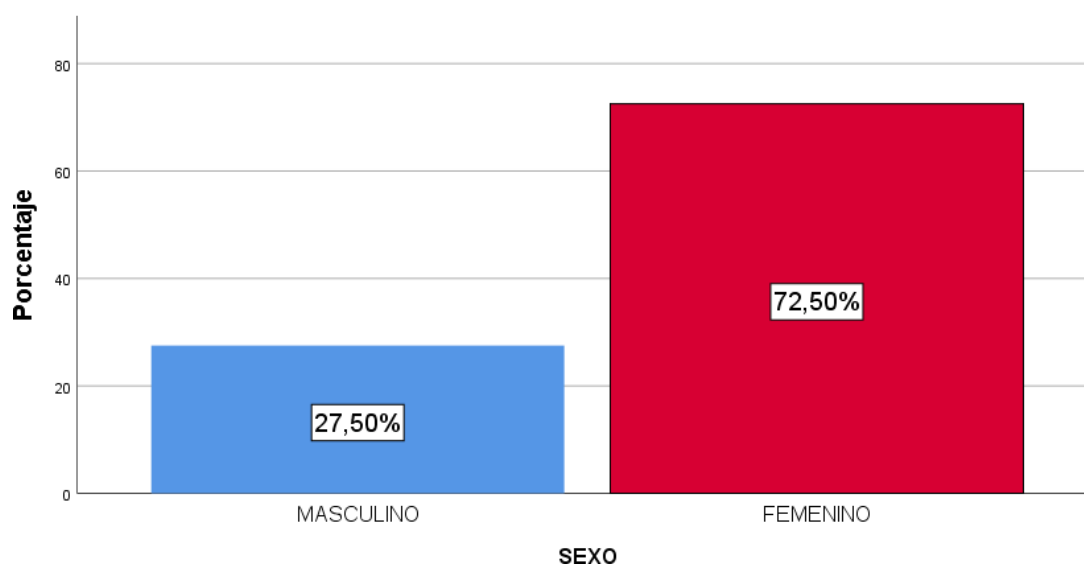


Tabla 3. Distribución de la muestra según la edad de los niños

Edad	n	%
2 años	38	47,5
3 años	23	28,7
4 años	17	21,3
5 años	2	2,5
Total	80	100,0

Se evaluaron 80 niños con displasia de cadera en el servicio de terapia física y rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios de Lima, de los cuales 38(47,5%) tienen 2 años, 23(28,7%) tienen 3 años, 17(21,3%) tienen 4 años y 2 (2,5%) tuvieron 5 años.

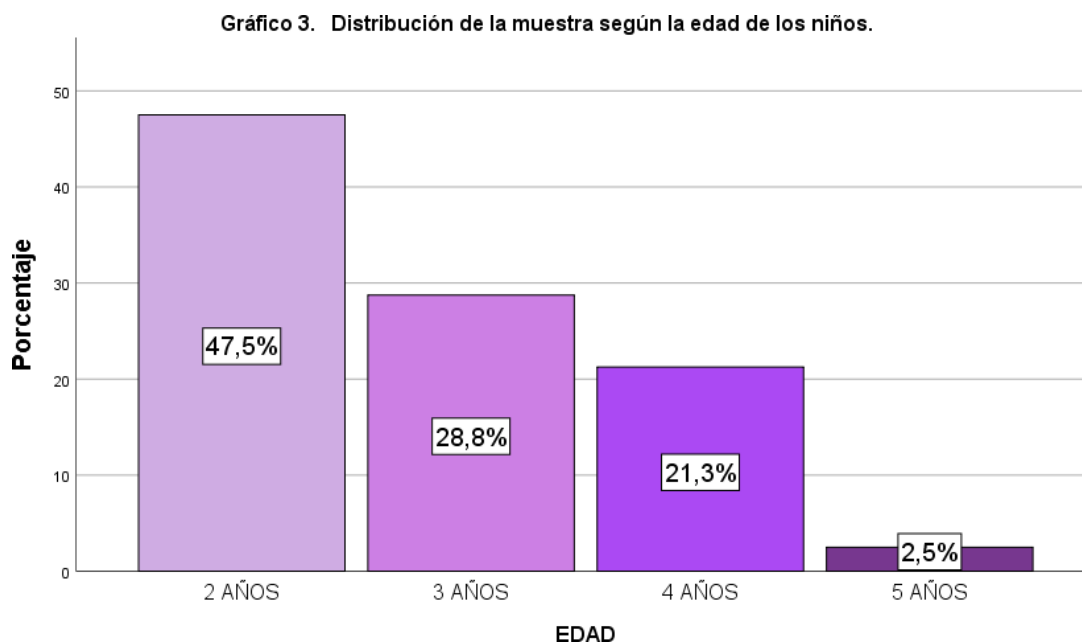


Tabla 4. Distribución de la muestra según el tipo de parto

Tipo de parto	n	%
PARTO NORMAL	40	50,0
PARTO POR CESÁREA	40	50,0
Total	80	100,0

Se evaluaron 80 niños con displasia de cadera en el servicio de terapia física y rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios de Lima, de los cuales 40 (50,0%) fueron parto normal y 40 (50,0%) fueron parto por cesárea.

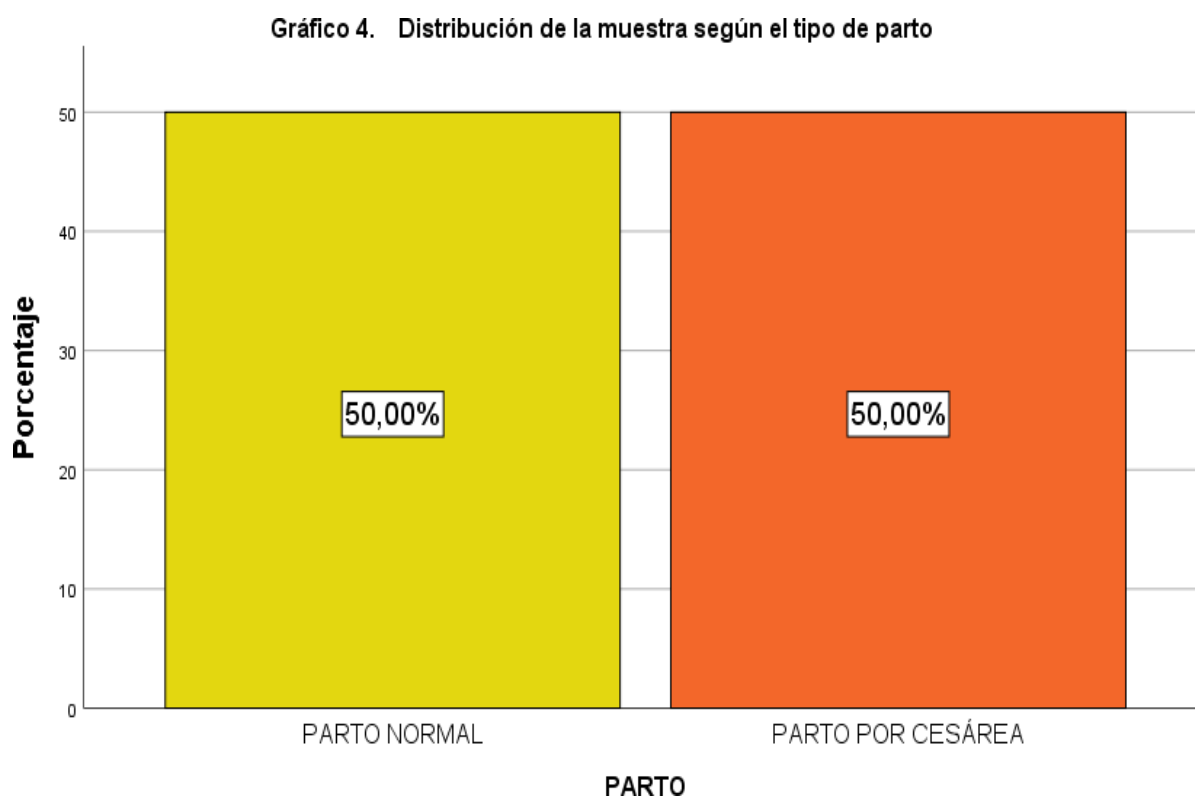


Tabla 5. Distribución de la muestra según el peso al nacer

Peso al nacer	n	%
MACROSÓMICO	6	7,5
PESO ADECUADO	60	75,0
BAJO PESO AL NACER	13	16,3
MUY BAJO PASO AL NACER	1	1,3
Total	80	100,0

Se evaluaron 80 niños con displasia de cadera en el servicio de terapia física y rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios de Lima, de los cuales 6 (7,5%) tuvieron un peso macrosómico, 60 (75%) nacieron con un peso adecuado, 13 (16,3%) nacieron con un bajo peso al nacer, y 1 (1,3%) nació con un peso muy bajo al nacer.

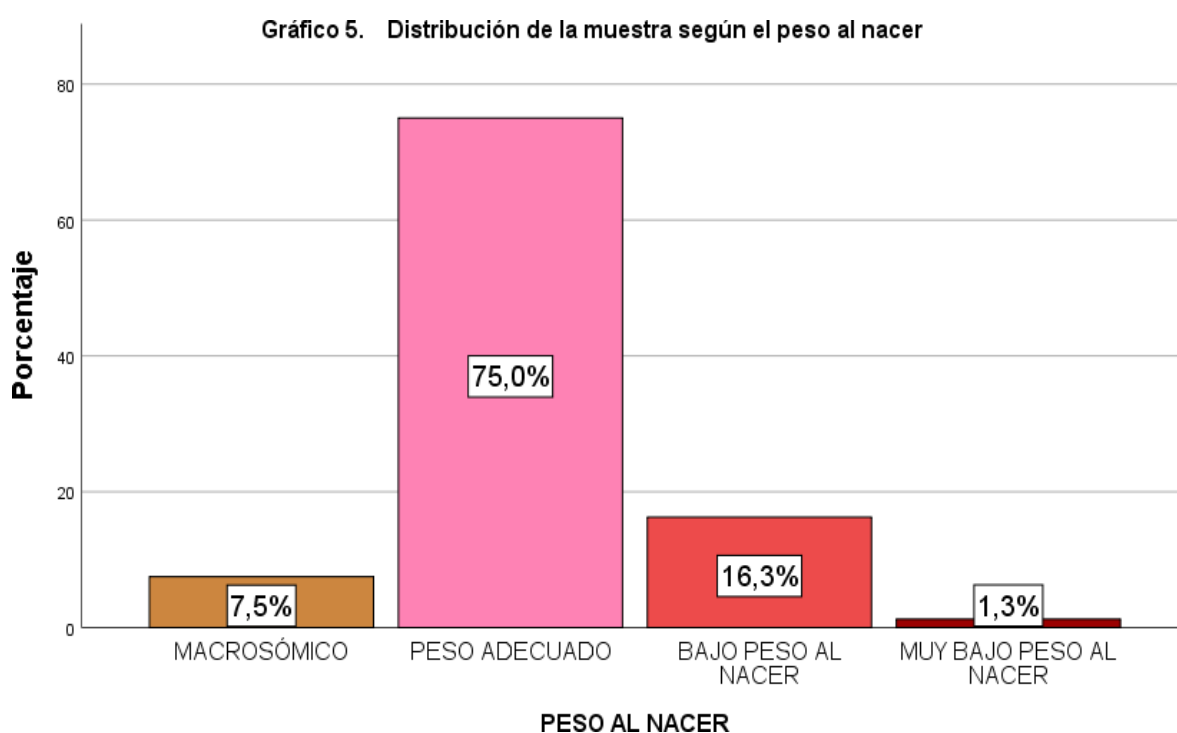


Tabla 6. Distribución de la muestra según la edad de la madre

Edad de la madre	n	%
16 a 23 años	9	11,3
23 a 30 años	28	35,0
30 a 37 años	30	37,5
37 a 44 años	13	16,3
Total	80	100,0

Se evaluaron 80 niños con displasia de cadera en el servicio de terapia física y rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios de Lima, se evaluó las edades respectivas de las madres de los cuales 9 (11,3%) presentan una edad entre 16 a 23 años, 28 (35%) presentan una edad entre 23 a 30 años, 30 (37,5%) presentan una edad entre 30 a 37 años y 13 (16,3%) presentan una edad entre 37 a 44 años.

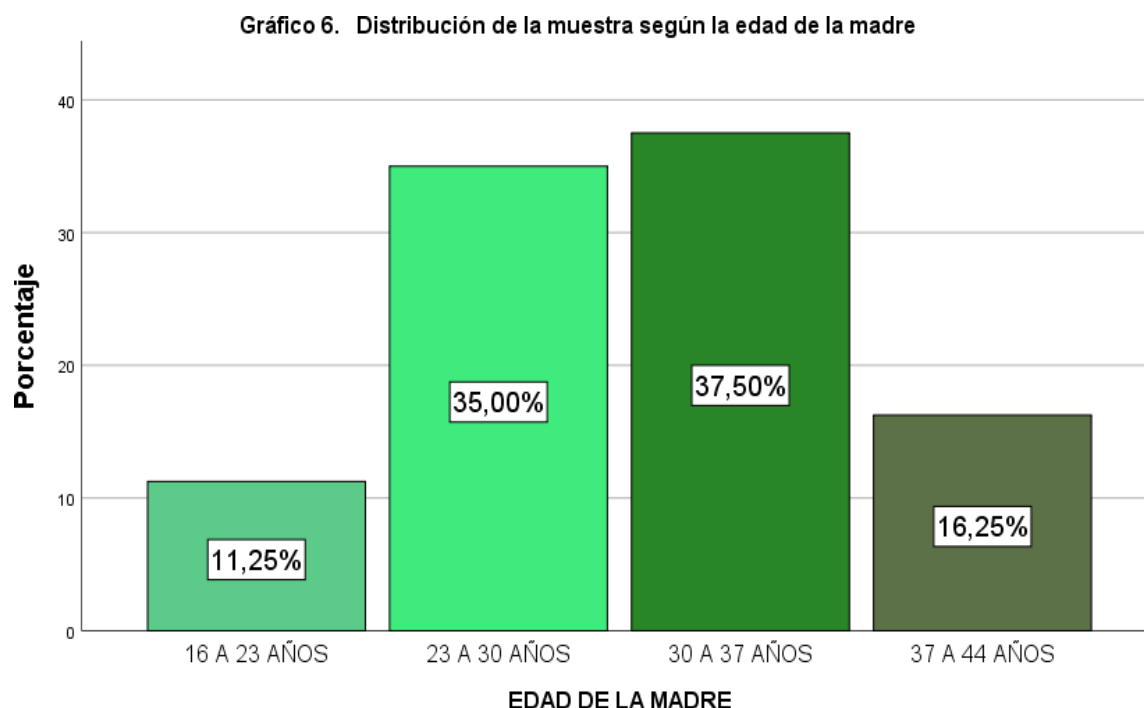


Tabla 7. Relación Perfil de Desarrollo y Desarrollo Motor Grueso

Con respecto a los resultados de la prueba TEPSI: Desarrollo Motor Grueso y

Perfil del Desarrollo, los resultados mostraron: $X^2(1) = 35,000(p=0,000)$,

estadísticamente significativa, ver tabla 7.

Variable		Estadístico	Valor	P+
Perfil del Desarrollo	Desarrollo Motor Grueso	X^2	35,000	$P<0,05$

*Prueba estadística de chi cuadrado

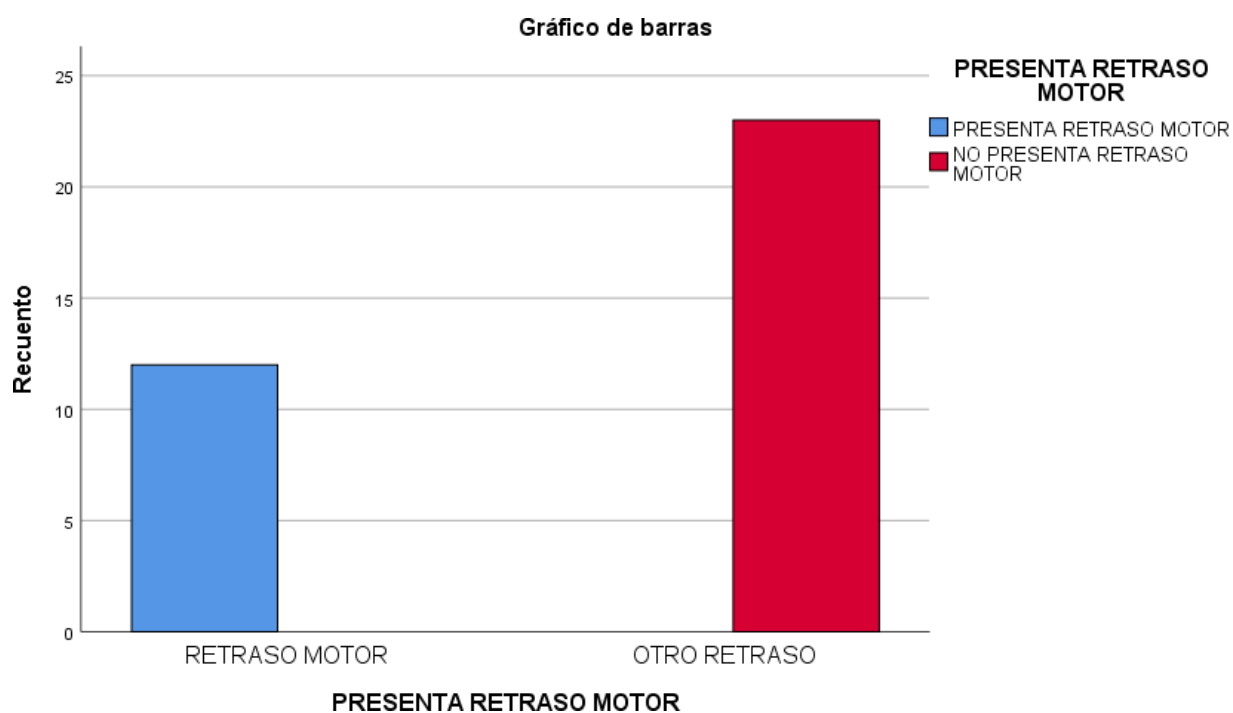


Tabla 8. Frecuencia del retraso del desarrollo según el sexo

SEXO	Presenta retraso				Total	
	Si		No			
	n	%	N	%	n	%
Femenino	26	32,5%	32	40,0%	58	72,5%
Masculino	9	11,3%	13	16,3%	22	27,5%
Total	35	43,8%	45	56,3%	80	100,0%

Se evaluaron 80 niños con displasia de cadera en el servicio de terapia física y rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios de Lima, se evaluó que de las 58 mujeres, el (32,5%) presentaron retraso, de los 22 varones se evidencio que el (11,3%) presentaron retraso. (Tabla 8). No hubo significancia entre el retraso del desarrollo y el sexo de los niños ($p=0,752$).

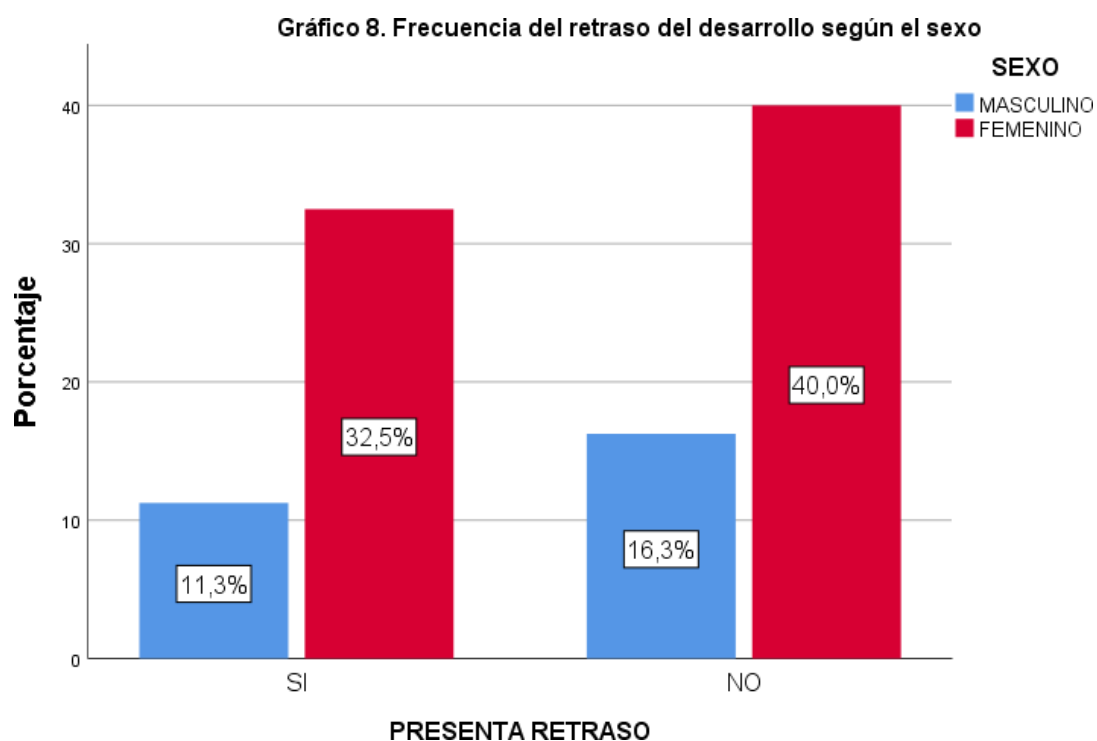


Tabla 9. Frecuencia del retraso del desarrollo según la edad

EDAD	Presenta retraso				Total	
	Si		No			
	n	%	n	%	n	%
2 años	16	20,0%	22	27,5%	38	47,5%
3 años	11	13,8%	12	15,0%	27	28,7%
4 años	8	10,0%	9	11,3%	17	21,3%
5 años	0	0,0%	2	2,5%	2	2,5%
Total	35	43,8%	45	58,3%	80	100,0%

Se evaluaron 80 niños con displasia de cadera en el servicio de terapia física y rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios de Lima, se evaluó que 35 niños presentan retraso del desarrollo evidenciándose que, 16 (20%) tienen 2 años, 11 (13,8%) tienen 3 años, 8 (10%) tienen 4 años, siendo el grupo más representativo el de la edad de 2 años (Tabla 9). No encontró asociación estadísticamente significativa entre el retraso del desarrollo y la edad de los niños ($p=0,609$).

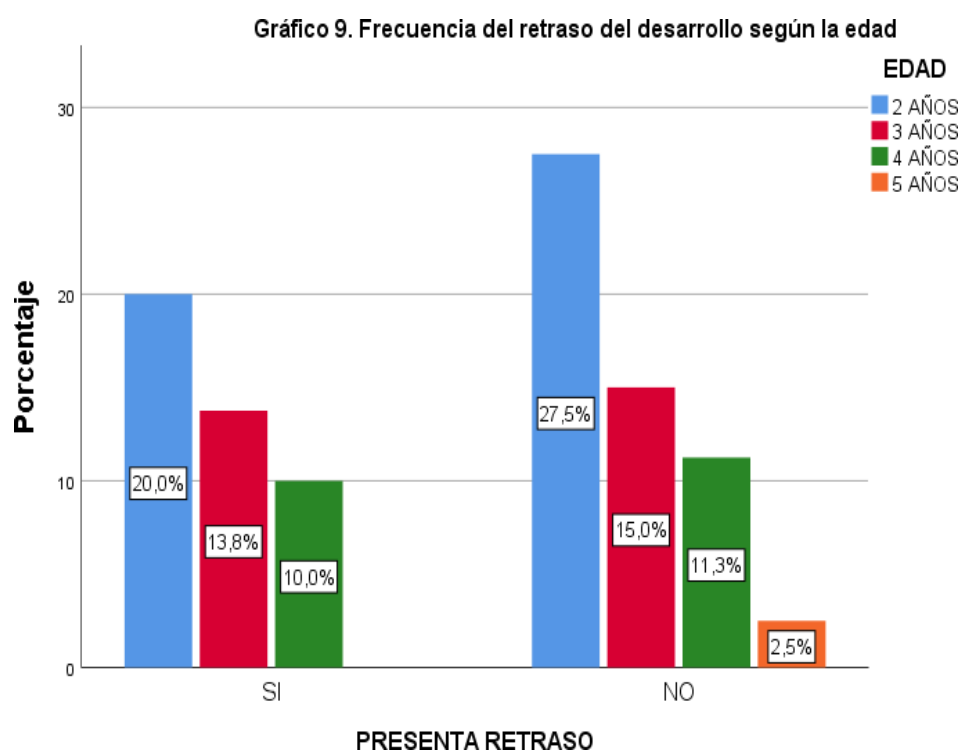


Tabla 10. Frecuencia del retraso del desarrollo según el tipo de parto

TIPO DE PARTO	Presenta retraso				Total	
	Si		No			
	n	%	N	%	n	%
Normal	17	21,3%	23	28,7%	40	50,0%
Cesárea	18	22,5%	22	27,5%	40	50,0%
Total	35	43,8%	45	56,3%	80	100,0%

Se evaluaron 80 niños con displasia de cadera en el servicio de terapia física y rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios de Lima, se evaluó que 35 niños presentan retraso del desarrollo, se evidencio que 17 (21,3%) nacieron por parto de tipo normal y 18 (22,5%) nacieron por parto de tipo cesárea. (Tabla 10). No se pudo encontrar la asociación significativa entre el retraso del desarrollo y el tipo de parto de los niños ($p=0,822$).

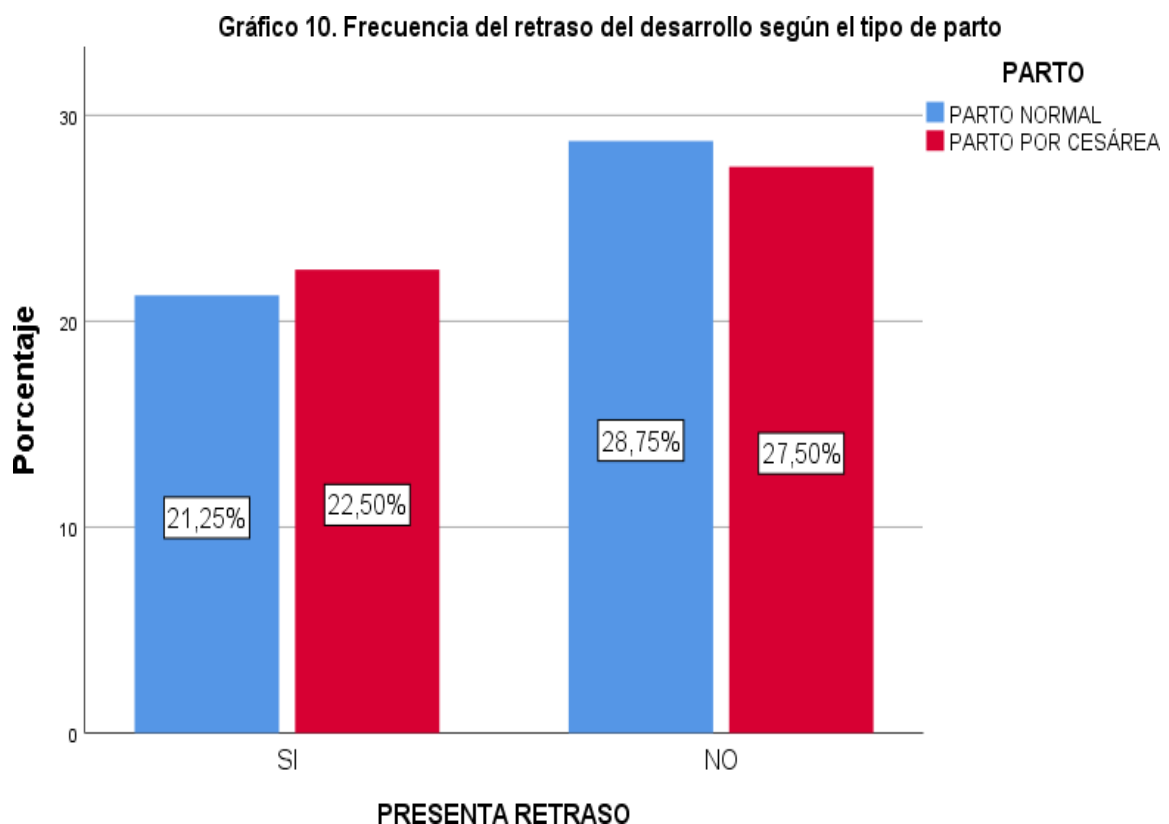


Tabla 11. Frecuencia del retraso del desarrollo según el peso al nacer

PESO	Presenta retraso				Total	
	Si		No		n	%
	n	%	n	%		
Macrosómico	2	2,5%	4	5,0%	6	7,5%
Peso adecuado	25	31,3%	35	43,8%	60	75,0%
Bajo peso al nacer	8	10,0%	5	6,3%	13	16,3%
Muy bajo peso al nacer	0	0,0%	1	1,3%	1	1,3%
Total	35	43,8%	45	56,3%	80	100,0%

Se evaluaron 80 niños con displasia de cadera en el servicio de terapia física y rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios de Lima, se evaluó que 35 niños presentan retraso del desarrollo, se evidencio que 2 (2,5%) tuvo un peso macrosómico, 25 (31,3%) tuvo un peso adecuado, 8 (10,0%) tuvo un bajo peso al nacer. (Tabla 11). No se encontró significancia entre el retraso del desarrollo y el peso al nacer de los niños ($p=0,420$).

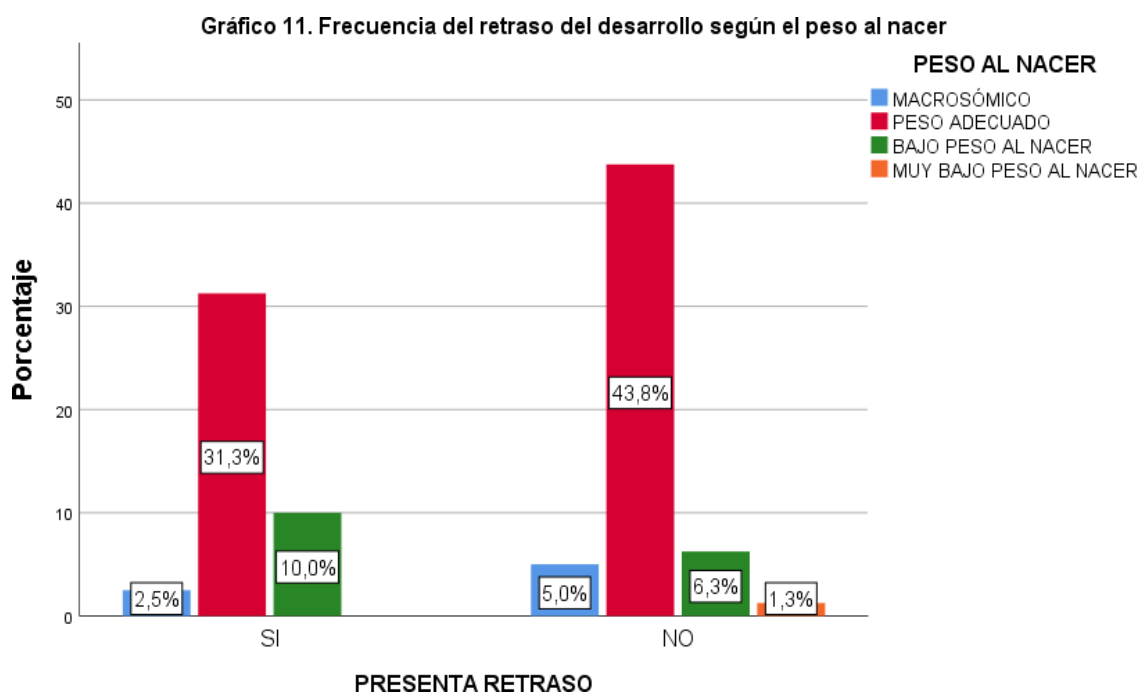
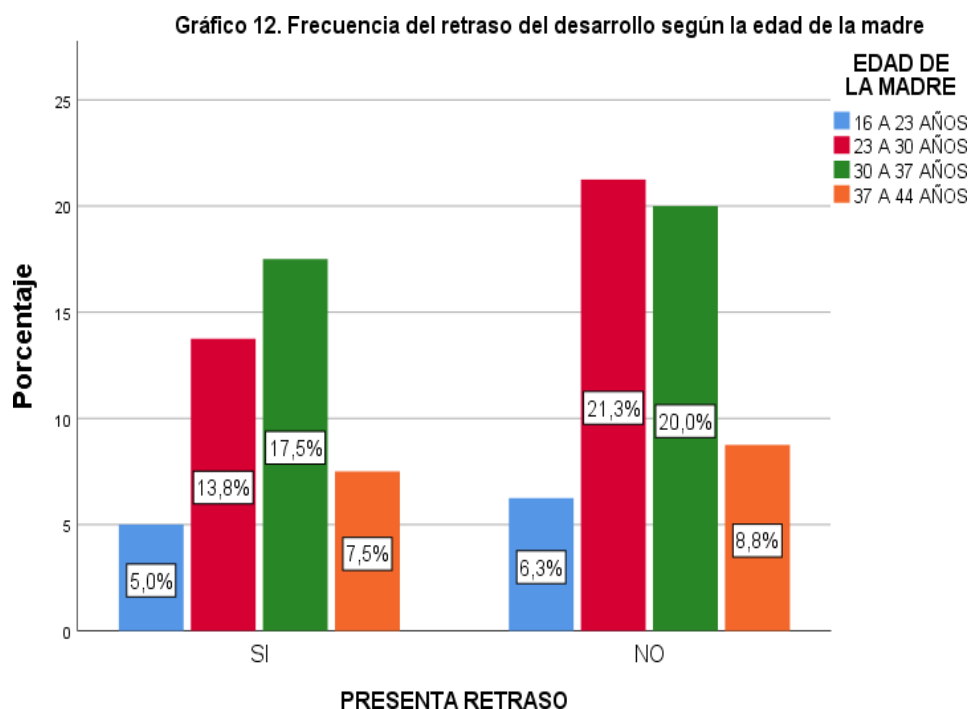


Tabla 12. Frecuencia del retraso del desarrollo según la edad de la madre

EDAD DE LA MADRE	Presenta retraso				Total	
	Si	No			Total	
	n	%	n	%	n	%
16 a 23 años	4	5,0%	5	6,3%	9	11,3%
23 a 30 años	11	13,8%	17	21,3%	28	35,0%
30 a 37 años	14	17,5%	16	20,0%	30	37,5%
37 a 44 años	6	7,5%	7	8,8%	13	16,3%
Total	35	43,8%	45	56,3%	80	100,0%

Se evaluaron 80 niños con displasia de cadera en el servicio de terapia física y rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios de Lima, se evaluó que 35 niños presentan retraso del desarrollo, se evidencio que 4(5,0%)cuya edad de la madre es de 16 a 23 años, 11(13,8%)cuya edad de la madre es de 23 a 30 años, 14(17,5%)cuya edad de la madre es de 30 a 37 años y 6(7,5%)cuya edad de la madre es de 37 a 44 años. No hay significancia entre el retraso del desarrollo y el peso al nacer de los niños ($p=0,948$).



CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

En este estudio se encontró que de los 80 niños en el rango de 2 a 5 años con displasia de cadera del servicio de Terapia Física y rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios de Lima, dio como resultado un 56,3% con desarrollo normal, en riesgo un 31,3% y en retraso un 12,5%. Al igual que se encontró retraso motor en relación al sexo, dando como resultado el 32,5% en el sexo femenino y el 11,3% sexo masculino. Teniendo como valor significativo la relación que existe entre el desarrollo motor grueso con la DDC. Se comparó con un estudio realizado en España en el año 2015, con el propósito de examinar los casos de DDC en mala evolución después del tratamiento conservador y la posible implicación de trastornos psicomotores en 293 casos. De los 325 casos tratados en un centro se halló en 44 el resultado insatisfactorio, en 16 casos de DDC (36%), diagnosticados en 10 pacientes, se detectaron trastornos psicomotores. El 60% de los pacientes son sexo femenino y el 40% sexo masculino. Indicando que el trastorno psicomotor puede condicionar una tórpida evolución en el tratamiento de la DDC.

Concluimos que hay un aspecto comparativo en ambos estudios ya que llegan a la conclusión que existe significancia en relación al desarrollo motor con la displasia de cadera. Teniendo así en ambas una mayor cantidad de trastorno psicomotor en el sexo femenino. (17)

Este estudio según el retraso del desarrollo según la edad del niño se demostró que el grupo más característico fue el de 2 años con un 20% a diferencia de un estudio hecho en la Clínica San Juan de Dios de Lima – Perú 2017 que da como consecuencia un 9% en niños de 2 años que presentan retraso, por lo cual se

puede decir que los niños menores de 3 años pueden presentar retraso en el desarrollo (19).

Así mismo según la frecuencia del retraso del desarrollo según el peso al nacer, se pudo evidenciar que 1,3% de los niños nacidos con un muy bajo peso presentan una normalidad en su desarrollo a diferencia de un estudio realizado en el Hospital Materno-Infantil “Ramón Sardá” de Buenos Aires en el 2005, con el 87,5% para aquellos entre 1.000 y 1249 g. Esto quiere decir que a pesar que el niño nace con un muy bajo peso puede tener un desarrollo psicomotor normal (14).

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES

- En esta investigación concluimos que si existe relación significativa entre el desarrollo motor grueso en niños con displasia de cadera.
- Se encontró con relación al sexo de los niños con displasia de cadera que si presentan un retraso motor, el 32.5% del sexo femenino y 11,3% del sexo masculino.
- En relación a la edad del niño, se obtuvo que si tenían retraso motor un 20,0% con 2años, 13.8% con 3 años, 10,0% con 4 años y el 0,0% con la edad de 5 años.
- Según el tipo de parto, se encontró que si presentan retraso motor el 21.3% parto normal y el 22,5% parto por cesárea.
- Según el peso al nacer, se encontró que el porcentaje mayor que si presenta retraso motor es el 31,3% con un peso adecuado.
- Según la edad de la madre en el rango de 30 a 37 años se observó que el 17.5% si presenta retraso motor.

CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES

- Organizar campañas de prevención y descarte de displasia de cadera en los recién nacidos hasta los seis meses, para así evitar complicaciones a largo plazo.
- Se debe implementar talleres de estimulación temprana o de psicomotricidad con la finalidad de lograr en el niño un buen perfil psicomotor.
- Se sugiere al personal de Terapia Física y Rehabilitación tener capacitaciones para fortalecer las habilidades y competencias en el manejo de los pacientes con displasia de cadera para poder conseguir mejores resultados en el desarrollo motriz.
- Se recomienda a los padres realizar actividades comunes con sus hijos, como jugar con arena y bailar. Ya que estos pueden ser de mucha utilidad para mejorar y desarrollar las habilidades y capacidades motoras gruesas.
- Se recomienda llevar las terapias físicas de acuerdo al tiempo que el doctor haya recomendado, ya que la constante ausencia de ellas influye en el proceso del desarrollo psicomotor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabezuelo G. Frontera P. El desarrollo psicomotor desde la infancia hasta la adolescencia. Madrid. España. Narcea, S. A. de ediciones. 2012
2. Schonhaut B. L, Schonstedt G. M, Alvarez L. J, Salinas A P, Armijo R. I. Desarrollo Psicomotor en Niños de Nivel Socioeconómico Medio-Alto. Chile. Rev Chil Pediatr 2010; 81 (2): 123-128
3. Cigarroa I, Sarqui C, Zapata-Lamana, R. Efectos del sedentarismo y obesidad en el desarrollo psicomotor en niños y niñas: Una revisión de la actualidad latinoamericana. Univ. Salud vol.18 no.1 Pasto Jan./Apr. 2016
4. Bermejo V. Desarrollo Cognitivo. Madrid. España. Editorial Síntesis, S.A. Primera reimpresión.1998
5. Ojeda del Valle M. Desarrollo infantil y estimulación temprana. Mexico. Primera edición. 2014
6. Redondo García M.A, Conejero Casares J.A. Rehabilitación Infantil. España. Editorial Medica Panamericana, S.A. 2012
7. Silva Caicedo O, Garzón Alvarado D. Antecedentes, historia y pronóstico de la displasia del desarrollo de la cadera. Bogotá. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas 2011;30(1):141-162
8. Zamborsky R. Kokavec M. Harsanyi S. Attia D. Danisovic L. Displasia del desarrollo de la cadera: perspectivas en el cribado genético. Eslovaquia. Egipto. 2019 , 7 (4), 59
9. Reyes Acuña C. Tepsi Test de desarrollo psicomotor 2 – 5 años. Lima. 1995
10. OMS. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/es

11. OPS Chile. Salud Infantil.
https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=70:salud-infantil&Itemid=215
12. MINSA. Guia de Practica Clinica Displasia del Desarrollo de la Cadera, Resolucion Directoral N° 18-025390-001/ MINSA; 2018.
13. Zgoda M, Wasilewski P, Wasilewska I, Golicki D. Influence of the treatment of developmental dysplasia of the hip by the abduction brace on locomotor development in children. J Child Orthop. 2010; 4(1): 9-12.
<https://dx.doi.org/10.1007%2Fs11832-009-0219-0>
14. Gerometta G, Aspres N, Iris T, Granovsky G, Vivas S. Evaluación a largo plazo del desarrollo psicomotor e intelectual de niños de 4 a 5 años de edad nacidos pretérmino y con muy bajo peso. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá. 2014; 33(1): 2-7.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91230859001>
15. Espósito A, Korzeniowski C, Santini M. Normas preliminares del Test de Desarrollo Psicomotor (TEPSI) para niños argentinos de 3 y 4 años. Liberabit. 2018; 24(1): 9-27.
<https://doi.org/10.24265/liberabit.2018.v24n1.02>
16. Vidarte JA, Orozco CI. Relaciones entre el desarrollo psicomotor y el rendimiento académico en niños de 5 y 6 años de una institución educativa de La Virginia (Risaralda, Colombia). latinoam.estud.educ. 2015; 11(2):190-204.
<https://www.redalyc.org/pdf/1341/134146842009.pdf>
17. Pipa I, Rodriguez M, Felgueroso J, Riera M, Gonzales P. Displasia del desarrollo de la cadera en niños con trastorno psicomotor. ¿factor de riesgo para un mal resultado?. AEP. 2016; 85(3): 142-148.

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.07.028>

18. Bussi M. Evolución del desarrollo psicomotor en niños menores de 4 años en situación de abandono. Cuid salud. 2014; 1(1).

http://168.121.49.88/index.php/Cuidado_y_salud/article/view/1105/998

19. Alanoca Chayña, J. Displasia de cadera y desarrollo psicomotor en niños de 2 a 5 años de la clinica san juan de dios lima 2017 [tesis doctoral]. Lima, Universidad Alas Peruanas; 2017.

20. Cotrina Barrenechea, S. Desarrollo Psicomotor en niños de 4 años, Institución Educativa Inicial N° 130, Ventanilla, 2018 [tesis doctoral]. Lima, Universidad César Vallejo; 2018.

21. Chipana Poma, I. Nivel de psicomotricidad en niños y niñas de cinco años de la institución educativa inicial 232 virgen de las mercedes distrito de pocollay, provincia y región tacna, año 2019 [tesis doctoral]. Juliaca, Universidad Catolica los Angeles Chimbote; 2019.

22. Ostos Rivera, A. Desarrollo psicomotor en niños de 4 años de la Institución Educativa N° 390 Independencia – 2019 [tesis doctoral]. Lima, Universidad César Vallejo; 2019.

23. Haeussler I, Marchant T. Tepsi Test de desarrollo psicomotor 2 – 5 años. Décima edición. Chile: AUTOR-EDITOR, 2002.

ANEXOS

Anexo N°1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título:

“DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS CON DISPLASIA DE CADERA EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS DE LIMA”

Cahuana LL, Condori EG

Introducción

Siendo egresada de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, declaró que en este estudio se pretende determinar el perfil del desarrollo psicomotor en niños con displasia de cadera, para lo cual su hijo participará de manera voluntaria. Para tal efecto, se le brindará información acerca del Test de Desarrollo Psicomotor de 2-5 años “TEPSI”, las actividades que abarcan y se le realizarán a su niño(a). Se le realizará diversos ejercicios como construir una torre, nombrar colores, saltar, pararse en un pie y otras actividades distintas. Posteriormente se le tomará una foto para incluir en los anexos del trabajo. La participación del niño será por única vez.

El Desarrollo Psicomotor es el proceso por el cual el niño comienza a adquirir habilidades y respuestas, las cuales le permite al niño relacionarse, conocer y adaptarse al medio que lo rodea.

Riesgos

No hay riesgo para su niño(a) ya que no se le realizará ninguna evaluación clínica ni física de forma directa. Solo se evaluará su desarrollo psicomotor mediante diversas actividades.

Beneficios

Los resultados de la evaluación psicomotor que se le realizará contribuyen a obtener un mejor conocimiento de la situación actual del Desarrollo Psicomotor del niño(a) con diagnóstico de displasia de cadera.

Confidencialidad

No se compartirá la identidad del niño(a) que participe en esta investigación. La información recolectada en este estudio acerca de su hijo(a), será puesta fuera de alcance; y nadie sino solo las investigadoras, tendrán acceso a ella. Asimismo, se le asignará un código para poder analizar la información sin el uso de sus datos personales. Solo las investigadoras sabrán cuál es su código. La información física (fichas) y virtual (CD) se mantendrán encerradas en un casillero con llave, al cual solo tendrán acceso las investigadoras. No será compartida ni entregada a nadie.

¿Con quién debo contactarme cuando tenga preguntas sobre la investigación y mi participación?

Egresada: Condori Moreno Estephany Grace
E-mail: t3fizita@gmail.com
Celular: 933577778

Egresada: Cahuana Cadagán, Lissete Luzmila
E-mail: Lissete_199313@hotmail.com
Celular: 965735800

Asesor de Tesis: Mg.Soto Manrique, Jesús Alberto
E-mail: Mgtfjesussoto@gmail.com
Celular: 947497021

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, puede contactarse con el Comité Institucional de Ética de la Universidad Inca Garcilaso de la vega.

Declaración del Participante e Investigadores

- Yo, _____ autorizo la participación de mi menor hijo(a), identificada con N° DNI _____, declaro que la participación de mi hijo(a) en este estudio es voluntario.
- Los investigadores del estudio declaramos que la negativa de la persona a participar y su deseo de retirarse del estudio no involucrará ninguna multa o pérdida de beneficios.

Costos por mi participación

El estudio en el que su menor hijo(a) participa no involucra ningún tipo de pago.

Número de participantes

Este es un estudio que solo se realizará en la Clínica San Juan de Dios de Lima, en el cual participarán como mínimo 213 niños(a) entre la edad de 2 a 5 años con diagnóstico de displasia de cadera.

¿Por qué se me invita a participar?

El único motivo para la participación de su menor hijo(a) es porque forma parte de la población de niños(a) entre 2 a 5 años que acuden a la Clínica San Juan de Dios de Lima, de la cual queremos determinar el perfil de desarrollo psicomotor que presenta.

Yo: _____,

Identificada con N° de Código: _____

Doy consentimiento al equipo de investigadores para realizarle a mi menor hijo(a) la aplicación del Test de Desarrollo Psicomotor de 2 a 5 años "TEPSI" y realizarme una toma fotográfica para anexarlo en el presente trabajo, siempre de acuerdo con las regulaciones y normas éticas vigentes.

☐ SI

☐ NO

Doy consentimiento para el almacenamiento y conservación de la información, para revisiones posteriores.

☐ SI

☐ NO

Firma del participante

Investigadora 1

Investigadora 2

Anexo N°2

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Código: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

I. CRITERIOS DE SELECCIÓN
1. Presenta Displasia de Cadera: <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Bilateral
I. VARIABLES DE ESTUDIO
1. Edad del niño _____años _____meses _____días
2. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
3. Tipo de parto <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Cesárea
4. Peso al nacer <input type="checkbox"/> 4.000g o más <input type="checkbox"/> 2.500g a 3.999g <input type="checkbox"/> 1.500g a 2.499g <input type="checkbox"/> 1.000g a 1.499g <input type="checkbox"/> 500g a 999g
5. Edad de la madre _____años
VALORES SEGÚN TEPSI
<input type="checkbox"/> Retraso <input type="checkbox"/> Riesgo <input type="checkbox"/> Normal

TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR 2-5 AÑOS TEPSI (Haeusler v Marchant 1985)

Observaciones:

Resultado Subtests			
	Puntaje Bruto	Puntaje T	Categoría
Coordinación
Lenguaje
Motoricidad



PROTOCOLO DEL TEPsi

I. SUBTEST COORDINACION

()	1	C	Traslada agua de un vaso a otro sin derramar (Dos vasos)
()	2	C	Construye un puente con tres cubos con modelo presente (Seis cubos)
()	3	C	Construye una torre de 8 ó más cubos (doce cubos)
()	4	C	Desabotona (Estuche)
()	5	C	Abotona (Estuche)
()	6	C	Enhebra una aguja (Aguja de lana; hilo)
()	7	C	Desata cordones (tablero o cordón)
()	8	C	Copia un línea recta (Lam. 1; lápiz; reverso hoja reg.)
()	9	C	Copia un círculo (Lam. 2; lápiz; reverso hoja reg.)
()	10	C	Copia una cruz (Lam. 3; lápiz; reverso hoja reg.)
()	11	C	Copia un triángulo (Lam. 4; lápiz; reverso hoja reg.)
()	12	C	Copia un cuadrado (Lam. 5; lápiz; reverso hoja reg.)
()	13	C	Dibuja 9 ó más partes de una figura humana (lápiz; reverso hoja reg.)
()	14	C	Dibuja 6 ó más partes de una figura humana (lápiz; reverso hoja reg.)
()	15	C	Dibuja 3 ó más partes de una figura humana (lápiz; reverso hoja reg.)
()	16	C	Ordena por tamaño (Tablero; barritas)
			<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> TOTAL SUBTEST COORDINACION: PB

II. SUBTEST LENGUAJE

()	1	L	Reconoce grande y chico (Lam. 6)	Grande.....	Chico.....
()	2	L	Reconoce más y menos (Lam. 7)	Más.....	Menos.....
()	3	L	Nombra animales (Lam. 8)		
			Gato.....	Perro.....	Chancho.....
			Pato.....	Peloma.....	Oveja.....
			Tortuga.....	Galina.....	
()	4	L	Nombra objetos (Lam. 5)		
			Paraguas.....	Vela.....	Escoba.....
			Tetera.....	Zapatos.....	Reloj.....
			Serrucho.....	Taza.....	
()	5	L	Reconoce largo y corto (Lam. 1)		
()	6	L	Verbaliza acciones (Lam. 11)		
			Cortando.....	Saltando.....	
			Planchando.....	Comiendo.....	
()	7	L	Conoce la utilidad de objetos		
			Cuchara.....	Lápiz.....	Jabón.....
			Escoba.....	Cama.....	Tijera.....
()	8	L	Discrimina pesado y liviano (Bolsas con arena y esponja)		
			Pesado.....	Liviano.....	
()	9	L	Verbaliza su nombre y apellido		
			Nombre.....	Apellido.....	
()	10	L	Identifica sexo.....		
()	11	L	Conoce el nombre de sus padres		
			Papá.....	Mamá.....	
()	12	L	Da respuestas coherentes a situaciones planteadas		
			Hambre.....	cansado.....	trío.....
()	13	L	Comprende preposiciones (Lápiz)		
			Detrás.....	sobre.....	debajo.....

()	14	L	Razona por analogías opuestas Hielo.....Ratón.....Mamá.....
()	15	L	Nombra Colores (Papel lustre azul, amarillo, rojo) Azul.....Amarillo.....Rojo.....
()	16	L	Señala colores (Papel lustre azul, amarillo, rojo) Amarillo.....Azul.....Rojo.....
()	17	C	Nombra Figuras Geométricas (Lam. 12) ○.....□.....△.....
()	18	L	Señala Figuras Geométricas (Lam. 12) □.....△.....○.....
()	19	L	Describe escenas (Lam. 13 y 14) 13..... 14.....
()	20	L	Reconoce absurdos (Lam. 15)
()	21	L	Usa plurales (Lam. 16)
()	22	L	Reconoce antes y después (Lam. 17) Antes.....Después.....
()	23	L	Define Palabras Manzana..... Pelota..... Zapato..... Abrigo.....
()	24	L	Nombra características de objetos (Pelota, globo inflado; bolsa, arena) Pelota..... Globo inflado..... Bolsa.....
			TOTAL SUBTEST LENGUAJE: PB

III. SUBTEST MOTRICIDAD

()	1	M	Salta con los dos pies en el mismo lugar
()	2	M	Camina diez pasos llevando un vaso lleno de agua (Vaso lleno de agua)
()	3	M	Lanza una pelota en una dirección determinada (Pelota)
()	4	M	Se para en un pie sin apoyo 10 seg. ó más
()	5	M	Se para en un pie sin apoyo 5 seg. ó más
()	6	M	Se para en un pie sin apoyo 1 seg. ó más
()	7	M	Camina en punta de pies seis ó más pasos
()	8	M	Salta 20 cms. con los pies juntos (Hoja reg.)
()	9	M	Salta en un pie tres o más veces sin apoyo
()	10	M	Coge una pelota (Pelota)
()	11	M	Camina hacia adelante topando talón y punta
()	12	M	Camina hacia atrás topando punta y talón
			TOTAL SUBTEST MOTRICIDAD: PB

Anexo N°4

FOTOGRAFÍAS DEL PROCESO DE EVALUACIÓN



Foto 1: El niño traslada agua de un vaso a otro sin derramar.



Foto 2: El niño construye una torre de 8 o más cubos.



Foto 3: El niño desata cordones.



Foto 4: El niño copia un círculo.



Foto 5: El niño copia una cruz.



Foto 6: El niño reconoce grande y chico.

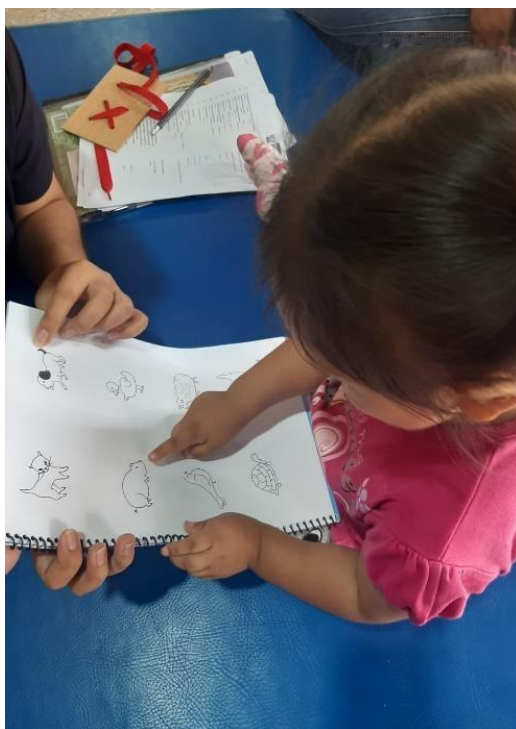


Foto 7: El niño nombra animales.



Foto 8: El niño verbaliza acciones.

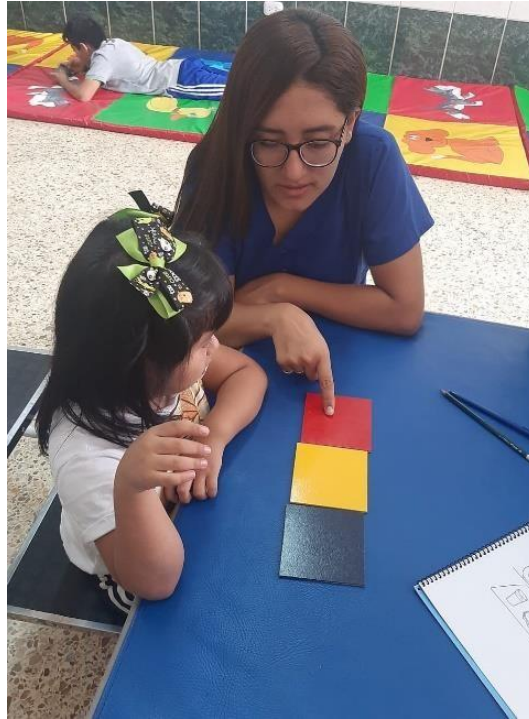


Foto 9: El niño nombra colores.



Foto 10: El niño se para en un pie sin apoyo 1 segundo.



Foto 11. El niño se para en un pie sin apoyo 5 segundos.



Foto 12: El niño salta 20cm, con los pies juntos.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS CON DISPLASIA DE CADERA EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS DE LIMA					
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	VARIABLES DE ESTUDIO	DIMENSIONES Y/O REGISTROS	INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	METODOLOGÍA
<u>Problema General:</u> ¿Cuál es el perfil de Desarrollo Psicomotor en niños de 2 a 5 años con displasia de cadera en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios de Lima?	<u>Objetivo General:</u> Determinar el perfil de Desarrollo Psicomotor en niños de 2 a 5 años con Displasia de Cadera en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios de Lima	<u>Variable Principal:</u> Desarrollo psicomotor	<ul style="list-style-type: none"> • Sub-test coordinación • Sub-test lenguaje • Sub-test motricidad 	Test de desarrollo psicomotor 2-5 años (TEPSI)	<u>Diseño de Estudio:</u> Estudio Observacional, descriptivo de corte transversal.
<u>Problemas Específicos:</u> ¿Cuál es el perfil de Desarrollo Psicomotor según el sexo, en niños de 2 a 5 años con displasia de cadera en el Servicio de	<u>Objetivos Específicos:</u> Conocer el perfil de Desarrollo Psicomotor según el sexo, en niños de 2 a 5 años con Displasia de Cadera en el Servicio de	<u>Variables Secundarias:</u> Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Ficha de Recolección de Datos	<u>Población:</u> Niños en el rango de 2 a 5 años con Displasia de Cadera atendidos

Terapia Física y Rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios de Lima?	Terapia Física y Rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios de Lima.				en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación en la
¿Cuál es el perfil de Desarrollo Psicomotor según la edad, en niños de 2 a 5 años con Displasia de Cadera en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios de Lima?	Conocer el perfil de Desarrollo Psicomotor según la edad, en niños de 2 a 5 años con Displasia de Cadera en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios de Lima.	Edad	• 2 a 5 años	Ficha de Recolección de Datos	Clínica San Juan de Dios de Lima; en el mes de febrero del 2020. <u>Muestra:</u> Se evaluó a 80
¿Cuál es el perfil de Desarrollo Psicomotor según el tipo de parto, en niños de 2 a 5 años con Displasia de Cadera en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios de Lima?	Conocer el perfil de Desarrollo Psicomotor según el tipo de parto, en niños de 2 a 5 años con Displasia de Cadera en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios de Lima.	Tipo de Parto	• Normal • Cesárea	Ficha de Recolección de Datos	niños en un rango de 2 a 5 años con displasia de cadera.

¿Cuál es el perfil de Desarrollo Psicomotor según el peso al nacer, en niños de 2 a 5 años con Displasia de Cadera en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios de Lima?	Conocer el perfil de Desarrollo Psicomotor según el peso al nacer en niños de 2 a 5 años con Displasia de Cadera en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación de Clínica San Juan de Dios de Lima.	Peso al Nacer	<ul style="list-style-type: none"> • Macrosómico 4.000g o más • Peso adecuado 2.500g a 3.999g • Bajo peso al nacer 1.500 g a 2.499gS • Muy bajo peso al nacer 1.000g a 1.499g • Extremadamente bajo peso al nacer 500g a 999g 	Ficha de Recolección de Datos	
¿Cuál es el perfil de Desarrollo Psicomotor según la edad de la madre, en niños de 2 a 5 años con Displasia de Cadera en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios de Lima?	Conocer el perfil de Desarrollo Psicomotor según la edad de la madre, en niños de 2 a 5 años con Displasia de Cadera en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios de Lima.	Edad de la Madre	<ul style="list-style-type: none"> • 16-23 • 23-30 • 30-37 • 37-44 	Ficha de Recolección de Datos	